



HAL
open science

Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des “ maux de femmes ” et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France)

Clara Lemonnier

► **To cite this version:**

Clara Lemonnier. Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des “ maux de femmes ” et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France). Anthropologie sociale et ethnologie. Université de Bordeaux, 2016. Français. NNT : 2016BORD0084 . tel-01370308

HAL Id: tel-01370308

<https://theses.hal.science/tel-01370308>

Submitted on 22 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

École Doctorale Sociétés, Politiques, Santé Publique
Spécialité Anthropologie Sociale – Ethnologie

Par Clara LEMONNIER

QUETES DE SOINS AU FEMININ

UNE ETHNOGRAPHIE DES « MAUX DE FEMMES »
ET DU PLURALISME THERAPEUTIQUE EN MEDOC (FRANCE)

Sous la co-direction de Mme Laurence KOTOBI MCF (ADT)
et du Professeur Abel KOUVOUAMA

Soutenue le 10 juin 2016

Membres du jury :

Laurence KOTOBI, Maître de conférences à l'Université de Bordeaux, France, *co-directrice de thèse*

Abel KOUVOUAMA, Professeur à l'Université des Pays de l'Adour, France, *co-directeur de thèse*

Bernard TRAIMOND, Professeur émérite à l'Université de Bordeaux, France, *président du jury*

Carolyn SARGENT, Professeur à l'Université de Saint-Louis, USA *rapporteuse*

Ilario ROSSI, Professeur à l'Université de Lausanne, Suisse, *rapporteur*

Titre : Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des « maux de femmes » et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France)

Résumé : A la croisée de l'anthropologie de la maladie et de l'anthropologie de la santé, cette thèse explore la diversité des savoirs et des pratiques de soins dédiés à la prévention ainsi qu'au traitement des problèmes de santé considérés comme spécifiquement féminins en France rurale. L'ethnographie a été menée sur la presqu'île du Médoc, territoire où l'imaginaire lié à la nature fait naître des représentations sur la population entre fantasmes et stigmates, et où se pose régulièrement la question de la désertification médicale, à l'instar d'autres campagnes françaises. Dans ce contexte, des observations et des entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès d'une soixantaine de femmes et d'une quarantaine d'acteurs du soin aux profils variés, afin de dessiner les contours et les dynamiques du pluralisme thérapeutique local consacré aux « maux de femmes ». Cette catégorie opératoire regroupe l'ensemble des malaises, mal-être et maladies, souvent sensibles et tabous, qui m'ont été confiés par mes interlocutrices. La thèse éclaire les diverses logiques de recours aux soins qu'elles développent au cours de ces itinéraires thérapeutiques particuliers, constitués de soins biomédicaux, spécialisés ou non dans le domaine de la « santé sexuelle et reproductive », de soins non conventionnels et de soins domestiques. La réflexion globale porte sur la complémentarité des soins façonnée par les usagères du pluralisme thérapeutique au fil de leurs quêtes de soins efficaces, en même temps qu'elle questionne les quêtes de soi suscitées chez les femmes selon que les soins normalisent ou non leurs conduites, les rendent ou non actrices de leur santé, ou qu'ils réinventent les normes de genre.

Mots-clés : pluralisme thérapeutique – pluralisme médical – santé sexuelle et reproductive – soins non conventionnels – soins domestiques – savoirs de santé – maladies de femmes – genre – itinéraire thérapeutique – ruralité – désertification médicale – France

Title: Searching for care, searching for the self. Women's health problems and therapeutic pluralism in Médoc (France)

Abstract: This thesis in medical anthropology explores the diversity of knowledge and care practices dedicated to prevention and treatment of health problems considered as specifically feminine in rural France. The ethnography was conducted in the Medoc peninsula, an area where nature related imaginary leads to representations between fantasy and stigmas from the local population. It is also an area discussed for its medical desertification alike other French rural areas. In this context, observations and qualitative interviews were conducted with about sixty women and forty care actors with various profiles in order to understand and present the contours and dynamics of local therapeutic pluralism dedicated to "women health issues". This operational category stands for all illness, sickness and diseases, often sensitive, taboo and revealed to me in confidence.

This thesis enlightens women's diverse uses of healthcare in their singular therapeutic itineraries, made of biomedical care, specialized or not in the sexual and reproductive health sector, of non-conventional or alternative medicines and of domestic cares. The overall reflection addresses the complementarity of treatments developed by users of therapeutic pluralism in their quest for health, and questions women's personal quest according to the way treatments normalize or not their practices, make them actor of their own health or not, or re-invent or re-conduct gender norms.

Key-words : pluralism – medical pluralism – Sexual and reproductive health – complementary and alternative medicines – domestic treatments – health knowledge – women disease – gender – therapeutic itinerary – rurality – medical desertification – France

Unité de recherche

PASSAGES UMR 5319

Maison des Suds

12, esplanade des Antilles

33607 Pessac Cedex

REMERCIEMENTS

On dit souvent de la thèse qu'elle est un travail particulièrement solitaire, bien que cela ne soit pas toujours vrai. Elle ne peut en effet voir le jour sans le concours de nombreuses personnes qui la nourrissent, la discutent et qui encouragent et accompagnent la personne qui la réalise.

C'est pourquoi je tiens particulièrement à remercier mes co-directeurs de thèse, Mme Laurence Kotobi et le Professeur Abel Kouvouama pour leur confiance, leur encadrement sûr et complémentaire tout au long de ces années, et pour m'avoir appris le travail de chercheur. Je suis très reconnaissante de l'engagement de Laurence Kotobi qui a suivi de près tout mon parcours en anthropologie depuis la licence. Elle m'a donné le goût, l'envie et les outils pour m'engager dans la voie du doctorat et mener à bien ma recherche en s'impliquant généreusement tant dans le bon déroulé de l'enquête de terrain que dans la réflexion scientifique et dans la gestion psychologique que nécessite un tel travail. Elle a également veillé à mon insertion professionnelle en m'offrant de participer au programme de recherche *MédocIresp* sous sa responsabilité, en me conseillant quant à mes services d'enseignement, par les communications et publications que nous avons réalisées ensemble et par notre co-direction du numéro 38 de la revue *Sociologie Santé*. Je souhaite également exprimer ma gratitude au Professeur Kouvouama pour ses nombreux conseils avisés, sa bienveillance, le partage de ses expériences de recherches et de ses vastes connaissances. Je le remercie de m'avoir aidée à maintenir le cap, sachant toujours me laisser des largesses ou au contraire me contraindre à un cadre plus rigoureux aux bons moments.

Je remercie l'Ecole Doctorale SP2 pour avoir appuyé mon projet par le biais d'un contrat doctoral qui a financé les trois premières années de ma recherche de thèse, ainsi que le laboratoire Adess pour son soutien et son accueil chaleureux, particulièrement personnalisés par par le Professeur Denis Retailé et Mr Charles Cheung. Mes remerciements vont aussi à l'équipe des enseignants-chercheurs et du secrétariat de la Faculté d'anthropologie de l'Université de Bordeaux avec qui j'ai eu la chance de

pouvoir souvent échanger sur des questions méthodologiques, bibliographiques mais aussi de pouvoir mieux connaître le milieu de la recherche et de l'enseignement.

Je voudrais également adresser mes remerciements à mes collègues doctorants et jeunes docteurs avec qui j'ai eu grand plaisir de discuter, de débattre, d'animer des ateliers et séminaires dans une ambiance toujours collégiale. Merci pour leur bonne humeur et leurs conseils à Alexandra Clavé-Mercier, Cédric Lévêque, Pierrine Didier, Aurélia Desplains, Lorena Anton, Mariannick Pichon et Ramatou Ouedraougo. Merci également aux membres de l'association *Antropologia* pour m'avoir donné à connaître et à comprendre dans la convivialité d'autres façons de penser l'anthropologie et pour tenir le pari de diffuser cette discipline au plus grand nombre. Merci à Mme Prévot pour m'avoir guidée dans la recherche de mon propre chemin.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à mes proches, famille et amis, pour leur indéfectible soutien affectif dans les moments de doute, pour toute la confiance qu'ils m'ont témoignée quand bien même mon projet a pu leur sembler obscur et pour m'avoir toujours poussée à suivre ma propre voie. Ma reconnaissance va particulièrement à mes parents Linda et Jean-Luc Lemonnier, à mon compagnon Mathieu Imbourg ainsi qu'à mon frère, ma sœur et mes beaux-parents pour leur solide et affectueuse présence. Je remercie chaleureusement mes amies Clara, Myriem, Marine, Cynthia, Catherine, Eloïse, Lucile et Martine pour leurs constants encouragements, conseils et relectures. Mille mercis à eux et à tous les autres.

Enfin, ma gratitude va à toutes les personnes rencontrées lors de mon enquête de terrain en Médoc, qui ont accepté de participer à ma recherche, qui m'ont accueillie, renseignée, initiée. Je leur adresse tous mes plus sincères remerciements pour avoir cru en mon travail dont le cœur est constitué de leurs récits et expériences. Cette thèse n'aurait pu exister sans elles.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
SIGLES ET ACRONYMES	6
INTRODUCTION	9
A. Genèse de cette étude.....	9
B. Problématique, hypothèses de la recherche et cadrage théorique.....	24
C. Organisation de la thèse	52
PARTIE I. Identités médocaines et enjeux de santé au féminin	54
Chapitre 1. L’entité Médoc et les identités médocaines	54
Chapitre 2. Façons de dire et façons de taire	132
PARTIE II. Les soins de « santé sexuelle et reproductive » en Médoc.....	192
Chapitre 3. Une pluralité de professionnels de santé pour des soins ciblés	192
Chapitre 4. Des logiques de recours entre normalisation et négociation.....	249
PARTIE III. Des recours aux soins peu visibles	309
Chapitre 5. Des soins non conventionnels pour les maux de femmes.....	309
Chapitre 6. « Les trucs de bonnes femmes » : des savoirs et des profils contrastés.....	379
CONCLUSION GENERALE	444
A. La coexistence d’une pluralité d’acteurs, de savoirs et de techniques de soins	446
B. Des logiques de recours entre conduites normées et pratiques de l’autonomie en santé.....	452
C. De la réification à la réinvention des normes de genre ?	458
BIBLIOGRAPHIE	462
ANNEXES	492
TABLE DES MATIERES	542
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET ENCADRES	552

SIGLES ET ACRONYMES

Sigles	Noms complets
AAH	Allocation aux Adultes Handicapés (anciennement COTOREP)
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CG33	Conseil Général de la Gironde (département 33)
CLS	Contrat Local de Santé
CMS	Centre Médico-Social
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
COTOREP	COMmission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (n'existe plus, remplacée par l'AAH)
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (n'existe plus, remplacée par les ARS depuis 2009)
DIU	Dispositif Intra-Utérin
FFMBE	Fédération Française de Massages Bien-Etre
FIV	Fécondation In Vitro
GPA	Gestation Pour Autrui
GNOMA	Groupement National pour l'Organisation des Médecines Alternatives
HAS	Haute Autorité en Santé
HPV	Human Papilloma Virus
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IREPS	Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé
IRESP	Institut de Recherche En Santé Publique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITG	Interruption Thérapeutique de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MDS	Maison Départementale des Solidarités
MDSI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MFPF	Mouvement Français pour le Planning Familial
MPS	Maison de la Promotion Sociale
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MTC	Médecines Traditionnelles et Complémentaires
	Médecine Traditionnelle Chinoise
PMI	Protection Maternelle et Infantile
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ORSA	Observatoire Régional de la Santé en Aquitaine
OGPP	Observatoire Girondin de la pauvreté et de la précarité
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMA	Procréation Médicalement Assistée
RSA	Revenu de Solidarité Active
Sida	Syndrome de l'immunodéficience humaine acquise
SMS	Réseau Solidarité Médoc Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



Carte 1: Carte touristique du Médoc, ses vignobles, ses forêts, ses lacs, ses plages
Source: Office du tourisme de Naujac-sur-Mer, 2013

INTRODUCTION

A. Genèse de cette étude

A.1. Un intérêt marqué pour les enjeux de santé au féminin entre vécu des maux et recours aux soins

J'ai débuté ma recherche de thèse en ethnologie à l'âge de vingt-six ans, après avoir reçu une formation en sciences humaines constituée de deux années de sociologie, suivies d'un cursus de licence et master en anthropologie sociale et culturelle à Bordeaux. J'ai également étudié la santé publique dans le cadre d'un master 1 dans cette discipline, poursuivi en même temps que le Master 1 d'anthropologie auquel j'ai finalement accordé deux années. Durant celles-ci, je me suis consacrée à l'étude qualitative, tant du point de vue de la santé publique que de l'ethnologie, des pratiques françaises en matière d'interruption volontaire de grossesse [Lemonnier, 2010], fait social resté relativement tabou dans notre société. Une immersion dans un service hospitalier où se pratiquaient des avortements m'a permis de rendre compte de ce qui se jouait autour de cet acte médical particulier, fortement encadré par la loi. L'idée était d'abord d'identifier les éléments socio-culturels qui se « greffaient » à ce « geste » et les circonstances humaines qui l'entouraient. L'analyse a montré par la suite qu'au cœur même des interactions, discours et pratiques répondaient à des codes précis, consciemment ou inconsciemment mis en place par l'ensemble des acteurs pour permettre l'acceptation et la réalisation de l'acte abortif. L'hypothèse finale dégagée par ce travail questionne la ritualisation de l'avortement volontaire, en théorie effectuée selon les principes de la loi, de la laïcité et de l'organisation hospitalière, mais qui résonne encore parfois, volontairement ou non, comme un acte de mise à mort, permis dans notre société en ce qu'il participe au maintien d'une puissante norme sociale qui tend à régir les logiques de procréation.

A l'issue de ce travail, je n'ai pas manifesté l'envie de poursuivre cette piste pour laquelle je ne me sentais pas avoir les épaules assez solides pour continuer à recueillir les douloureux récits des professionnels dédiés et des femmes rencontrées. De plus, mon ethnographie en milieu hospitalier m'avait conduite à observer des logiques de soins reposant sur des savoirs et des pratiques majoritairement dits « biomédicaux » [Cant, Sharma, 1999 ; Cambrosio, Keating, 2003], terme que j'emploierai dans cette thèse pour désigner ce type de médecine que d'autres auteurs appellent « médecine cosmopolite » [Dunn, 1976] « médecine moderne » [Benoist, 1993] ou « médecine occidentale » [Ross, 2012]. Mon intérêt s'est en effet par la suite porté sur les pratiques de santé en général, et de santé reproductive en particulier, qui appartenaient aux

domaines des soins « domestiques »¹ [Saillant, 1999] et des soins dits « non conventionnels » [Cohen, Rossi : 2011], lesquels semblaient être caractérisés par la faiblesse de leur visibilité et de leur légitimité sur la scène publique. Je me suis sentie assez concernée par cette question de recours à ces soins non biomédicaux, car elle ravivait en moi l'une des histoires de ma famille paternelle : mon arrière-arrière-grand-père portait le nom de Julien Lemonnier et exerçait le métier de cantonnier à Tôtes, petite localité du bocage normand. Pompier volontaire au village, il y était également connu pour son don de guérisseur, qu'il s'appliquait à mettre au service de la communauté. « Il soignait le feu et aussi les maladies de peau » m'expliqua une fois ma grand-mère. Les soins dispensés consistaient, selon la mémoire familiale, à poser les mains sur les zones du corps en souffrance et à réciter mentalement des prières invoquant l'aide thérapeutique des saints catholiques. Il aurait sauvé mon propre père d'une maladie mortelle et inexplicable quand celui-ci n'était encore qu'un nourrisson. Cette histoire se transmet avec une intime fierté, de génération en génération, le plus souvent par des paroles prononcées à la volée comme des bribes d'une biographie à reconstituer soi-même. Ce récit quasi mythologique de mon aïeul, ainsi que les pratiques de santé et la religiosité de ses descendants proches, ont marqué mes sens d'un rapport à l'infortune et aux croyances que la modernité et sa scientificité qui m'ont vu grandir ont ébranlé sans pour autant effacer. Tout comme l'anthropologue Sophie Caratini, je crois que le choix d'un sujet de recherche ethnologique est le plus souvent animé, de près ou de loin, par la quête identitaire du chercheur lui-même [Caratini, 2004].

Ainsi je commençai, dans le cadre de ma recherche de Master 2 en anthropologie, à interroger les formes de savoirs, discours et pratiques sur les soins les plus diversifiés, visant à remédier aux infortunes, maux et maladies des femmes dans ces espaces intimes, voire tabous, que sont la sexualité et la procréation. Je m'appuyais alors sur la définition élargie de la « santé de la reproduction » (*reproductive health*) développée par les anthropologues Carole Browner et Carolyn Sargent [2011] pour mieux saisir la diversité des enjeux de santé au féminin et la variété des domaines du soin qui s'y rapportaient à différentes échelles du social:

« (...) comprendre les diverses conséquences des interactions liées aux politiques globales et nationales sur les populations; à la santé publique, aux droits humains, et aux mouvements féministes; aux doctrines religieuses et à leurs manifestations; aux divers systèmes médicaux et à leurs pratiques; aux relations de parenté, aux relations intimes, et aux aspirations individuelles en santé reproductive chez les femmes et les hommes » [Browner, Sargent, 2011 : 2. Trad. de l'anglais].

¹ La notion de « soins domestiques » désigne les soins qui s'effectuent dans l'intimité de la famille, d'ailleurs souvent prodigués par les membres féminins dans la sphère privée.

J'ai envisagé une catégorie opératoire large, les « maux de femmes », pour désigner l'ensemble des maux spécifiquement féminins décrits par les femmes ou les différents soignants. Tout en se prémunissant de l'écueil essentialiste, il s'agit ici de reconnaître que les différences biologiques entre corps masculins et féminins amènent à des maux différents, vécus de façons spécifiques et faisant l'objet de conceptions médicales et thérapeutiques à la fois particulières et diversifiées. Compte tenu de la prégnance du modèle biomédical dans la société française, ainsi que de son caractère officiel, légal, scientifique [Laplantine, 1986], je décidai d'abord d'engager ma définition des « maux de femmes » sur la base des pathologies relatives aux organes procréatifs féminins. Ainsi les kystes ovariens, le cancer du sein, les troubles de la ménopause, les maladies sexuellement transmissibles, les mycoses vaginales et toute autre maladie spécifiquement féminine devaient trouver place dans cette classification. J'y intégrai également les perturbations corporelles et sanitaires liées à la grossesse et la prise en charge de l'accouchement compte tenu de la généralisation de leur médicalisation [Sargent, Bascope, 1996 ; Antil, O'Neill, Saillant, 1987 ; Jacques, 2005]. Si cette catégorie opératoire s'appuyait *a priori* sur une classification gynécologico-obstétrique des pathologies des femmes, il était indispensable qu'elle puisse également s'en détacher au besoin et au gré de l'ethnographie : en effet, elle ne devait servir que de support méthodologique pour appréhender les dimensions féminines de la santé sexuelle et reproductive dans des déclinaisons sociales et culturelles variées, ainsi que dans les interactions sociales qui les portaient au sein des autres sphères du soin, comme celles des médecines traditionnelles, populaires et parallèles par exemple.

C'est pourquoi un intérêt particulier a été porté aux représentations individuelles des organes reproducteurs – ovaires, trompes, utérus, vagin, seins-, de leur fonctionnement – menstrues, cycles hormonaux, grossesse, ménopause...-, et de leurs troubles et pathologies, à l'image de la démarche opérée par Christine Durif-Bruckert dans *Une fabuleuse machine, Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques* [1994]. Dans cet ouvrage, la psychologue clinicienne et anthropologue interroge des personnes adultes sur leurs connaissances de leur corps intérieur et de sa mécanique:

« Le profane laisse parler son corps. (...) il est courant de constater que des morceaux d'explication sélectionnés dans le « texte scientifique » sont emboîtés à des séquences profanes selon des logiques inédites. » [Durif-Brucker Christine, 1994 : 20-21].

L'histoire et l'anthropologie [Fouquet, Knibiehler, 1983 ; Laqueur, 1992] ont montré que la physiologie féminine a fait l'objet de nombreuses représentations au fil des siècles, des cultures, des âges de la vie. Quelles représentations individuelles et sociales du fonctionnement des organes féminins et des « maux de femmes » allaient être révélées par la sémantique des discours des femmes rencontrées et de leurs thérapeutes de tous horizons ? Dans quelle mesure ces représentations orientent-elles le recours aux

soins ? Quels étaient ces maux ? Comment étaient-ils vécus ? Comment et qui les soignaient ? En quoi les itinéraires thérapeutiques de ses femmes participaient-ils de leurs quêtes de sens, de leur construction identitaire ?

Pour répondre à ces questions, j'ai choisi d'orienter ma réflexion sur les significations accordées aux maux de femmes, aux niveaux individuel, social et politique. Au premier niveau, plutôt phénoménologique, l'expérience du mal passe généralement par la douleur qui alerte que quelque chose dans le corps ne fonctionne pas normalement. Ainsi je me demandai si l'expérience de la physiologie féminine répondait au modèle de la santé comme silence des organes ou comme un déséquilibre des flux qui animent le corps. A quels symptômes renvoyaient la perception des douleurs compte tenu du fait que la discrimination des symptômes corporels varie selon les cultures et les milieux sociaux [Zola, 1970] ? L'existence de maladies inconnues de la biomédecine, à l'instar du *susto* mexicain qui frappe les personnes vulnérables face aux pressions de la vie quotidienne et qui présentent en même temps de nombreux troubles physiques [Rubel, O'Neil, Colladon-Ardon, 1984 ; Motte-Florac, 2011], incite à chercher à comprendre les troubles corporels dans leur complexité organique, psychique, mais aussi en considérant que l'individu malade est constamment pris dans des enjeux sociaux, culturels et sociétaux. Pour Byron Good, l'activité médicale est « un ensemble de pratiques interprétatives précises » du récit fait par le malade qui tente de décrire les perceptions anormales qui lui viennent de son corps [1994 :192] :

« La maladie a un cours naturel (...). La structure narrative et phénoménologique de son vécu, ainsi que la personne qui est l'objet de la souffrance, ne sont utiles aux pratiques cliniques habituelles que dans la mesure où elles révèlent l'ordre pathophysiologique, permettant au médecin de formuler et d'enregistrer le cas comme projet médical. » [Good, 1994 :185]

Ainsi de son côté, le malade possède un point de vue différent sur la maladie que celui du médecin et c'est bien la façon dont il explique lui-même sa maladie qui va intéresser les anthropologues. La maladie, en français, provient probablement de la contraction de « mal-à-dire », c'est-à-dire d'une perception d'un trouble qu'il s'agit de traduire socialement pour mettre en œuvre une démarche thérapeutique visant le rétablissement de la santé. En anglais, plusieurs mots existent pour désigner cet état de trouble : *disease* renvoie à la maladie telle qu'elle est appréhendée par le savoir biomédical, *illness* à la maladie telle qu'elle est éprouvée subjectivement par le malade et *sickness* à la réalité socio-culturelle de la maladie, au rôle social et aux comportements prescrits en tant que malade atteint de telle maladie dans une société donnée [Young, 1982 ; Zempléni 1985]. A la suite d'Allan Young notamment, les anthropologues Arthur Kleinman and Byron Good vont prolonger la réflexion sur les dimensions de *illness* et *sickness* en approfondissant notamment la théorie des modèles explicatifs de la maladie, c'est-à-dire des différents ensembles interprétatifs des troubles qui affectent la santé, légitimant alors les multiples points de vue *émiques* (c'est-à-dire les points de vue « indigènes »,

« populaires ») et pas seulement celui qui serait *étiqué*, celui de la science, de la rationalité, du médecin, de l'observateur [Kleinman, 1978 ; Good, Kleinman, 1985]. Byron Good s'intéresse à cette pluralité de réseaux sémantiques de la maladie (*semantic illness network*) qu'il définit comme autant de « réseaux de termes, de sensations, de situations et de symptômes qui sont associés à une maladie et qui lui donne son sens pour celui qui en est atteint » [Good, 1977 :40]. S'intéresser au *Sens du mal* en anthropologie, dans les sociétés occidentales comme dans les autres du globe, c'est se pencher sur les réponses que les individus confrontés à la maladie donnent à des interrogations qui dépassent le seul diagnostic médical : « Pourquoi? Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? » [Augé, Herzlich, 1984]. La personne malade produit un discours sur ce qui lui arrive et engage ou non un processus thérapeutique, seul ou accompagné, en fonction de son interprétation individuelle mais aussi d'une interprétation collective du mal :

« La maladie constitue bien une « forme élémentaire de l'évènement » en ce sens que ses manifestations biologiques s'inscrivent sur le corps d'un individu mais font l'objet, pour la plupart d'entre elles, d'une interprétation sociale (mettant en jeu et souvent en cause des relations sociales)» [Augé, Herzlich, 1994 (1984) : 14].

Il existe en effet dans chaque société un panel de *Représentations sociales de la santé et de la maladie* [Herzlich Claudine, 1996 (1969)]. Claudine Herzlich, l'une des figures pionnières de la sociologie médicale en France autour de ces questions, s'appuie la théorie des représentations sociales de Pierre Moscovici. Ce psychologue social reprend en 1950 la notion de représentations collectives élaborée par Emile Durkheim en 1898 : considérant ce que les psychologues appelaient alors « représentations individuelles » pour désigner les conceptions du monde que les individus développaient tous à un niveau personnel, le fondateur de la sociologie envisagea par analogie la possibilité de représentations partagées collectivement par un groupe social donné :

« La vie collective comme la vie mentale est faite de représentations : il est donc présumable que représentations individuelles et représentations collectives sont en quelque sorte comparables » [Durkheim, 2002 (1898) : 4].

Leurs différences tiennent notamment au fait que les représentations individuelles ont la propriété d'être variables dans le temps et d'un individu à un autre, alors que les représentations collectives sont plus stables et partagées par les membres d'une même société. Emile Durkheim précisait également que les représentations collectives ne sont pas constituées par la somme des représentations individuelles :

« Les représentations collectives sont extérieures aux consciences individuelles, c'est qu'elles ne dérivent pas des individus pris isolément, mais de leur concours ; ce qui est bien différent. Sans doute dans l'élaboration du résultat commun, chacun apporte sa quote-part;

mais les sentiments privés ne deviennent sociaux qu'en se combinant sous l'action des forces qui génèrent que développe l'association; par suite de ces combinaisons et des altérations mutuelles qui en résultent, ils deviennent autre chose. » [Durkheim, 2002 (1898) :20].

Pour Pierre Moscovici, le qualificatif « collectif » utilisé par Emile Durkheim faisait moins sens dans la deuxième moitié du XXe siècle que celui de « social » compte tenu des mutations de la société occidentale, notamment caractérisée par l'émergence de multiples groupes sociaux [Moscovici, 2003 : 99]. Ces nouveaux groupes mobilisent et sont mobilisés par des représentations sociales qui leur sont propres, ce qui pousse Pierre Moscovici à penser que ces conceptions sont moins résistantes au temps que ce qu'Emile Durkheim l'affirmait, mais qu'elles peuvent être créées, modifiées, abandonnées selon les contextes [Moscovici, 2003 : 100]. En anthropologie, Denise Jodelet propose une définition de la représentation sociale qui inclue ses caractéristiques et ses fonctions :

« Une représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. (...) En tant que systèmes d'interprétations régissant notre relation au monde et aux autres, [celles-ci] orientent et organisent les conduites et les communications orales » [Jodelet, 1994 : 36].

Claudine Herzlich explique la dimension acquise des représentations sociales de la santé et de la maladie en insistant sur l'apprentissage collectif de ces règles interprétatives:

« L'enfant, pensons-nous, ne comprend pas ce qu'est la maladie et ce qu'elle va signifier dans sa vie ; il doit apprendre à insérer son expérience dans un réseau d'explications et de règles sociales (...) L'adulte lui-même apprend de la société à être malade » [Herzlich, 1996 (1969) : 13].

Qu'en était-il pour les maux de femmes ? L'état de maladie socialement appris, partagé et attendu des personnes malades constitue ce que l'anthropologie appelle la situation de *sickness*, situation de dysfonctionnement corporel ou psychique collectivement reconnu qui introduit une modification radicale de la vie ordinaire du malade, voire de son identité. On peut supposer que les troubles spécifiquement vécus par les femmes font l'objet de telles constructions sociales. Le philosophe et médecin Georges Canguilhem insiste sur le fait que l'on est toujours en santé ou malade en fonction de normes sociales, et pas seulement en raison d'une stabilité physiologique ou de troubles corporels pathologiques dont les définitions diffèrent selon les époques, les milieux sociaux, les médecins qui les manipulent [Canguilhem, 2013 (1966)]. Pour Claudine Herzlich, ce que l'individu explique de manière profane à propos de sa santé et de sa maladie, de ses causes et de ses effets, traduit en même temps le rapport serein ou conflictuel qu'il entretient avec la société dans laquelle il vit [Herzlich, 1996 (1969)].

Très souvent, la maladie est perçue comme la perte d'équilibre entre les éléments constitutifs du corps (dont on dissocie ou non l'esprit), instabilité à laquelle on attribue diverses imputations causales et divers remèdes, ce qui invite à réfléchir aux interprétations étiologiques et thérapeutiques des maux de femmes.

L'anthropologue François Laplantine, bercé par le structuralisme des années 1980 en France, a proposé une grille de lecture anthropologique des représentations de la maladie. Il s'est donné pour objet de « faire apparaître et d'analyser des formes élémentaires de la maladie et de la guérison », ou constantes sociales du champ de la pathogénie et de la thérapie, mobilisables sont la forme d'une série de « modèles étiologico-thérapeutiques » [Laplantine, 1986 (1992) : 13-14]. Ces derniers demeurent des modèles qui n'existent pas en substance, mais qui sont plutôt des constructions opératoires visant à ordonner la compréhension des interprétations que les individus donnent à la maladie :

« un modèle étiologique (ou un modèle thérapeutique, ou encore un modèle étiologico-thérapeutique) est une matrice qui consiste dans une certaine combinaison de rapports de sens, et qui commande, le plus souvent à l'insu des acteurs sociaux, des solutions originales, distinctes et irréductibles, pour répondre au problème de la maladie » [Laplantine, 1986 (1992) : 43].

Ainsi l'étiologie des maux répondrait à quatre couples d'oppositions binaires selon l'anthropologue: les modèles ontologique/relationnel, exogène/endogène, soustractif/additif et bénéfique/maléfique. De même, les thérapeutiques seraient allopathique ou homéopatique, exorcistique ou adorcistique, additif ou soustractif et sédatif ou excitatif. Ces modèles permettent d'apprécier une relative universalité humaine dans la construction de la recherche des causes des maux et de leurs traitements, ainsi qu'un moyen d'examiner le rapport entre individu et société. Un environnement perçu comme « pollué » par les usines voisines peut ainsi être interprété comme la cause du mal, à la fois relationnelle, exogène, additive et maléfique. Toutefois, ces modèles se heurtent parfois à la complexité des logiques de santé au sein desquelles des dimensions antagonistes peuvent co-exister : pour Arthur Kleinman [1976] par exemple, chaque malade élabore sa représentation de la maladie en réalisant une combinaison particulière de différents modèles explicatifs, de différentes représentations sociales. Pour se soigner, il a besoin d'expliquer sa maladie et puise dans les différents répertoires interprétatifs, que la société met à sa disposition, produisant des combinaisons discursives inédites, afin d'être entendu et pris en charge. Ainsi, la façon d'expliquer sa maladie dépend du système médical dans lequel on se trouve (d'une société à l'autre, ou d'un thérapeute à l'autre). C'est le système médical qui construit socialement la maladie, ainsi que les modalités du traitement. Ainsi par exemple, dans les Landes de Gascogne du XIXe siècle, la pellagre apparaît comme une nouvelle maladie locale, touchant les plus pauvres, liée à la sur-consommation de maïs avarié : elle est décrite comme telle par les médecins à un moment où s'inventent les

Landes et ses caractéristiques régionales [Traimond, 1992]. Avec la notion d'entité nosologique populaire (ENP), Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan [1999] mettent en lumière l'existence de formes de catégorisations profanes regroupant chacune des « associations » ou des « trajectoires » de symptômes variés sous une nomination unique qui ne trouve pas leurs analogues dans la biomédecine, à l'instar du *susto* mexicain évoqué plus avant. Le *weyno* est un autre exemple d'ENP tiré du contexte géographique songhay-zarma au Sahel : ce terme désigne dans un même ensemble une série d'affections du bas ventre, susceptibles de se déplacer ou de se manifester par des symptômes ailleurs dans le corps, et qui se caractérise par la fluidité de ses représentations (c'est-à-dire leur instabilité, l'absence de systématisation) ainsi que par son prosaïsme écartant l'idée d'une imputation sorcellaire et classant alors cette maladie au rang des maux courants et « naturels » [Olivier de Sardan, 1999].

Ces exemples illustrent des situations où des symptômes corporels ou mentaux trouvent une interprétation étiologique dans la sphère sociale. Or que se passe-t-il lorsque le système médical nie ou invisibilise certains maux et perturbations du corps et de l'esprit ? Une large part des maux de femmes reste non soignés car non exprimés dans l'espace public et confinés aux pans intimes de la sphère privée. D'autres sont au contraire très étudiés par la médecine et encadrés par la religion ou l'Etat depuis plusieurs siècles [Kotobi, Lemonnier, 2015]. Cette thèse souhaite ainsi observer la façon dont se disent ou se taisent les maux féminins, comment ils sont interprétés et pris en charge par les femmes, leur entourage et leurs soignants et comment ces discours renseignent sur le rapport de ces personnes à elles-mêmes et au monde social.

A.2. Une participation à un programme de recherche en Médoc

Pour en revenir à mon parcours, j'ai intégré lors de mon master 2 d'anthropologie l'équipe de recherche de ma directrice de mémoire, devenue ma co-directrice de thèse l'année suivante. Laurence Kotobi m'avait en effet proposé d'intégrer le programme Médoc-Iresp qui débutait alors en 2010 sous sa responsabilité scientifique et qui portait sur l'étude des « *inégalités dans l'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc* »². Dans leur projet de recherche,

² Cette recherche pluridisciplinaire, initiée par Laurence Kotobi (Adess) et Béatrice Jacques (CED), a été financée par l'Iresp Inserm, de 2010 à 2013. L'équipe d'anthropologues a été constituée de la Responsable scientifique du projet, d'une post-doctorante (à mi-temps) Lorena Anton (Adess), et de moi-même, d'abord en tant qu'étudiante de master 2 puis en tant que doctorante (sur contrat doctoral). L'équipe de sociologues a été constituée de l'enseignant-chercheur pré-citée, puis successivement d'une vacataire doctorante (sur 4 mois) Yasmina Meziani (CED) et d'une chargée de recherche titulaire d'un master 2 en sociologie Sonia Purgues (CED). Ont également participé à cette étude : un ingénieur d'étude géographe Charles Cheung (Adess), et 4 étudiantes en Master de Santé Publique, Céline Picot (Isped), Christine Barul (Isped) et Fatoumata Fadiga (Isped).

l'anthropologue Laurence Kotobi et la sociologue Béatrice Jacques avaient choisi le Médoc comme lieu d'enquête, en le décrivant comme l'un des territoires de l'Aquitaine les plus concernés par la question de l'inégal accès aux soins³. Internationalement renommé pour la qualité de ses vins et pour ses stations balnéaires, le Médoc conjugue en effet ruralité et « disparités socio-économiques fortes entre une bourgeoisie vinicole bordelaise voire étrangère, ne résidant pas toujours sur le territoire et deux types de populations précaires : les familles locales d'« ouvriers de chais » et les saisonniers⁴ » [Kotobi, Jacques *et al*, 2013]. Ces derniers étaient souvent des migrants d'origine étrangère (Afrique du nord, pays de l'Est...), des gens du voyage et des jeunes gens en itinérance vivant et travaillant en bord de mer, aux champs comme à la montagne au gré des saisons agricoles et touristiques.

« Peu industrialisé, le Médoc représente la zone d'emploi la plus touchée par le chômage de la région Aquitaine en 2009 (...). Une autre particularité de ce territoire est que le Médoc fait également l'objet d'une certaine stigmatisation relative notamment à la consommation d'alcool, aux violences conjugales, à l'analphabétisme et à la précarité, directement liée semble-t-il aux caractéristiques sociologiques de sa population. » [Kotobi, Jacques, *et al*, 2013].

En termes d'accès à la santé, leur étude exploratoire montrait une forte sous-médicalisation du territoire, se manifestant par une faible présence relative des professionnels de santé⁵ et une accessibilité géographique aux services parfois contraignante, ce qui laissait présager des zones désertifiées, alors même que la demande de soins tendait à augmenter du fait de l'accroissement et du vieillissement de la population signalés par le syndicat de Pays.

C'est suite à ces constats que nous avons mené la recherche collective Médoc-Iresp entre 2010 et 2013, laquelle a été organisée selon une configuration qui n'était pas sans rappeler l'ethnographie réalisée à Minot: rappelons que de 1968 à 1982, un groupe d'anthropologues, Tina Jolas, Marie-Claude Pingaud, Yvonne Verdier et Françoise Zonabend, avaient réalisé une monographie à plusieurs voix de ce village du centre de la France considérée comme l'une des plus importantes enquêtes en ethnologie de la

³ Le Médoc comptait 87000 habitants en 2006 selon les données du Pays-Médoc. Il est difficile de les comparer à des chiffres plus récents compte-tenu du fait que le Médoc ne constitue pas une entité administrative au sens de l'Insee. Précisons que la ville de Lesparre-Médoc, sous-préfecture du Médoc, rassemblait la grande majorité des services de santé disponible sur le territoire (une clinique notamment) et qu'elle est située à 65 km du centre-ville de Bordeaux, soit à 1heure30 de voiture, compte tenu des infrastructures routières et d'une circulation régulièrement embouteillée sur l'axe principal.

⁴ L'agriculture représente 25 % des emplois en Médoc (auquel s'ajoute un volume important de CDD) soit 4400 emplois dont 3600 salariés CDI et 12000 saisonniers. <http://www.debatpublic-leverdon.org/docs/comptes-rendus/20071108/pres-pays-medoc-20071108.pdf>

⁵ Au 1^{er} janvier 2007, la densité de médecins généralistes pour 100000 habitants est de 127,6 pour le territoire de Lesparre-Médoc (136, 3 pour l'Aquitaine). Orsa : www.orsa-aquitaine.org/Portals/0/1_territoire_de_recours_1.pdf

France. Les données collectées ont donné lieu à des publications diversifiées qui traduisaient les orientations et affinités de recherche de chacune et dont certaines sont rassemblées dans l'ouvrage *Une campagne voisine : Minot, un village bourguignon* [1990]. Yvonne Verdier s'était ainsi par exemple intéressée aux discours et pratiques populaires qui accompagnaient les femmes aux différents âges de la vie [1977], tandis que Marie-Claude Pingaud étudiait le mode de vie paysan et Françoise Zonabend les règles de la parenté [1986]. Minot, comme le Médoc dans notre cas, avait été choisi dans un contexte de mutation sociale (les campagnes d'après-guerre pour la première, la redéfinition de la ruralité en contexte de crise globalisée pour la seconde) et pour leurs représentations de « bout du monde » bien que ces espaces n'ont jamais vraiment été tout à fait isolés nous le verrons.

Les conditions de la recherche – par programme, projet, commande – ont quelque peu modifié les façons de faire depuis l'expérience de Minot, et valorisent aujourd'hui le travail d'équipe, la pluridisciplinarité et la production de restitutions écrites collectivement : en ce sens, nous avons engagé une dynamique conjointe de recherche sur le terrain puis dans l'écriture d'un rapport de synthèse en poursuivant un double questionnement commun :

« Nous souhaitons d'une part comprendre comment les principaux dispositifs sanitaires et sociaux existants influencent ou déterminent les parcours et itinéraires thérapeutiques des femmes « précaires » et /ou « migrantes » qui s'y trouvent, en matière de SRG, et comprendre comment ces dispositifs peuvent produire du non recours ou du renoncement.

D'autre part, nous voulions saisir comment, en même temps que les professionnels du territoire tentent de répondre aux besoins de ces publics, les catégories qu'ils construisent pour appréhender leurs publics, interviennent dans leurs pratiques (de suivi, d'accompagnement et d'information) et ont des effets sur l'accès aux soins des femmes. » [Kotobi, Jacques *et al*, 2013 : 6].

Toutefois, comme l'avaient fait les chercheuses de Minot, chacune d'entre nous a eu le privilège de pouvoir conserver un attachement à ses objets de recherche : Laurence Kotobi s'est davantage intéressée aux champs de la contraception et des migrations, Lorena Anton à celui de l'interruption volontaire de grossesse (objet de sa thèse en cotutelle avec la Roumanie) et moi-même, à ceux des soins profanes et non conventionnels, tandis que les sociologues ont investi le domaine de la périnatalité. Ce travail en complémentarité s'est organisé sous la forme de tandem dans l'équipe des anthropologues, en vue de favoriser la formation, mais aussi les regards croisés⁶. Pour

⁶ Laurence Kotobi et moi-même avons réalisé une communication à ce propos, intitulée « Enquêter dans le champ de la santé reproductive : aspects méthodologiques, éthiques et réflexifs d'une recherche en

éviter trop de croisements sur le terrain, une centralisation des informations et des calendriers a été mise en place sur un site internet dédié, permettant également un contrôle de l'avancement du travail et de chacun. De ce fait, je n'ai pas toujours pu accéder à certains lieux d'observation quand ils étaient investis par d'autres membres du projet, ni à certaines « personnes-carrefours » qui étaient déjà assez sollicitées. Malgré ces contraintes, la recherche collective m'a toutefois permis l'accès à d'autres lieux qui nécessitaient des autorisations à des niveaux hiérarchiques supérieurs, notamment dans le cadre de services publics, lesquelles ne m'auraient sans doute pas été accordées sans le poids et la légitimité que procurait un programme de recherche financé par des instituts nationaux de recherche (Iresp et Inserm). Ma directrice de thèse m'a également incité à développer par moi-même un terrain et des relations dépassant le seul cadre de ce projet, afin de ne pas réduire ma thèse à cette expérience particulière ni me sentir enfermée dans les axes du programme de recherche. J'ai ainsi eu la chance de bénéficier d'une certaine autonomie quant à mes orientations d'enquête, posture au demeurant assez rare dans le cadre de doctorats rattachés à des programmes de recherche ou bénéficiant de financements privés au titre des CIFRE. Ajoutées à cette division du travail, les différences de formation (ma directrice de thèse est aussi Infirmière diplômée d'Etat), d'expérience, d'âges, d'origines socio-culturelles et de nationalité (roumaine, franco-iranienne et française) ont également influencés nos rencontres sur le terrain et la tournure des interactions avec les personnes enquêtées, apportant encore de la richesse à cette complémentarité, mais aussi, c'est important de le souligner, de la complexité aux données que nous avons collectées.

A maints égards, cette recherche collective m'a permis, en Master 2 puis en thèse, de me saisir de certaines « ficelles du métier » : la mise en place d'une méthodologie collective m'a permis de consolider la mienne ; le respect d'un calendrier commun des présences de chacune sur le terrain m'incitait à planifier mon ethnographie pour mieux laisser libre « l'observation flottante » une fois sur place [Pétonnet, 1982]; les réflexions bibliographiques et pratiques de terrains collectives alimentaient les nombreux échanges ; de même que le séminaire Genre, Santé et Migrations rattaché au projet. Enfin, le financement reçu rendait possible la prise en charge de certains frais de terrain et de valorisation de mes recherches lors de colloques nationaux et internationaux.

A.3. Une enquête hors des sentiers battus

A l'issue de mon master 2 et de cette première année de participation au programme, j'ai envisagé la perspective d'une recherche de thèse pour poursuivre mon questionnement dans le Médoc sur la pluralité des soins auxquels recouraient les

femmes pour les maux et maladies qui leur étaient spécifiques. J'ai ainsi sollicité le Professeur Abel Kouvouama qui a mené des travaux sur le pluralisme médical et religieux en France et dans les Afriques contemporaines [1992 ; 1998], pour co-diriger ce doctorat aux côtés de Laurence Kotobi, plus spécialisée sur les questions de santé des femmes, de migrations et d'accès aux soins, en France et en Iran⁷. J'ai obtenu pour ce faire un contrat doctoral avec l'école doctorale de l'Université Bordeaux Segalen, devenue Université de Bordeaux aujourd'hui, qui m'a assuré un revenu pendant trois années et permis d'effectuer une activité complémentaire d'enseignement en anthropologie au titre de chargée de TD pour la Licence 3 d'anthropologie entre 2013 et 2015, et d'intervenante ponctuelle dans le séminaire de spécialité « Genre, Santé, Société » (resp. Laurence Kotobi) du Master 1 d'anthropologie à l'Université de Bordeaux. Mes expériences d'enseignement se sont poursuivies à l'Institut de Sciences Politiques de Bordeaux pour les étudiants en formation initiale (cours d'anthropologie de 4e année en 2015) et en formation continue (interventions pour le DEIS en 2015), ainsi que pour le Centre Hospitalo-Universitaire bordelais dans le cadre d'enseignements aux futures sages-femmes et aux futurs masseurs-kinésithérapeutes. Enfin, je soulignerai que j'ai pu profiter du soutien financier accordé aux doctorants de la part de l'école doctorale et de mon laboratoire de recherche Adess pour pouvoir participer à des colloques nationaux et internationaux, et ainsi répondre aux exigences de professionnalisation des doctorants prévues par l'école doctorale.

Le Médoc et le programme de recherche me sont apparus comme une véritable opportunité pour réaliser cette enquête que je souhaitais hors des sentiers battus : originaire des Landes, j'avais aussi envisagé ce territoire, puis choisi de me concentrer sur le Médoc où je savais pouvoir bénéficier de la dynamique et du professionnalisme de l'équipe de chercheuses. De plus, le Médoc suscitait mon intérêt pour ses représentations marquées ayant notamment trait à des stéréotypes positifs et négatifs liés à la ruralité⁸ sur lesquels je reviendrai, mais aussi et surtout par la présence de praticiens de soins non conventionnels parfois amenés à soigner les maux de femmes dans un contexte où l'offre de soin en gynécologie et obstétrique existait sans pour autant être dominante. Sophie, une commerçante de la côte touristique médocaine que j'avais rencontrée par l'intermédiaire d'une amie bordelaise, fut la première de mes interlocutrices à me faire part de pratiques de soins parallèles pour les problèmes de femmes sur la presqu'île, à l'occasion d'un entretien exploratoire à son domicile :

« Et les guérisseurs, ça t'intéresse ? J'en connais une dans la commune d'à côté. Mme Pagnoux. J'avais été la voir pour un problème au genou, et elle m'avait dit qu'elle soignait aussi les problèmes de stérilité chez les femmes.

⁷ Laurence Kotobi a demandé à cet effet et obtenu une Autorisation à diriger une thèse (ADT), et termine aujourd'hui la préparation de son Habilitation à Diriger des Thèses (HDR).

⁸ Stéréotypes qui se conjuguèrent, j'allais le découvrir, à d'autres représentations liées à l'image de l'insularité du fait de la topographie péninsulaire du Médoc.

Qu'elle était reconnue pour ça. Mais elle ne fait pas non plus que ça. Je sais qu'il y en a un ici aussi. Je voudrais aller le voir, mais j'ai pas son nom, ni son adresse. Il paraît qu'il est bien.» [Sophie, 34 ans, commerçante saisonnière, célibataire, un enfant]

La question de la désertification médicale pouvait dès lors être mise en regard avec celle des oasis thérapeutiques existantes ou émergentes dans d'autres registres du soin, pas toujours visibles surtout quand il s'agissait de maux de femmes, au sein d'une déclinaison locale de la ruralité contemporaine française. Ce dernier point nécessitait réflexion quant au positionnement de recherche à adopter car les campagnes françaises ont été successivement étudiées par les sciences humaines selon diverses approches qu'il convient de pointer ici afin d'en apprécier les distances ou les affinités établies avec elles dans ce travail.

Au commencement de mon enquête, je ne connaissais du Médoc que les vins rouges renommés des châteaux Pauillac et Margaux - pour ne citer qu'eux-, et la longue plage de sable de Soulac sur Mer, station balnéaire aux pittoresques maisons où s'agglutinent l'été touristes, surfers et travailleurs saisonniers. Mes allées et venues sur la presqu'île, en train, en bus, ou en voiture, à côtoyer toutes sortes de personnes m'ont permis de faire connaissance avec ce territoire, à la fois très proche de la côte landaise où j'avais grandi, et assez différente du fait de la présence de la vigne et de l'estuaire. Si l'on caractérise souvent le monde rural par son apparente immobilité, c'est bien son dynamisme qui m'intéressait : je voulais pouvoir me défaire des aprioris folkloristes que l'anthropologie a parfois coutume d'exprimer à l'égard des travaux menés sur ces terrains à la fois proches et souvent construits comme culturellement lointains, délaissés par l'ethnologie depuis les années 1990. A cette époque, l'« ethnologie du présent » s'est désintéressée des reconstitutions micro-locales « des sociétés rurales archaïques pour se focaliser sur les processus sociaux par lesquels (...) la différence, la cohésion sociale, et des formes complexes d'intégration sont produites, exprimées et maintenues » sur des terrains urbains le plus souvent où existaient des formes de marginalité sociale (les habitants des cités de banlieue, les clochards, les tziganes, les minorités ethniques..); « Pour beaucoup, l'abandon des campagnes profondes et l'ancrage dans le temps présent reposait sur la conviction que les outils d'analyse de l'ethnologie demeuraient utiles bien au-delà des secteurs réservés de l'archaïsme, de l'exotisme ou de l'exclusion », ce qui pourra par la suite constituer des tensions entre sociologie et anthropologie qui travaillaient désormais sur les mêmes objets [Rogers, 2002 : en ligne].

Du point de vue de la sociologie, la figure archétypale du paysan forgée par les folkloristes au début du XIX^{ème} siècle a servi de matière à penser les effets de l'intrusion de la société moderne dans les espaces ruraux, caractérisée par les politiques

de modernisation agricole⁹, les départs planifiés des plus petits agriculteurs et l'entrée des plus gros dans le système de production marchand de l'industrie agro-alimentaire [Laferté, 2014: 427]. Peu à peu, elle a considéré que la ruralité n'avait plus de spécificité par rapport aux questions urbaines, sinon morphologiques, et qu'elle devait donc être étudiée avec les mêmes outils puisque ce qu'on appelait jusqu'alors la paysannerie s'était transformé, s'alignant sur les standards urbains via « la rénovation des logements, la massification scolaire et le développement des loisirs. Dans cette perspective, la ville avait gagné symboliquement tous les espaces » [Laferté, 2014 :427].

Dans cette pensée de l'uniformisation des modes de vie conjointes aux différenciations morphologiques entre rural et urbain, la « sociologie rurale » s'est peu à peu spécialisée en « sociologie des mondes agricoles », les sociologues urbains s'employant à étudier les communes rurales. Face à « l'éclatement de la société d'interconnaissance » dont on disait qu'elle caractérisait le monde paysan [Jollivet, 1974, p. 196], l'intérêt des sociologues des mondes agricoles s'est porté sur les agriculteurs en tant que catégorie socioprofessionnelle (CSP), voire d'une classe sociale, composée d'entrepreneurs au service de l'Etat et de l'industrie agroalimentaire, ou de paysans indépendants non-salariés, prolétaires encouragés à quitter leurs terres [Laferté, 2014 :427]. Pour Pierre Bourdieu, le déclin de la paysannerie qu'il a observé dans son Béarn natal s'exprime dans l'impossibilité de reproduction sociale des paysans et dans leur intégration au sein de la société globale en tant que « classe objet ». Par « classe objet » il entend un groupe sans conscience de classe puisque c'est toujours l'observateur extérieur qui la définit, en la reléguant toujours au bas d'une échelle sociale dont les hauts rangs sont occupés par ceux qui ont su s'adapter à « l'univers infini » des logiques de marchés et de circulation mondialisés des biens [Bourdieu, 1977 : 3-4 ; 2002 : 221].

Il me paraissait pourtant réducteur de considérer le Médoc comme un monde rural exclusivement paysan ou agricole, d'autant plus que ce groupe prédéfini révélait dans les faits une grande hétérogénéité selon la nature, les modes de production et leurs histoires locales (petits exploitants polyculteurs, bourgeoisie viticole, éleveurs de montagne...) ainsi qu'une grande diversité sociale [Diallo, Laferté, Renahy, 2013 :16-30]. A mon sens, ce monde n'était pas non plus à reléguer à une sociologie urbaine en tant qu'espace à la fois identique et périphérique à la ville, bien que l'Insee ait abandonné depuis 2010 la notion de « territoire à dominante rurale » pour définir ces espaces en rapport à leur distance avec les pôles urbanisés, considérant que « 95% de la population française vit sous l'influence des villes » [Insee, 2011].

Je me suis alors appuyée l'émergente « sociologie des mondes ruraux » qui, parallèlement à la « sociologie des mondes agricoles », tente de dépasser les clivages

⁹ Comme par exemple le plan Marshall, les changements de mesures sur le foncier, la mécanisation agricole, les aides dans l'usage de semences particulières (OGM) et de produits fertilisants.

tradition/modernité, urbain/rural et une trop forte tendance à observer la ruralité au prisme de l'agriculture [Laferté, 2014 :430]. Elle pose la question de la ruralité en tant que morphologie sociale particulière et expériences du quotidien spécifiques, en interactions avec les évolutions politiques et sociales. Gilles Laferté s'inscrit par exemple dans ce cadre en proposant la notion « d'espaces sociaux localisés » pour parler du particularisme rural. Il définit cette notion comme « les produits de la localisation d'activités économiques spécialisées et la présence de franges particulières de la population »¹⁰ [Laferté, 2014 :425]. Les spécificités contemporaines rurales sont des questions posées par l'anthropologie dès les années 1990 dans les pays du Sud, car elles étaient souvent corrélées au champ du développement [Olivier de Sardan, 1995 ; Atlani-Duault, 2009]. Au point que, par exemple, l'anthropologue Denis Pesche s'interrogeait en 1995 sur la pertinence de constituer le développement rural comme un champ d'étude particulier de la discipline, au vu des différents travaux menés en Afrique par l'APAD¹¹ [Pesche, 1995 : en ligne]. Ces différentes orientations de recherche sont à mon sens à mettre en regard avec l'apparition, en 1987, de la notion de « développement durable » sur la scène internationale¹² ; les études sur la ruralité se sont alors internationalisées et ont tendu à traiter davantage de « la question environnementale », en interrogeant les rapports spécifiques et localisés entre les milieux et les sociétés [Brunel : 2010]. En France, le CNRS, l'Inra et la Datar ont soutenu ces études qui mettaient en perspective les champs du rural et de l'environnement pour mieux penser les recompositions territoriales au sein du pays [Déléage, 2013: 26]. Toutefois, à partir des années 2000, Estelle Déléage constate un « retour de l'analyse des paysans » en sociologie comme catégorie socio-politique et non plus socio-professionnelle : la figure archétypale et folkloriste reprise par Mendras a pu être observée dans les mouvements militants agricoles de gauche qui réinventent le métier de paysan en intégrant la question environnementale et qui proposent des modèles agricoles alternatifs à l'agriculture moderne [Déléage, 2013 : 26].

L'étude actuelle des mondes ruraux se détache peu à peu de la question du développement et de l'environnement pour appréhender les dynamiques et les interactions sur ces territoires ruraux pensés comme spécifiques. Au Nord, ils mettent en regard la ruralité avec des champs de l'anthropologie jusqu'alors réservés aux mondes urbains, comme les migrations. Ils prennent désormais en compte la diversité sociale, culturelle voire « ethnique » des populations dans les campagnes. L'anthropologue Chantal Crenn [2013] et la géographe Djemila Zeneidi [2013] par

¹⁰ Il préconise d'ailleurs la méthode ethnographique en équipe pour les étudier et pouvoir explorer et trianguler différents terrains et objets en contexte rural.

¹¹ L'APAD est l'Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement.

¹² Si la question des dangers de la destruction environnementale liée à l'industrialisation émerge dans les années 1960 au sein d'ONG et dans les instances internationales, on situe généralement l'apparition du terme de « développement durable » à la publication du rapport Brundtland en 1987 par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'Organisation des Nations unies.

exemple, (re)considèrent ainsi la place, le vécu et les interactions des populations migrantes marocaines sur les territoires ruraux français (dans le Libournais) et espagnols (en Andalousie), où elles sont employées dans l'agriculture et dans l'industrie agro-alimentaire. Notre recherche dans le Médoc auprès des femmes « précaires » et/ou « migrantes » [2013] s'inscrit dans cette démarche, en proposant de questionner leur accès aux soins en santé reproductive, champ habituellement réservé au domaine de l'urbain au Nord ou au domaine du développement au Sud [Kotobi, Lemonnier, 2015].

Ma thèse s'inscrit donc dans cette approche qui définit la ruralité comme un ensemble de contextes particuliers de par leurs populations, leurs géographies, leurs histoires, leurs modalités de fonctionnement, mais aussi de par les dynamiques locales et globales qui les traversent et les interactions qui s'y déroulent. Je m'insère dans une analyse des processus et de la pluralité plus que de la fixité et de l'homogénéité car la ruralité que j'ai observée ne l'est définitivement pas.

B. Problématique, hypothèses de la recherche et cadrage théorique

B.1. Interroger localement le pluralisme thérapeutique dans le domaine des maux de femmes

La progression inductive qui a guidée à la fois mon enquête de terrain et le processus d'écriture (points sur lesquels je reviendrai un peu plus loin dans cette introduction) a impliqué une élaboration par étapes de la problématique générale de ce travail, selon une dynamique différente de celle qu'engendre la méthode de recherche hypothético-déductive qui consiste à tester ou vérifier des hypothèses pré-établies sur le terrain. J'ai ainsi multiplié les entretiens, les lieux d'observations et les lectures comme pour « m'imprégner » des histoires et des espaces de vie en Médoc. Parallèlement, j'ai mené un travail bibliographique retraçant les diverses approches développées en sciences humaines et sociales pour comprendre et analyser les thématiques ciblées dans cette thèse, à savoir les questions de genre, les représentations de la santé, de la maladie et du corps aux niveaux individuel, social et politique [Lock, Sheper-Hughes, 1997] et les manifestations du pluralisme thérapeutique.

De nombreuses questions ont émergé au cours de ce long travail de recueil de données ethnographiques et bibliographiques, alors que le processus d'écriture était déjà bien amorcé et qu'il permettait à la fois un regard plus éloigné sur les situations [Lévi-Strauss, 1983] mais aussi une production quotidienne de matière à penser, la possibilité d'une *raison graphique* [Goody, 1979]. Du côté de l'offre de soins pour les maux de femmes, je me demandais par exemple pourquoi celle-ci constituait souvent une priorité des politiques d'égalité entre hommes et femmes plutôt qu'une priorité des politiques de santé. Pourquoi l'offre de soins en santé reproductive était tantôt spécialisée ou tantôt

démocratisée ? Dans quelle mesure les politiques de santé dans ce domaine s'appuyaient-elles sur le système officiel de santé français tout en excluant les pratiques domestiques et non conventionnelles ? En quoi ces derniers répondaient-ils différemment aux demandes des usagères ? Dans quelle mesure les réalités de terrain montraient une adhésion plus ou moins fidèle aux définitions institutionnalisées de la « santé sexuelle et reproductive » ? Dans quelle mesure pouvait-on parler de pluralisme médical et/ou thérapeutique dans le domaine des maux de femmes ?

Du côté des femmes et de leurs recours aux soins, je m'interrogeais sur les logiques qui présidaient à leurs choix en matière de santé sexuelle et reproductive. Quelle réception faisaient-elles des messages de prévention ? Quels usages faisaient-elles de l'offre de soins déployée sur le territoire ? Comment vivaient-elles la rareté de l'offre officielle ? Quels besoins identifiaient-elles ? Quels types de recours sollicitaient-elles ? Quels apprentissages de la santé faisaient-elles ? Quels sens donnaient-elles à leurs maux et à leurs recours ? Dans quelle mesure participaient-elles à un certain pluralisme thérapeutique, dépassant les contours du système de santé français ? Dans quelle mesure les itinéraires thérapeutiques participent-ils au maintien ou à la réinvention des normes de genre ? Les médecines non conventionnelles permettent-elles aux femmes de s'en affranchir ou au contraire les y confinent-elles par le biais de discours nouveaux, tantôt empreints de traditionalisme tantôt d'extrême modernité ? Le sens que les femmes donnent à leur maux spécifiques réifie-t-il leur catégorie de genre ou les en dégage-t-il par la création de nouveaux modèles ?

L'histoire d'Estelle relatée en Annexe n°1 illustre ce double exercice d'enquête et de restitution et devrait permettre au lecteur de mieux appréhender, ne serait-ce qu'en filigrane, la problématique finalement soulevée par cette recherche de thèse. Je la livre ici sans plus attendre, pour une plus grande clarté dans la lecture, bien que cela ne corresponde pas à la chronologie réelle de ce travail de recherche :

Dans quelle mesure les savoirs de santé et les techniques et relations de soins visant à remédier aux maux spécifiquement féminins en Médoc s'inscrivent et façonnent un pluralisme thérapeutique mouvant et marqué par la médicalisation ? Comment les femmes, dans leurs itinéraires thérapeutiques mobilisent-elles ce pluralisme dans leurs quêtes de sens et de guérison ? En quoi le pluralisme thérapeutique à l'œuvre transforme parfois leur vision de la maladie, de la santé et leur rapport à elles-mêmes en tant que femmes ?

Trois hypothèses sous-tendent cet ensemble de questions. La première postule la pertinence heuristique de la catégorie opératoire des « maux de femmes » car elle permet d'interroger de façon globale les représentations sociales associées au corps et à l'esprit féminins ainsi qu'aux troubles, maladies et infortunes les affectant, du point de

vue des actrices elles-mêmes et non pas selon le point de vue strictement médical. La seconde suggère l'existence, dans le Médoc, d'un pluralisme thérapeutique dans le domaine des maux de femmes, alliant soins biomédicaux, domestiques et non conventionnels, animé à un niveau macro par une conception biopolitique de la santé, en même temps que par un désir de la part des usagères de soins plus individualisés et de prises en charge plus globales et plus « naturelles ». La troisième hypothèse poursuit l'idée selon laquelle le(s) sens attribué(s) aux « maux de femmes » et les soins qui y sont associés révèlent chez les femmes des logiques variées de recours aux soins, mais aussi des quêtes de soi selon que ces techniques normalisent les conduites, impliquent ou non les femmes, qu'elles les rendent ou non actrices de leur guérison et de leur santé, ou qu'elles réifient ou réinventent les normes de genre.

Avant de préciser les notions qui composent cette problématique, j'explique ici quelques points importants concernant ma méthodologie ainsi que ma pratique d'enquête et d'écriture.

B.2. Points méthodologiques et éthiques

Après une première prise de contact avec le territoire médocain et quelques personnes résidant ou travaillant dans le Médoc qui occupa les premiers mois de mon enquête, j'ai rapidement investi les terrains ouverts par l'enquête MédocIresp, plutôt dans le domaine de l'offre officielle de soins, tout en cherchant à en établir d'autres dans celui des soins non conventionnels, par le biais des publicités laissés par les praticiens en des lieux stratégiques (carte de visite en épicerie biologique et lieux de bien-être, référencement internet ou sur l'annuaire) ou par l'intermédiaire du bouche à oreille. Les femmes que j'ai interrogées ont été rencontrées sur les lieux de soins, par l'intermédiaire de leurs thérapeutes ou de leurs parentes, amies ou voisines avec qui j'avais pu établir un contact de qualité. Avec elles, je m'entretenais, si possible régulièrement, sur leurs itinéraires thérapeutiques à la manière d'un guide de la pratique de terrain, tout en m'intéressant aux itinéraires professionnels des soignants qui les prenaient en charge.

Comme je l'ai déjà évoqué, le travail ethnographique a été effectué seule ou en équipe selon une approche immersive sur un territoire à la fois proche puisque situé en France et à proximité de Bordeaux, mais aussi lointain puisqu'il nous était relativement inconnu. Il a été constitué par l'observation de lieux institutionnels au sein desquels il a fallu s'intégrer après que Laurence Kotobi ait pu obtenir les autorisations facilitant l'introduction d'une « bonne entrée » pour chacune des membres de la recherche MédocIresp (lieux de consultations en planification familiale, institutions politiques en lien avec la santé, institutions d'aide sociale, associations de solidarité, établissements scolaires).

L'observation flottante [Pétonnet, 1982] été privilégiée par l'équipe pour identifier des lieux d'enquête et rencontrer des personnes hors institution, comme les commerces, les

cafés, les domiciles et les réseaux informels de sociabilité personnels et professionnels. J'ai personnellement poursuivi cette démarche, qui fait une large place au bouche à oreille, pour repérer et rencontrer des lieux et des praticiens de soins non conventionnels. L'observation participante a été possible par le biais de participations à des stages, des séminaires et des manifestations associatives. Enfin, j'ai réalisé des entretiens, formels et informels, enregistrés ou non, seule ou en équipe auprès de personnes aux profils variés, tant du côté des femmes que des professionnels et bénévoles de la santé, du social et du soin en général.

Pour l'équipe des anthropologues du projet MédocIresp, le choix de diversifier les terrains ethnographiques investigués représentait plusieurs intérêts, mis à part l'exigence d'une certaine représentativité et de triangulation des discours. Ce choix permettait :

- « - de saisir l'organisation et l'étendue de l'offre potentielle en santé reproductive,
 - de se décentrer de la seule offre spécifique en santé reproductive, notamment pour l'étude du non recours/renoncement aux soins,
 - d'observer la variété et les disparités géographiques, territoriales et sociales de l'accès aux soins,
 - de ne pas être identifiées à des professionnelles de la santé et du social, pour éviter ce biais dans les interactions avec les femmes. »
- [Kotobi, Lemonnier, 2013].

Nos échanges menés au cours des trajets en voiture, en réunion formelles ou lors de conversations informelles ont permis des « débriefings à chaud » et des temps d'analyse plus approfondie sur les situations vécues et ethnographiées ainsi que les personnes que nous rencontrons. Ces triangulations systématiques ont alimenté de façon stimulante mon apprentissage du décentrage, indispensable au travail ethnologique.

Dans chaque chapitre de cette thèse, une attention particulière a été portée sur la façon dont les données empiriques ont été recueillies : ainsi il sera régulièrement précisé comment les rencontres et les observations se sont déroulées, par souci de transparence méthodologique mais aussi parce que les cheminements de l'ethnographe renseignent sur les réalités sociales et culturelles des terrains étudiés [Traimond, 2004 ; Bensa, 2010]. L'anthropologue Sophie Caratini insiste sur la dimension sensible du travail de terrain qui consiste toujours à tisser des relations avec l'altérité, ce qui nécessite de « s'investir personnellement dans la réalité d'autrui », le chercheur n'étant pas extrait des situations mais bien aux prises avec elles [Caratini, 2004 : 23].

De cet inévitable échange humain qui se produit en situation d'enquête de terrain, Jeanne Favret-Saada en fait une opportunité heuristique : lors de son enquête sur la sorcellerie dans le bocage normand [Favret-Saada, 1977], elle comprend qu'elle se

trouve successivement considérée comme ensorcelée et désorceleuse et décide que ces rôles attribués sont comme des invitations à prendre part au monde des personnes qu'elle étudiait :

« il faut accepter de les occuper [les places indigènes] plutôt que s'imaginer y être (...). L'ethnographe, habitué à travailler sur les représentations, (...) est bombardé d'intensités spécifiques (appelons-les affects) qui ne se signifient généralement pas.

Accepter d'occuper une place dans le système et d'en être affectée ouvre une communication spécifique avec les indigènes (...) et branche sur une variété particulière d'expérience humaine (...) »
[Favret-Saada, 2009 : 156 -158]

Les données de terrain sont donc issues des échanges particuliers entre le chercheur, « étranger proche » difficile à catégoriser [Gallenga, 2010], et les enquêtés qui lui prête par voie de conséquence des rôles et statuts *émiques* en vertu desquels des interactions spécifiques sont engagées. Jeanne Favret-Saada, insistant sur le fait que cette communication lui paraît plus riche d'enseignements que la communication verbale et intentionnelle souvent revendiquée par l'ethnographie (la situation de l'entretien formel en est un exemple), restitue son enquête en première personne alors même que l'ethnologie classique en préconisait la mise à distance. « Etre affectée » signifie ainsi pour elle d'être socialement engagé, c'est à dire physiquement, intellectuellement, moralement, ainsi qu'émotionnellement, et d'être capable d'identifier les « places indigènes » qui lui sont accordées. Lors de mon enquête en Médoc, j'ai tour à tour été perçue, semble-t-il, comme une confidente, une jeune femme à initier aux secrets féminins ou une infirmière atypique par les femmes interrogées malgré les efforts d'explicitation de ma démarche universitaire ou la présentation de la fiche de consentement préalable à la participation à la recherche MédocIresp [Lemonnier, 2016]. En milieu institutionnel, le travail de recherche de notre équipe, signalé par des affiches, paraissait davantage faire sens auprès des professionnels quand leur formation les avait confrontés au milieu de la recherche en sciences du vivant ou en sciences sociales : ces derniers nous ont accueillis comme des enquêteurs-sauveurs quand ils pensaient que nous allions pouvoir résoudre leurs problèmes ou comme des enquêteurs-inquisiteurs lorsqu'ils assimilés notre approche comme une modalité de contrôle de leur travail ou comme une atteinte à l'intimité de leurs publics avec qui ils travaillaient sous couvert du secret professionnel, posture que nous avons aussi et qu'ils n'ont pas toujours voulu nous reconnaître. Enfin, lorsqu'ils ont accepté de me rencontrer, les praticiens de soins non conventionnels ont parfois pensé que ma qualité d'universitaire leur permettrait, via la publication de mon écrit, de bénéficier d'une meilleure notoriété voire d'une certaine reconnaissance sociale et juridique. D'autres ont considéré que ma présence auprès d'eux n'était pas fortuite et qu'elle signifiait que je devais m'initier aux arts thérapeutiques, voire ésotériques, à leurs côtés. Personnellement, j'y reviendrai, j'ai

assumé auprès d'eux une posture agnostique ainsi que me l'avait suggéré l'anthropologue Clémentine Raineau.

Un point important à aborder ici reste celui de l'éthique, tant vis-à-vis de l'enquête que de l'écriture. Pour le juriste Alain Supiot,

«(...) l'éthique est un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect de valeurs jugées plus haute que la liberté du chercheur » [Supiot, 2001].

En anthropologie de la santé, les ethnologues sont souvent confrontés à des discours très intimes sur la maladie et la souffrance, d'ailleurs soumis à l'éthique médicale pour les professionnels de santé [Desclaux, Sarradon-Eck, 2009], soit parce qu'ils le recherchent soit parce qu'ils sont perçus comme des confidents pour les personnes enquêtées. En ce sens, j'ai eu accès à la vulnérabilité des gens, de même que les autres membres de l'équipe avec qui nous nous sommes fixées une ligne éthique à respecter que je restitue ici selon deux axes.

Premièrement, il s'agit de respecter les limites des personnes interrogées sur des sujets qui peuvent parfois raviver des souffrances vécues en faisant parfois le deuil de questions que l'on décide de ne pas poser et de laisser en suspens. Il est également fondamental de préserver leur anonymat et leurs secrets, que ce soit pendant l'enquête en Médoc, territoire où « tout se sait », auprès des autres interlocuteurs, comme dans la restitution écrite qui ne doit ni trahir leur identité et leur confiance ni déformer la réalité de leurs expériences. L'écriture ethnologique nécessite toujours une description fine des contextes pour plus de justesse et pour donner à voir la complexité des situations rencontrées. Toutefois, ces dernières seront ici restituées selon différents degrés de précision pour éviter tout préjudice aux personnes qui m'ont accordé leur confiance, d'autant plus que le Médoc est un géographiquement terrain proche de l'Université de Bordeaux où ma thèse doit être soutenue. Afin de protéger l'anonymat des personnes enquêté(e)s, elles sont appelées dans le texte par des pseudonymes. Ceux-ci sont choisis en fonction des consonances socio-culturelles des noms et prénoms d'origine, et quand c'est possible, en respectant l'effet de génération. Certains éléments biographiques sont modifiés avec réalisme pour éviter aux personnes concernées d'être potentiellement reconnaissables par leurs pairs lorsque les situations décrites sont sensibles. Le nom des villes et villages est désigné par une lettre choisie aléatoirement, accolé au qualificatif « Saint » ou « Sainte » lorsqu'il existe dans la réalité. L'anonymat n'est pas toujours respecté pour Lesparre et Bordeaux qui demeurent les deux pôles d'activités les plus importants pour la population médocaine, en tant qu'ils concentrent la majorité des services publiques et privés, et notamment l'offre de soins.

Le second point inhérent à une démarche éthique du chercheur se situe dans sa relation aux objets et sujets qu'il étudie et de sa capacité à faire preuve de réflexivité par rapport

à eux. La parole de l'ethnologue ne peut être neutre et son discours sur le social ne peut être que subjectif et parfois politique. En ce sens, la démarche qualitative apparaît comme « un engagement social » [Martineau, 2007] en ce qu'elle est le porte-voix de ceux que l'on n'entend que rarement ainsi que l'occasion d'envisager sous un nouveau jour, selon un point de vue plus compréhensif, la place de ces derniers dans la société globale. Dans cette optique, Laurence Kotobi en collaboration avec l'équipe anthropologique de l'enquête MédocIresp a tenu à organiser des temps de restitution auprès des personnes enquêtées dans différents lieux du Médoc où nous poursuivons encore aujourd'hui, elle et moi-même, des actions de sensibilisation et de formation. Pour ma part, ma subjectivité de chercheuse s'exprime dans le présent travail par la volonté de donner à voir et de faire entendre les souffrances cachées des femmes, les contraintes spécifiques de santé qui pèsent sur elles à différents niveaux, leurs efforts, comme ceux de leur entourage et de leurs soignants, pour y remédier et se construire, ainsi que les incompréhensions qui demeurent à leur égard parmi des praticiens de soins de tous horizons dont le dialogue n'est pas encore assuré (encore moins à ce sujet) mais dont le travail mérite souvent d'être éclairé.

B.3. Une anthropologie des soins pluriels

Désormais au fait de la démarche empruntée dans ce travail de recherche, nous allons maintenant nous pencher sur les notions et concepts qui en jalonnent la problématique : nous débiterons donc par une définition des « itinéraires thérapeutiques » individuels pour mieux saisir les analyses plus globales du « pluralisme thérapeutique », en passant par une succincte description de différents domaines du soin que l'on peut rencontrer en contexte français.

B.3.1. Les itinéraires thérapeutiques, une approche centrale en anthropologie de la maladie

L'étude des « itinéraires thérapeutiques », est un procédé méthodologique permettant l'accès aux savoirs et pratiques relatifs aux faits de santé à un niveau micro social pour de nombreux anthropologues qui s'intéressent à la santé et à l'infortune. « Suivre au cas par cas les pratiques diagnostiques et thérapeutiques » amène à en observer l'hétérogénéité [Benoist, 1996 :7]. C'est une démarche qui insiste sur la prise en considération des :

« (...) trajectoires de vie des individus qui souffrent, trajectoires dont les logiques ne peuvent être appréhendées qu'à travers la reconstitution du parcours biographique de la personne, les trames sociales dans lesquelles elle s'inscrit, les épisodes douloureux qu'elle a traversés, les liens qu'elle a créés dans ses réseaux d'appartenance et ses itinéraires thérapeutiques. En ce sens la demande de soins doit être comprise comme un phénomène essentiellement polysémique, ce qui nécessite de se pencher sur tous les facteurs qui fragilisent ou

protègent la santé et qui, au-delà des aspects strictement individuels, touchent à des problématiques collectives voire communautaires, influencées par le politique » [Rossi, 2006 : 338].

En effet, si l'itinéraire thérapeutique demeure une expérience individuelle, elle n'est pas uniquement guidée par les interactions et les négociations, mais aussi par l'existence de processus d'incorporation des normes sanitaires et thérapeutiques en vigueur dans le social. Pour Didier Fassin, le malade est nécessairement pris entre logiques individuelles et sociales voire sociétales :

«(...) le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. (...) D'où la nécessité de resituer la séquence événementielle du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux qu'elle implique» [Fassin, 1992 :118].

La difficulté méthodologique réside dans la difficulté de suivre un sujet tout au long de sa quête de soins selon les terrains d'enquête envisagés. L'ouvrage coordonné par les sociologues Bernadette Tillard et Monique Robin [2010] questionne par exemple la particularité des enquêtes réalisées au domicile des individus : elles nécessitent l'établissement d'une relation de confiance pour pouvoir entrer, puis revenir, dans l'espace privé des personnes, ainsi qu'un positionnement éthique clair impliquant un travail réflexif de la part du chercheur. En effet, la démarche donne une large part au discours sur soi qu'il faut restituer sans trahir. Lors de mon enquête, j'ai régulièrement pu mener mon ethnographie au domicile des femmes grâce aux relations établies. Toutefois, elles ne m'ont que très rarement contactée -comme je leur avais parfois suggéré- pour que je les accompagne lors de leurs consultations. De même du côté des médecins et des thérapeutes non conventionnels, il ne m'a quasiment jamais été possible d'assister aux consultations, à moins que je n'y rende service (pour traduire l'espagnol par exemple), que j'y « amène une amie » ou que je consulte moi-même, « pour des raisons d'intimité » et de « secret professionnel ».

Les itinéraires thérapeutiques des individus sont constitués de tâtonnements, et les règles sociologiques que l'on veut leur soumettre sont souvent construites a posteriori ; il est difficile, voire illusoire, de les systématiser en règles sociales, chaque itinéraire thérapeutique étant particulier [Sturzenegger, 1992]. Cette variabilité s'explique notamment par le fait que ces itinéraires s'inscrivent au sein des parcours biographiques et qu'ils mobilisent des représentations individuelles, familiales et sociales sur le sens des maladies et les moyens d'y faire face. Dans son étude de cas à Brazzaville, Marc-Eric Gruénais montre ainsi que la recherche de la cause de la maladie et de sa guérison peut parfois devoir être envisagée à l'épreuve de la place et du rôle des membres de la

famille du malade, de leurs représentations du monde, de leurs expériences, de leurs conflits [Gruénais, 1990].

Entre novembre 2011 et mai 2012 a eu lieu au Musée d'Ethnographie de Bordeaux (MEB) une l'exposition qui mettait en scène une revue de l'actualité de l'anthropologie de la santé en Europe et en Afrique, en proposant au visiteur « une enquête au cœur des itinéraires thérapeutiques qui s'étendent de l'espace domestique et intime à la gestion collective de la santé » [Le Marcis, 2011]. En tant que médiatrice scientifique du musée, j'ai participé à l'élaboration de cette manifestation scientifique fort enrichissante et pour laquelle j'ai proposé avec succès le titre d'*ENquête de santé*, retenu parce qu'il faisait écho au travail de terrain des anthropologues et aux réalités de ce qui motive les uns et les autres à se soigner. Chaque salle du musée mettait en scène un lieu ou une étape relative aux itinéraires thérapeutiques : la première s'attardait aux mots pour dire la maladie dans diverses langues, patois et jargons, tandis que la seconde s'attachait à l'espace domestique comme « case départ » aux itinéraires thérapeutiques. La troisième salle s'appelait « les sollicitations de la rue » et rendait compte de l'offre populaire de soins chez les guérisseurs ruraux français comme sénégalais, les revendeurs de médicaments des marchés noirs ivoiriens comme les pharmacies occidentales qui proposent de nombreux produits à la vente libre. Enfin, une quatrième salle était consacrée aux soins biomédicaux, une cinquième à la santé mentale et une dernière à la santé comme espace politique. Nous allons voir que je me suis inspirée de cette démarche pour tenter de comprendre le pluralisme thérapeutique à l'œuvre en Médoc : j'ai procédé à une classification opératoire des différents soins observés - soins domestiques, biomédicaux ou non conventionnels- en tenant compte de leurs déclinaisons aux différentes échelles, individuelle, sociale ou politique.

B.3.2. Définir le(s) soin(s)

Que signifie la notion de soin(s) ? Au singulier, il peut être une pensée préoccupante qui conduit à prendre ses précautions, à « prendre soin » d'agir pour éviter qu'un problème n'apparaisse. Il est aussi une responsabilité et une tâche quand on dit « devoir prendre soin », ce qui suggère de veiller au maintien du bien-être de quelqu'un ou du bon-état de quelque chose. Il engage une relation particulière entre celui qui « prend soin », avec sollicitude, et la personne soignée (ou l'objet). Au pluriel, les soins acquièrent le sens d'actes entrepris pour soigner l'apparence (soins de beauté, d'hygiène corporelle, soins ménager) ainsi que pour conserver ou rétablir la santé et le bien-être (soins médicaux, soins infirmiers, soins domestiques, soins non-conventionnels) [CNRTL : en ligne]. D'un point de vue anthropologique, ils se révèlent comme des focales pour la pratique de terrain et comme une notion heuristique pour interroger et comprendre le social.

Inspirée par un mouvement de réflexion lancé par des infirmières de la Croix Rouge et par certains travaux universitaires sur les questions de genre, l'infirmière et historienne Marie-Françoise Collière ouvrait la voie vers l'étude historique et anthropologique des

pratiques et femmes soignantes et de la profession infirmière à la fin des années 1970 [Collière, 2001]. Pour cette femme, soigner prenait un sens large et global :

« (...) assurer la continuité de la vie du groupe et de l'espèce, (...) c'est donc entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables, mais qui sont diversifiés dans leur manifestation » du fait des variations sociales et culturelles humaines » [Collière, 1982 : 24-25].

« les soins qui tissent la trame de la vie de tous les jours au point d'avoir créé, suivant les climats et les lieux, un ensemble d'habitudes de vie, de rites et de croyances, sont prodigués avec plus d'intensité, et font l'objet de pratiques particulièrement étudiées lors de certaines périodes de la vie comme l'enfance, ou lors d'évènements précis telles la maternité, la naissance, ou la maladie et la vieillesse, prélude à la mort. » [Collière, 1982 : 38].

A la croisée de l'anthropologie médicale critique, de l'ethnomédecine et de l'anthropologie du genre, c'est une anthropologie des soins qui sera peu à peu revendiquée notamment par l'anthropologue Francine Saillant et le sociologue Eric Gagnon suite à la réflexion engagée par Marie-Françoise Collière, non en tant que nouveau champ mais plutôt comme nouvelle entrée pour interroger l'altérité, l'individualité, les rapports hommes-femmes et les modes de vie dans les sociétés humaines [Saillant, Gagnon, 1999]. Affirmation d'autant plus vraie que « soigner demeure et demeurera toujours indispensable non seulement à la vie des individus, mais à la pérennité de tout groupe social » et que l'étude de ce domaine donne accès à la compréhension des mondes sociaux et de leurs transformations.

En effet, « cette fonction primordiale, inhérente à la survie de tout être vivant, s'est vue profondément altérée chez les humains au fur et à mesure des grandes mutations technologiques, socio-économiques et culturelles engendrant l'éclatement et la dissémination des pratiques de soins en une multitude de tâches et activités diverses dont se réclament aussi bien des professions que des métiers » [Collière, 1982 : 11]. Cette diversification des pratiques soignantes et des acteurs qu'elles impliquent, leur spécialisation, leur fragmentation et leurs repositionnements [Saillant, Gagnon, 1999] sont autant de dynamiques sociales à l'œuvre, riches d'enseignements pour l'anthropologie. Cette dernière a souvent eu tendance à reproduire ce morcellement entre les différents types de soins, sans doute parce que ces distinctions existaient sur le terrain (catégories *émiques*), ou par souci de mettre au jour des particularismes propres aux pratiques étudiées (catégories *étiques*). En m'inspirant de la démarche suivie par l'exposition muséale du MEB évoquée plus avant, je m'attacherai dans cette introduction à présenter les trois catégories de soins utilisées dans cette thèse : il s'agit d'abord des soins prodigués à la maison, dans l'espace privé, qui ne nécessitent pas de faire appel à des professionnels du soin ou des personnes reconnues pour leurs compétences thérapeutiques, lesquels concernent les deux autres catégories choisies qui

regroupent les soins délivrés par les acteurs de la sphère biomédicale et ceux appartenant à celle des soins non conventionnels.

B.3.2.1. Les soins domestiques

Pour le premier ensemble, considérons d'abord les travaux menés outre-Atlantique, par l'anthropologue québécoise Francine Saillant qui a choisi d'investir une anthropologie des pratiques soignantes pour mieux enquêter sur celles qui avaient cours dans les milieux non institutionnels de son pays. Omniprésents mais souvent banalisés, ces soins domestiques sont régulièrement déqualifiés, soit parce qu'ils sont en concurrence avec des soins qui ont fait l'objet d'une professionnalisation biomédicale, soit parce qu'ils sont connus et effectués par les femmes dans une société où la division sexuelle du travail implique l'invisibilisation du « travail de reproduction » qui leur est attribué (maternage, élevage, nourrissage, nettoyage, guérissage...) [Saillant, 1991]. La sociologue française Geneviève Cresson a plus tard qualifié de soins « profanes » ces pratiques soignantes non expertes, basées sur l'expérience et le bon sens, que les femmes (le plus souvent) délivrent dans l'espace privé ; ces soins sont prodigués de façon informelle, non rétribuée et non valorisée, aux membres de la famille et notamment à ceux qui sont considérés comme les plus vulnérables et les moins autonomes (bébés, enfants, vieux, malades, handicapés) [Cresson, 2001].

Les actes de soins réalisés à la maison dans la sphère familiale sont parfois appelés en France « remèdes de grands-mères » ou « trucs de bonnes femmes », expression qui révèlent le caractère genré de ces savoirs acquis au fil des générations ou au gré des échanges avec l'entourage proche. L'ethnologue Françoise Loux s'est intéressée à ces soins, d'hier et d'aujourd'hui, comme autant de savoirs et de pratiques de médecine dite populaire ou traditionnelle qui entrent en jeu dans les représentations des maux et maladies des individus et dans leurs confrontation avec à d'autres cultures soignantes, notamment infirmière et médicale [Loux, 1990].

Le domaine des soins dits populaires, traditionnels ou domestiques semble relever dans la littérature anthropologique de procédés relativement simples et de bon sens, mêlant parfois un peu de magie et d'ésotérisme. Il nécessite généralement peu de produits sophistiqués mais plutôt des végétaux issus de la cuisine, du potager ou des champs (la « médecine des simples »). Ces soins connaissent à la fois une grande variabilité et de fortes similarités selon les cultures et les aires géographiques [Verdier, 1977 ; Loux, 1990 ; Jozani, 1994 ; Bonnet, Pourchez, 2007]: ainsi, si les plantes, recettes et façons de faire changent, elles servent généralement aux soins de beauté et de problèmes de peau ou de cheveux ainsi que ceux dédiés au lavage du corps, réalisé par mesure d'hygiène ou de purification, particulièrement codifiés quand ils sont consacrés aux enfants ou aux morts. Les soins domestiques concernent souvent les maux de la grossesse, ceux de l'enfance (les coliques, les croutes de lait, les premières dents, la coqueluche ou le muguet...), les soucis et problèmes féminins (suites d'accouchement, allaitement,

ménopause, règles douloureuses, mycoses, prurits...) comme masculins (impuissance, excès de désir, « goutte ») sans oublier les maux du quotidien (ampoules, aphtes, maux de têtes, de ventre, des voies digestives ou urinaires...). Le langage courant met en scène de nombreux maux et leurs remèdes, par l'entremise de métaphores, expressions et comptines : celles-ci permettent aux individus de mémoriser ces savoirs et la façon de les utiliser, tout en inscrivant ces pratiques et leurs acteurs dans un ordre social, culturel et symbolique particulier, faisant allusion aux rythmes saisonniers, aux âges de la vie, aux mythologies et à des ordres moraux spécifiques. En France, chez les catholiques pratiquants, certaines prières de guérison peuvent être connues par cœur ou précieusement gardées sur des bouts de papiers et enrichissent parfois la pharmacopée domestique, aux côtés de bouteilles d'eau bénite à l'effigie de la Vierge Marie [Raineau, 2003].

Le médicament industriel a également pris une large place dans les pharmacies domestiques, donnant lieu à des pratiques parfois éloignées des prescriptions médicales qui en conditionnent l'obtention et en indiquent les usages précis [Fainzang, 2001 ; Haxaire, 2002]. Depuis quelques années en effet, l'automédication est devenue une pratique de soins domestiques de plus en plus répandue : elle consiste à l'auto-prescription et l'auto-administration de médicaments en vente libre, ou obtenus grâce à une ancienne ordonnance, ou encore donnés par un proche qui a reconnu chez le malade des symptômes qu'il a déjà lui-même éprouvés et soignés grâce à un traitement prescrit médicalement, pas toujours observé dans sa totalité et dont il a gardé l'excédent en prévision d'un usage ultérieur [Buclin, 2001 ; Fainzang, 2012].

B.3.2.2. Les soins dans le monde biomédical

Si l'anthropologie des pratiques soignantes s'est largement développée dans le sillage de Marie-Françoise Collière autour des soins infirmiers [Vega, 2001], la notion de soin apparaît moins dans les études sur les professions médicales [Pouchelle, 2003] qui font plutôt figurer d'autres terminologies, comme « traitement », « acte médical », « geste chirurgical ». Ces choix lexicaux participent d'une catégorisation au sein de laquelle les pratiques médicales sont pensées comme des performances techniques évacuant la dimension relationnelle entre le médecin et son patient. Ces différences entre les pratiques soignantes chez les infirmiers et chez les médecins, mais aussi entre soins domestiques et soins médicaux, ont notamment été étudiées au prisme de la dichotomie anglo-saxonne entre *care* et *cure*, c'est-à-dire entre des pratiques soignantes conçues dans l'imaginaire collectif comme basées sur des qualités relationnelles et d'empathie, et des actes de soins relevant de compétences techniques et de procédures jugées plus rationnelles. Les tâches consacrées au « travail de care » sont multiples, allant du « sale boulot » de nettoyage aux marques d'attention et de sollicitude envers les personnes vulnérables, mais ont néanmoins le point commun d'être des pratiques invisibilisées,

marginalisées et associées à des dispositions morales féminines pensées comme « naturelles » [Paperman, Laugier, 2011 ; Molinier, 2013]. L'essentialisation de ces activités comme inhérentes à la nature des femmes expliquerait leur forte présence au sein de l'ensemble des professions du sanitaire et social : on doit en effet cette sur-représentation à plusieurs siècles d'interdiction de l'accès des femmes aux formations médicales [Fouquet, Knibielher, 1983] mais aussi à des conceptions culturellement partagées selon lesquelles le « prendre soin » des autres serait une sorte d'extension du mythe de « l'instinct maternel féminin » [Badinter, 1980], une forme de « socialisation de l'amour maternel » conduisant à une dichotomie sexuée des compétences (rationalité vs sentiments) et des espaces (public vs privé) [Bessin, 2009]. Par ailleurs, le travail de *care* semble davantage concerner les femmes des classes sociales les moins dotées - car il est pensé comme moins technique ou comme une basse besogne - et celles issues des minorités visibles (les africaines par exemple) qui sont souvent considérées comme culturellement plus « maternantes » [Le Feuvre, 2001].

Ces travaux, au croisement des études sur les domaines de la santé et de ses professions, des minorités ethniques, des classes sociales défavorisées et des inégalités entre hommes et femmes font suite à l'ouvrage fondateur de Carol Gilligan [1982] qui montrait l'existence d'une véritable « éthique du care », révélé par la voix des femmes mais existant en potentiel chez chacun et susceptible de constituer un véritable projet politique contre l'individualisme libéral [Brugère, 2011 ; Paperman, Laugier, 2011]. Bien que séduisants, les concepts de care et de cure, auxquels semblent se superposer les classiques oppositions entre nature-culture et féminin-masculin, permettent-ils toujours de rendre compte de la réalité observée des pratiques soignantes ?

« On considère habituellement la biomédecine comme le royaume du traitement, de la technique et du corps-machine, c'est-à-dire du cure, royaume auquel il manquerait l'humain, la globalité, le lien social, c'est-à-dire le care. (...) On ne va pas souvent au-delà des distinctions entre le cure et le care » [Saillant, Gagnon, 1999].

Certains domaines de la biomédecine utilisent pourtant la notion de « soins » pour désigner des ensembles de pratiques médicales - les « soins dentaires » et « soins obstétricaux » par exemple -, ou des services hospitaliers particuliers, tels que « les soins palliatifs » ou « les soins intensifs », qui ne relèvent pas de spécialité médicale à proprement parler mais d'aptitudes spécifiques de la part des professionnels qui travaillent aux marges de la biomédecine et à la frontière de la mort.

L'utilisation du terme de « soins » en santé publique est également révélatrice des limites d'une dichotomie trop tranchée entre *care* et *cure* dans la mesure où cette notion y est fréquemment utilisée pour décrire les pratiques biomédicales ou paramédicales dans leur ensemble, non plus du point de vue de la relation soignant/soigné, mais de celle qui associe l'Etat-providence et la population qu'il administre : on parle ainsi d'organisation du « système de soins » [Béraud, 2002], de la planification de « l'offre et

de la demande de soins », de la lutte contre «les inégalités d'accès aux soins » [Kotobi, Jacques, et al., 2013] et contre le « non-recours » et le « renoncement aux soins » [Despres *et al.*, 2011]. Or il apparaît, dans le domaine de la santé reproductive notamment, que les « soins » tels qu'ils sont entendus par les institutions de gouvernance sont ceux qui sont les plus aisément quantifiables et standardisables, autrement dit ceux qui peuvent être comptabilisés en termes « d'actes » et de « consultations », tendant à laisser de côté les soins non protocolisés [Kotobi, Lemonnier, 2015]. Ainsi, à l'échelle macro du système de santé français, dont l'orientation est très majoritairement biomédicale, les « soins » comptabilisés sont plutôt des soins-*cure* et non *care* malgré la terminologie employée.

B.3.2.3. Les soins non conventionnels

Le grand registre des soins compte aussi ceux dispensés par des personnes qui proposent ou dispensent des pratiques conçues comme thérapeutiques, en dehors de la maison et des institutions de santé. A l'instar des anthropologues Ilario Rossi et Patrick Cohen [2011], j'emprunterai la terminologie de « soins non conventionnels ». Le qualificatif privatif « non conventionnel » étant celui retenu par le Parlement européen et le Conseil de l'Europe depuis les années 1990 [Robard, 2002] pour désigner l'ensemble hétérogène des pratiques soignantes à l'œuvre sur ce territoire n'appartenant pas au champ de la biomédecine. Cette terminologie « par défaut » est régulièrement reprise par l'Etat français et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), lesquels défendent l'exclusivité de la pratique biomédicale face aux situations « d'exercice illégal de la médecine » depuis la loi du 30 novembre 1892, de l'ordonnance du 24 septembre 1945 signée par le Général de Gaulle institutionnalisant le CNOM et de l'article L-4161-1 du nouveau Code de la Santé Publique. Ces soins sont aussi appelées *CAM-Complementary and Alternative Medicines* dans le centre d'étude scientifique du NCCAM aux Etats-Unis ou dans le programme de recherche CAMbrella en Europe, rares instances internationales qui s'intéressent à ces formes de soins au Nord malgré les préconisations de l'Organisation Mondiale de la Santé publiées dans ces deux rapports sur les Médecines Traditionnelles et Complémentaires [2002b ; 2013b].

En France, les recherches anthropologiques sur les soins qualifiés de populaires ou traditionnels ont d'abord été l'œuvre des folkloristes qui collectaient les objets, recettes, prières, légendes des guérisseurs ou autres leveurs de maux des « campagnes » de soins. Ces recueils ont surgi à un moment où, en France, se multipliaient les enquêtes locales et s'inventaient les caractéristiques régionales [Traimond, 1992]. Après-guerre, ils ont été relayés par les ethnologues du monde rural européen, alors que l'anthropologie s'ouvrait aux terrains proches [Rogers, 2002]: la ruralité et son quotidien ont été étudiés à cette époque-là dans la perspective d'une sauvegarde quasi muséographique des modes de vie d'un monde pensé comme étant en voie de disparition [Mendras, 2000]. Dans le domaine des soins, l'ouvrage *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui* de

Marcelle Bouteiller [1987(1966)] est emblématique de cette transition : l'auteure retrace les résultats de ses recherches sur les médecines populaires dans les « communautés rurales françaises d'appartenance ou de pratique catholique », dont le dessein était de « comprendre les survivances et l'évolution de la Médecine populaire » depuis XIX^{ème} siècle [1987(1966) :11-15]. S'appuyant sur de nombreux travaux de folkloristes décrivant les coutumes et croyances thérapeutiques de cette époque, ainsi que sur d'anciennes thèses de médecine et sur la littérature populaire, elle interroge la figure emblématique du guérisseur, ambulant ou intégré à la communauté, « rebouteur » ou « magicien conjureur » de sort. Les pratiques du guérisseur, issues du savoir commun, de l'empirisme ou d'un don magique, appartenait à un répertoire de thérapeutiques plus large visant la guérison et le Salut, comprenant le recours aux Saints guérisseurs et au pèlerinage [1987(1966) : 17-107]. Marcelle Bouteiller a complété ce travail par une enquête ethnographique menée sur près de trente années dans différentes régions de France pour identifier les « survivances » des « médecines traditionnelles » qu'elle disait nombreuses « sous des attitudes nouvelles et un plaquage parfois superficiel de modernisme » [1987(1966) :111]. Marcelle Bouteiller envisageait la modernisation de la société du début du XX^{ème} siècle selon plusieurs facteurs intéressants à relever pour comprendre le contexte des recherches menées à cette époque: l'économie rurale serait passée de l'économie fermée à une économie d'échanges créant des dynamiques, des aménagements et des attractivités nouvelles au sein des villages. Le développement de l'instruction laïque a remis en question l'autorité religieuse, tout comme la presse puis la télévision, alors qu'en 1906 était promulguée la loi de séparation de l'Eglise et de l'Etat. Le service militaire masculin obligatoire a participé, à partir de 1872, à une logique de mixité sociale entre ruraux et urbains. Par ailleurs, l'entre-deux guerres a connu une « accélération accrue de l'évolution rurale (...), modernisation amenée par le réaménagement des pays dévastés, électrification des campagnes, fontaines publiques sinon partout eau courante, gaz, mécanisation intensive de l'outillage agricole, de l'équipement domestique et ménager, diffusion de l'automobile, des revues, du cinéma... » [1987(1966) : 118]. Puis la seconde guerre mondiale a continué de développer un brassage social autrefois cloisonné. Ce brassage a perduré avec des mouvements d'exode rural vers les pôles industriels urbains, et avec des déplacements vers les campagnes favorisés par la naissance du tourisme. Pourtant, l'ethnologue constatait après-guerre que malgré l'habitude prise par les jeunes générations rurales aient à consulter un médecin en cas de problèmes de santé, ce que la Sécurité Sociale facilitait, le recours aux Saints guérisseurs et aux pèlerinages n'avait pas disparu dans les communautés majoritairement catholiques où elle enquêtait, ni même celui au « rebouteux » ou aux « guérisseurs conjureurs de sort ». Pour Jeanne Favret Saada, ces pratiques et autres affaires d'ensorcellement ne sont pas à comprendre comme des survivances ni comme le fait « d'incrédules, d'arriérés, de marginaux » que la modernisation n'aurait pu atteindre, mais en tant que révélateurs d'univers de sens ou d'ordres moraux particuliers et cohérents, concernant la santé comme le vivre-ensemble et la politique. En expliquant que dans le domaine des sorts, la parole n'a pas vocation

à n'être que de l'information mais qu'elle s'inscrit dans une performativité et des jeux de pouvoir entre individus, cette anthropologue rompt avec les approches de l'ethnologie rurale qui reposait sur des présupposés aujourd'hui dépassés et ouvrait la porte au post-modernisme en anthropologie pour l'étude des mondes ruraux et des pratiques jusque-là jugées irrationnelles ou menacées de disparition. Selon une démarche proche, ancrée sur l'analyse pragmatique des écrits et des discours, les travaux d'anthropologie historique de Bernard Traimond, menés dans les Landes de Gascogne du XVIIIe et du XIXe siècles, montrent les jeux de pouvoir qui se cristallisent autour de la maladie entre les acteurs qui s'entrouvent concernés, qu'ils soient paysans, médecins, sorciers ou curés [Traimond, 1988, 1992].

Toutefois, d'un point de vue descriptif, il est intéressant de noter que Marcelle Bouteiller dans les années 1960, avait identifié deux nouvelles figures dans le champ des pratiques soignantes populaires : le magnétiseur, spécialiste du magnétisme animal et du mesmérisme, et le radiesthésiste, capable de réharmoniser les ondes vibratoires d'un corps malade. Par la suite, il est devenu complexe de désigner de façon générique les personnes qui dispensaient des soins non médicaux tant les pratiques observées se caractérisaient par leur hétérogénéité [Laplantine, Rabeyron, 1987]. Nombre d'entre elles pouvaient s'inscrire dans le sillage de la vague New-Age. Née de multiples influences aux Etats Unis, elle est généralement décrite comme une contre-culture qui s'est développée autour d'une conception holistique de l'humain, mettant l'accent sur le développement des capacités psychiques et métaphysiques (pensées comme méconnues et riches de potentialités diverses), et sur la revalorisation individuelle et collective des aspects de la vie et du monde considérés comme spécifiquement féminins, à l'instar des émotions, de la maternité, d'un lien privilégié à la (mère) nature, aux savoirs thérapeutiques, aux pratiques magiques... [Ghasarian, 2002, Bishop, 2004; Grisoni, 2013].

Le New Age a été étudié comme un Nouveau Mouvement Religieux par la sociologie, en ce qu'elle s'inspire des philosophies orientales, d'ésotérisme, de spiritisme, des croyances et religions indigènes, de paganisme... Ne répondant pas à une organisation structurée, il a été décrit comme une « nébuleuse mystique et ésotérique » [Champion, 1990] avant d'évoluer plus récemment vers une configuration en réseau intégrant au mysticisme déjà présent des savoirs et techniques issus de la psychologie et de la psychanalyse [Rocchi, 2000]. Le degré d'engagement des individus au New Age est très variable, selon s'il est strictement envisagé comme un mouvement millénariste ou plus largement comme une nouvelle conscience collective : le premier cas considère que l'humanité va bientôt entrer (ou est entrée) dans l'ère astrologique du Verseau, temporalité particulière susceptible d'élever le niveau énergétique des humains qui deviendront alors plus intuitifs, pacifiques et égalitaires. Le second se traduit par une adhésion plus diffuse à l'idée « que l'humanité va ou peut s'améliorer, mais que cette transformation planétaire passe par une transformation personnelle que l'on peut provoquer grâce à un certain nombre de pratiques. » [Bishop, 2013]. Ces dernières

comptent de nombreuses formes de soins aux fondements et aux techniques très variés qui visent à maintenir ou rétablir les équilibres entre (et au sein de) différents plans constitutifs de l'être humain - physique, énergétique, émotionnel, mental et spirituel - dont les déséquilibres sont perçus comme la cause des différents maux que les humains peuvent rencontrer [Rocchi, 2000].

En France, de nombreuses pratiques de soins actuelles semblent avoir été inspirées par ce mouvement. Elles connaissent différentes appellations dans le langage courant, lesquelles renseignent sur les caractéristiques que leur attribuent les usagers. Qualifier une médecine d'« alternative », dans le sillage de la Némésis médicale d'Yvan Illich [1975], c'est la positionner dans une contre-culture, plus large que le seul cadre de la santé, et en rapport avec un style de vie différent du *mainstream* des sociétés industrielles. La notion de « médecines douces » renvoie à la non-agressivité des techniques de soin, contrairement à celles de la biomédecine ici considérées comme plus violentes et plus intrusives. Parler de « médecines complémentaires » c'est insister sur une forme de soin qui viendrait palier les lacunes de la médecine conventionnelle moderne. Enfin, le vocable « médecines parallèles » renvoie à leur grand nombre et à leur relative marginalité [Schmitz, 2006b : 6]. Cette variabilité dans les appellations révèle la complexité et les enjeux liés à ces soins en regard de la dimension hégémonique de la biomédecine¹³ ainsi que la difficulté de proposer une catégorisation rendant compte des réalités observées sur le terrain, difficulté à laquelle je me suis aussi trouvée confrontée.

Pour Sarah Cant et Ursula Sharma [2004], la situation reflète celle des demandes d'individus consommateurs de soins et celle de l'offre toujours évolutive de la part de praticiens du privé, instituant une forme de marché thérapeutique, déclinaison du modèle économique capitaliste dominant. Ce marché thérapeutique, parfois appelé « marché de la guérison » [Durish-Gauthier, 2007] répondrait à une demande croissante de santé dans les sociétés occidentales. Ilario Rossi souligne qu'elle est devenue un « enjeu de société », une « valeur suprême » guidant le sens de la vie et se déclinant dans de nombreux espaces du social:

« l'émergence d'un paradigme de la santé reposant sur un ensemble de croyances et de procédés qui sont aussi bien thérapeutiques que spirituels, esthétiques qu'éthiques, politiques qu'écologiques, intimes que publics » [Rossi, 2008 :89].

¹³ Pendant ma thèse, le Pr Bernard Traimond m'a invitée à présenter mon travail lors d'un des « cours libres » qu'il dispense à l'Université de Bordeaux : cette discussion sur les divers adjectifs caractérisant les médecines non scientifiques l'avait amené à constater que les termes employés étaient les mêmes que dans le domaine de la création monétaire aux échelles locales. Les monnaies « parallèles », « complémentaires » ou « alternatives » qu'il a étudiées, bien que minoritaires et encore peu visibles, s'affirment elles aussi comme des lieux de contre-pouvoir face à l'économie financière dominante.

Malgré leur interdiction légale en France par les articles L4161-1 à L4161-6 du code de la santé publique définissant le délit d' « exercice illégal de la médecine », les soins non conventionnels connaissent un engouement croissant : on estime actuellement selon les sources, qu'entre 40 % et 75 % des français ont déjà eu recours au moins une fois dans leur vie à des soins non conventionnels [OMS,2002b ; 2013b ; Miviludes, 2012 ; CAMbrella,2010], ce qui n'exclut généralement pas leurs recours à des soins domestiques ou médicaux [Schmitz, 2006b :7]. De plus, on observe une grande circulation de ces « médecines » [Sakoyan, Musso, Mulot, 2011] : les techniques de soins s'importent via des instituts de formation en France ou à l'étranger, la diffusion d'ouvrages et internet, les praticiens étrangers sont invités ponctuellement par des associations ou structures privées pour répondre à la demande (faire venir un shaman péruvien dans la lande médocaine pour une clientèle de citadins parisiens par exemple) et les individus partent eux-mêmes se faire soigner à l'international, répondant à l'attrait notamment des cures shamaniques [Musso, Sakoyan, Mulot, 2012].

B.3.3. Vers une reconnaissance du pluralisme thérapeutique

L'ensemble de ces soins domestiques, biomédicaux, non conventionnels façonnent les itinéraires thérapeutiques aux combinaisons singulières. Si nous verrons plus tard, dans cette thèse, qu'ils obéissent à un nombre limité de logiques et de comportements (quêtes d'efficacité, de guérison, de sens, de spiritualité, d'identité), penchons-nous ici sur les différentes façons dont l'anthropologie a considéré, à un niveau macro, les pratiques plurielles de santé dans les sociétés qu'elle a étudiées.

L'ouvrage collectif *Asian medical system* dirigé par Charles Leslie en 1976 a constitué une base solide dans la discipline pour sa démarche de compréhension systémique et comparative de la pluralité des pratiques médicales et thérapeutiques observées en Asie dans leurs contextes socio-culturels particuliers [Leslie, 1976]. Dans son introduction, il revient sur les trois grandes traditions médicales (*the three great traditions*) connues depuis l'époque antique que sont la médecine galénique – dont l'islamisation a influencé la médecine unani-, la médecine ayurvédique indienne et la médecine traditionnelle chinoise. Pour lui, ces traditions ont de nombreux points communs, dont une relative stabilité dans les âges malgré des échanges réciproques ainsi qu'une accumulation de savoirs sur la santé et la vie dont l'apprentissage et la mise en pratique sont toujours réservées aujourd'hui à une certaine élite intellectuelle. Comme Frederick Dunn [1976], il appelle « médecine cosmopolite » ce que j'ai choisi d'appeler biomédecine, notamment en raison des emprunts de celle-ci aux grandes traditions au moment de son émergence à la Renaissance, des connaissances sur le corps, la maladie et la thérapeutique (comme l'anatomie, la physiopathologie, la virologie, la chirurgie...)

qu'elle a acquises avec ses méthodes propres et des multiples déclinaisons, souvent monopolistiques, qu'elle connaît dans les différentes sociétés du monde. Frederick Dunn préfère parler de « médecines régionales » pour parler des grandes traditions afin d'éviter de les figer dans un passé révolu, et ajoute la catégorie des « médecines locales » pour évoquer les « médecines populaires » (*folk medicine*), comprenant l'ensemble des techniques de soins transmises oralement, de façon située, et pratiquées par des initiés (guérisseurs par exemple) comme par les gens du commun qui les connaissent (soins domestiques). Pour ces anthropologues, un « système médical » correspond à un mode singulier de co-existence de différentes traditions médicales dans un espace social et culturel donné :

« Je préfère définir un système médical en tant que combinaison particulière (*pattern*) d'institutions sociales et de traditions culturelles qui permet des comportements délibérés visant le rétablissement de la santé, que leur issue soit ou non bénéfique. » [Dunn, 1976, 135].

Autrement dit, pour Charles Leslie la notion de *medical system* englobe une pluralité de structures organisant les diverses activités d'individus visant à rétablir la santé ainsi que l'ensemble des normes institutionnelles qui les encadrent [Leslie, 1976 : 9]. S'appuyant sur les travaux d'Irwin Press [1980], l'anthropologue Helle Johannessen rappelle que la notion de *medical system* a vite connu diverses acceptations en fonction des terrains ethnographiés et des perspectives anthropologiques empruntées [2006 : 3-4]: en effet, elle explique que si Charles Leslie considérait que chaque société déployait un unique *medical system*, fait de multiples normes, pratiques, acteurs, savoirs, au sein de chaque aire culturelle investiguée, ce n'est pas le cas de l'analyse de John Janzen dans le Bas-Zaïre [1979] qui a observé de multiples *medical systems* aux paradigmes différents coexistant au sein d'une même communauté. Enfin, elle cite les travaux de Emiko Ohnuki-Tierney sur le pluralisme médical au Japon [1984] : cette dernière observe aussi la cohabitation de plusieurs *medical systems* (biomédecine, Kanpo, guérisons religieuses) mais affirme qu'ils participent des mêmes représentations de la santé et de la thérapie. Ainsi au terme de *système médical* les années 1980 vont préférer celle de *pluralisme médical*, reflétant davantage le fait que les multiples savoirs, pratiques, normes et institutions de soins ne font pas toujours système au sein des sociétés où les individus développent des conduites de santé plurielles et dépendantes des contextes.

Dans la lignée des travaux de Arthur Kleinman sur le pluralisme thérapeutique à Taiwan [1980], l'étude de Carolyn Sargent chez les Bariba du Bénin analyse les facteurs sociaux qui déterminent les choix thérapeutiques des femmes et de leur entourage dans le domaine de l'accouchement, dont l'offre s'étendait entre 1976 et 1977 entre matrones traditionnelles, dispensaire et service de maternité hospitalier [1982] : ces choix dépendaient alors de l'imputation ou non de complications obstétriques à un agent sorcellaire ainsi qu'à des logiques faisant intervenir le degré de contrôle conjugal et familial dont les parturientes faisaient l'objet et les différences de reconnaissance

sociale qu'elles pouvaient viser selon le mode de parturition pratiqué. Ce travail est l'un des premiers concernant ce champ particulier de la santé en Afrique selon une approche envisageant les différentes opportunités de soins qui s'offraient aux femmes.

A partir des années 1980, l'étude du pluralisme médical s'est peu à peu étendue des sociétés extra-européennes vers les sociétés occidentales et industrialisées, comme l'illustre par exemple les travaux de Hans Baer sur l'osthéopathie et la chiropraxie aux USA et en Grande Bretagne, alors considérés comme des médecines « hétérodoxes » par opposition à la biomédecine alors perçue comme l'orthodoxie médicale dans ces deux pays [1984]. Comme je l'ai expliqué plus avant, la résurgence dans les années 1970 sur la scène publique des soins non biomédicaux, dits « non-conventionnels », a incité de nombreux travaux de recherche souvent centrés sur l'ethnographie de pratiques thérapeutiques particulières. L'ouvrage de Sarah Cant et d'Ursula Sharma [1999] constitue aujourd'hui une référence pour l'anthropologie du pluralisme médical en occident particulièrement, mais aussi pour toute société engagée dans le processus de globalisation : leur analyse s'appuie sur des données recueillies en terrain britannique et porte sur l'identité et les relations entre les acteurs du pluralisme médical à l'œuvre. Ainsi discours et pratiques des usagers, des praticiens en biomédecine, des praticiens des CAM et des membres du pouvoir législatif et exécutif sont appréhendés dans leurs interactions, lesquelles montrent que le domaine du soin n'échappe pas au registre de l'offre, de la demande et des choix de consommation, reflétant selon les auteurs les fonctionnements d'une socialité individualiste marquée par la loi du marché capitaliste et de l'utopie de la santé parfaite.

Cet angle d'approche a l'avantage de replacer l'individu au cœur de la démarche thérapeutique :

« (...) le cheminement des patients et la pluralité de l'offre confirment ce constat : à travers les itinéraires thérapeutiques multiples et les soins pluriels se dessine une culture de la santé qui ne cesse de se former et de se transformer. De fait cette nouvelle logique sociale et culturelle, ainsi que politique et économique, de l'offre et la demande de soins, place le patient et son choix au centre de la problématique du pluralisme médical, en lui permettant des comparaisons, des confrontations et des utilisations variées. » [Rossi, 2007 : 26].

L'offre plurielle de soins observée aujourd'hui par les anthropologues montre dans des sociétés extrêmement diverses qu'un même thérapeute peut mobiliser des techniques issues de « traditions médicales » ou de paradigmes médicaux tout à fait différents et les combiner ensemble de façon singulière : c'est par exemple le cas des « nouveaux guérisseurs » qui font l'objet de l'ouvrage collectif Laurent Pordié et Emmanuelle Simon [2013] dans lequel Olivier Schmitz par exemple, décrit les pratiques multiréférentielles d'une désenvoûteuse belge francophone qui synthétise originalement voyance, exorcisme, chamanisme, radiesthésie, géobiologie ou encore alchimie

[Schmitz, 2013]. Ici, la globalisation des pratiques de santé est moins vue selon une approche en terme de marché que de la circulation internationale accélérée des savoirs, des cultures et des personnes.

Ainsi dans le contexte actuel, les soins continuent de s'inscrire dans des systèmes médicaux particuliers (la biomédecine ou la médecine chinoise par exemple) mais peuvent aussi être envisagés comme des « produits » de consommation au sein d'un marché de biens de santé et de salut pour reprendre l'expression de Max Weber, ou tout du moins comme des « techniques de soins » plus ou moins affiliées à des savoirs médicaux, religieux, populaires, offrant une certaine malléabilité et des nombreuses possibilités de combinaisons et de syncrétismes en vue d'accroître les chances de guérison [Durish Gautier, 2007 ; Cohen, Rossi, 2010].

Au terme de pluralisme médical, on préférera alors la notion de pluralisme thérapeutique qui traduit la coexistence en un même lieu d'une pluralité des pratiques, acteurs, normes, savoirs, discours, institutions et modes de relations visant à soigner et n'appartenant pas toujours à des systèmes médicaux particuliers. En France, le système officiel de santé ne reconnaît que la biomédecine malgré le recours croissant d'une large part de la population à d'autres techniques de soins, que la science et la loi relèguent du côté de l'irrationalité et du charlatanisme. L'ethnographie du pluralisme thérapeutique tel que j'ai pu l'observer en Médoc concernant la prise en charge des maux de femmes permettra d'observer ces tendances entre reconnaissance et délégitimation.

Une étude du pluralisme thérapeutique en France ne peut faire l'économie d'une attention particulière tournée vers le phénomène de médicalisation de la santé à l'œuvre depuis le XIXe siècle et de sa grande accélération après-guerre. Un tel pré-requis permettra de questionner la place des différents soins aux maux de femmes dans ce contexte particulier. En effet, on peut se demander dans quelle mesure la médicalisation impulse des processus normatifs ou favorise la création de nouveaux référentiels quant à la construction individuelle et sociale des maladies, de la guérison et des identités des soignées comme des soignants rencontrés.

La thèse de Mélissa Nader traite avec intérêt de la façon dont la notion de médicalisation, très mobilisée depuis les années 1960, a été définie et utilisée dans les études sociologiques portant sur la santé dans les sociétés occidentales. Pour elle, il faut comprendre la médicalisation à la fois comme un *phénomène social* qui a émergé dans le contexte d'après-guerre, comme un *processus* en constante mutation ainsi qu'un *concept* désormais très répandu dans les sciences humaines et sociales, ces trois registres étant intrinsèquement liés [Nader, 2012]. Elle observe que l'usage et l'analyse sociologiques du « phénomène, processus et concept de médicalisation » ont connu deux vagues successives : la première l'a appréhendée, au sortir des années 1960, « comme le résultat d'une colonisation constante de la profession médicale sur l'ensemble de la population vers laquelle elle oriente ses interventions », c'est-à-dire

comme un ensemble de manœuvres professionnelles, voire corporatives, visant à élargir le champ de compétence et de contrôle social des médecins, mais aussi des compagnies pharmaceutiques ou de l'Etat [Nader, 2012 : 279]. Cette première tendance regroupe les deux premières « voies de la médicalisation » explicitées par Pierre Aïach en 1998, à savoir la « croissance des professionnelles de santé et de leur utilisation » et « l'extension du champ de compétence de la médecine » [Aïach, 1998 : 20,24]. La seconde vague d'analyse sociologique de la médicalisation identifiée par la jeune sociologue a émergé dans les années 2000 : sans remettre tout à fait en question les logiques de domination et de contrôle social observées, les travaux de ces quinze dernières années s'intéressent davantage au rôle joué par les individus eux-mêmes, ainsi que les différents acteurs de la santé hors profession médicale, dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation. Cette dernière tend d'une part alors à gagner tous les aspects de la vie, la santé étant devenue une norme sociale, et d'autre part à influencer la déclaration systématique de maladies jusqu'alors jugées bénignes (en d'autres termes, la mortalité a diminué mais la morbidité a augmenté) [Aïach, 1998 : 25, 32]. Ces deux approches analytiques issues de la sociologie nous seront nécessaires pour mieux appréhender les dynamiques à l'œuvre au sein du pluralisme thérapeutique dédié aux maux de femmes sur la presqu'île médocaine. Il sera pertinent de questionner l'invisibilité et la reconnaissance de certains maux de femmes ainsi que le recours à certaines techniques de soins non conventionnels au prisme de ce processus, caractérisée par la multiplication des motifs de recours des individus de plus en plus soucieux d'eux-mêmes. Ce qu'une analyse plus anthropologique des constructions identitaires et permet d'éclairer.

B.4. La santé dans la construction des identités féminines

L'une des hypothèses de cette thèse suggère que les quêtes de soins qui motivent les itinéraires thérapeutiques des femmes concernant leurs maux spécifiques, peuvent se révéler comme des quêtes de soi, la douleur ou la maladie suscitant une réflexion sur les identités en tant qu'individu malade d'une part, et en tant que femme d'autre part. La notion anthropologique de *sickness*, rôle social attendu du malade dans une société donnée, permet d'appréhender les façons dont les individus malades, seuls ou avec leur entourage, vivent socialement leur mal en adoptant le rôle prévu selon le sens attribué au problème :

« C'est toujours par rapport à ces notions [santé et maladie], où s'expriment les relations de la personne à son milieu social, que se définit le sens même de l'expérience du malade et que s'orienteront ses comportements. Le malade vivra la maladie comme « destructrice » si, à partir de la privation d'activité que la maladie entraîne et qui s'accompagne tant de la destruction des liens avec les autres que de pertes diverses dans ses capacités et dans ses rôles, il ne voit aucune possibilité de restaurer son identité, totalement assimilée à l'intégration sociale. Il s'efforcera alors de lutter de toutes ses forces

contre une telle situation, au besoin en niant l'existence de la maladie tant que cela est possible.

Au contraire, la maladie est vécue comme « libératrice », si le malade perçoit en elle l'occasion d'échapper à un rôle social qui étouffe son individualité. En ce cas la maladie, loin de ne représenter qu'un cortège de destructions, permet de retrouver le « vrai sens de la vie » qui ne réside pas dans sa dimension sociale. Elle offre la possibilité d'une révélation voire d'un dépassement de soi.

Pour d'autres personnes enfin, qui ont souvent eu l'expérience d'une maladie grave, la maladie est un « métier » (...) la personne conserve un rôle valorisé et préserve son identité sociale par la lutte contre sa maladie, (...) base d'une intégration sociale spécifique mais persistante. » [Herzlich, Adam, 2004 (1994) : 65-66]

Maladie-excluante, maladie-libératrice et maladie-métier sont autant de sens attribués à la maladie et qui contribuent à façonner le vécu et la construction identitaire de la personne souffrante. L'identité est un concept complexe qui a traversé plusieurs époques et disciplines de sciences humaines et sociales. Je m'appuie ici sur quelques auteurs en particulier pour mieux appréhender ce que recouvre l'identité individuelle d'une part, et les identités de genre d'autre part compte tenu de mon intérêt spécifique pour les maux de femmes dans cette thèse.

Le psychanalyste Sigmund Freud recourut à la fin du XIXe siècle à la notion d'« identification » dans ses études sur l'hystérie [1956 (1895)] et sur les rêves [1967 (1900)] pour expliquer les logiques mentales de ses patients souffrant de névroses. La sociologie des années 1950 s'en est emparée avec la théorie des rôles [Foote, 1951] et celle des groupes de référence [Merton, 1963]. Ces deux écoles sociologiques inspireront les travaux de Peter Berger et Luckman [1963] sur les processus de socialisation primaire et surtout secondaire. Cette même année 1963, Erving Goffman publiait *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps* [2010(1963)], travail emblématique de la sociologie interactionniste où il utilisait le terme d'identité pour décrire les stratégies de mise en scène de soi selon que l'on soit ou non porteur d'un stigmate (visible ou non). Mais c'est à Georges Herbert Mead, son prédécesseur, que l'on doit les premiers travaux sur la construction du « soi », c'est-à-dire sur la façon dont l'individu prend conscience de lui-même au cours des interactions sociales, elles-mêmes sujettes à des systèmes symboliques acquis et partagés [Mead, 1963 (1934)]. La notion d'« identité » est en effet plus tardive que celle du « soi ». Sa paternité est généralement attribuée au psychanalyste Erick Erickson [Gleason, 1983], avant que celui-ci ne découvre le culturalisme de Franz Boas et de Ruth Benedict ainsi que l'école *Culture et personnalité* animée par Margaret Mead et Abraham Kardiner, théoriciens de la notion de « personnalité de base » parfois appelée « identité sociale » [Mead, 1993 (1928-1935) ; 1963 (1935) ; Kardiner, 1939].

Dans cette école de pensée, la construction des identités de genre apparaît comme un processus particulier de socialisation en fonction du sexe des individus, processus présent dans presque toutes les sociétés. Margaret Mead lors de ses ethnographies de la fabrique des jeunes filles à Samoa [1928] et des rôles féminins et masculins chez les Arapesh, les Mundugumor et les Chambuli de Nouvelle-Guinée [1935] concluait sur la variabilité des modalités de la différenciation sociales des sexes :

« les traits du caractère que nous qualifions de masculins ou de féminins sont, pour nombre d'entre eux, sinon en totalité, déterminés par le sexe d'une façon aussi superficielle que le sont les vêtements, les manières et la coiffure qu'une époque assigne à l'un ou l'autre sexe » [Mead, 1935].

Les travaux pionniers de Margaret Mead initièrent une série de travaux en sciences humaines et sociales affirmant qu'il n'existe pas une différence entre les sexes mais une « différenciation des sexes ». A partir de la fin des années 1960 aux Etats Unis, l'identité devint très utilisée en sciences humaines et sociales comme dans les sphères politique et médiatique du fait de la forte présence dans l'espace public nord-américain à cette époque de revendications identitaires de diverses sortes – sexuelle, raciale, ethnique, religieuse- ont alors émergé et ont suscité l'apparition des *gender studies*, *racial studies*, *jewish studies*, *subaltern studies*, *postcolonial studies*... [Brubaker, 2001]. Dès 1972, dans son essai *Sex, Gender and Society*, la sociologue féministe britannique Ann Oakley proposa le terme de *gender* afin de distinguer le sexe, donné biologique, et le genre, construit social variable et évolutif. Pour cette chercheuse, les différences biologiques seraient données et naturelles tandis que les identités de genre seraient liées à la transmission, à travers divers dispositifs de socialisation (famille, école, médias, culture, amitiés, etc.), de manières d'être, de penser et d'agir orientant chaque individu vers des modèles de la masculinité et de la féminité, vers des identités et des rôles sociaux historiquement attribués à chaque sexe à partir d'une naturalisation des différences sexuelles et de l'idée d'un profond déterminisme biologique.

En France, les travaux sur la question ont d'abord été marqués par le féminisme des années soixante-dix, mus par une volonté de déconstruction de la notion de condition féminine et de dénonciation d'une sociologie et d'une anthropologie andro-centrées. Pour la sociologue Nicole-Claude Mathieu [1971 ; 1973], la notion de différence de sexe renvoie à l'idée d'une différence de nature, c'est-à-dire d'une vision où les différences anatomiques et les fonctions reproductives légitiment et/ou expliquent, la différence des rapports sociaux selon qu'on soit homme ou femme. Dans la notion de « différenciation des sexes » proposée par Nicole-Claude Mathieu, il y a l'idée d'un double processus social : à la fois faire apparaître la différence et l'établir par divers moyens d'éducation et de répression qui en instituent les frontières au-delà des évidences biologiques. Son ouvrage *Pour une épistémologie des catégories de sexe* [1971] constitua un texte fondateur pour les études féministes françaises, qui se sont

attachées, dans un premier temps, à observer particulièrement les processus de domination masculine et de socialisation sexuellement différenciée, montrant la relativité des identités de genre et leur dimension socialement construite.

Avec la diffusion de la notion de « genre », comme traduction du *gender* anglo-saxon et « équivalent de sexe social », émergeaient dans les années 1990, l'idée que l'on pouvait considérer les catégories sociales de sexe dans une filiation marxiste ou selon une approche dynamiste [Fougeyrollas, 2003 :27]. Différentes conceptions du féminin et du masculin ont ainsi vu le jour, à l'instar des « *rappports sociaux de sexe* », de la « *valence différentielle des sexes* » et du « *genre* ». Pour Anne Marie Devreux [2001], le concept de « *rappports sociaux de sexe* » s'inspire du marxisme et naît de la confrontation des études sur la sphère de la production et celle de la reproduction, notamment dans l'ouvrage collectif *Le sexe du travail* [Barrère-Maurisson *et al*, 1984], démarche poursuivie par Pierre Bourdieu, dans *La domination masculine* [1998]. Christine Delphy [1998 (1977)] a étudié la charge du travail domestique traditionnellement reléguée aux femmes, en tant que production non rémunérée contractualisée par le mariage et légitimée par une conception naturaliste du féminin. Les recherches de Colette Guillaumin [1978] rapprochent le « *sexage* » à l'esclavage, voyant que c'est toute la classe des hommes qui contrôle, dans des limites non mesurables, l'appropriation de la production féminine et de la reproduction, sans que les femmes n'objectivent leur condition. La division sexuelle du travail apparaît alors comme un invariant dans tous les espaces de la société, que ce soit à l'école, dans la famille, sur le marché de l'emploi... Les études sociologiques et les mouvements féministes de lutte contre la domination masculine ont ainsi insisté sur « l'enfermement » des femmes dans le « *travail domestique* », notion qui envisage pour la première fois les activités de ménages, de fabrication des repas, d'élevage des enfants comme une forme de travail non rémunéré et invisibilisé et ont aussi dénoncé leur dépendance économique et juridique aux hommes (à leurs maris notamment), les inégalités de statut et de salaire dans la sphère professionnelle ainsi que les violences masculines subies.

En anthropologie, les travaux de Françoise Héritier s'enracinent dans un courant résolument structuraliste et proposent d'observer les catégories de sexes et leur hiérarchie, dans les savoirs et pratiques propres aux sociétés du monde entier, des plus palpables aux plus symboliques [1996]. Pour l'anthropologue, la pensée humaine (traditionnelle ou scientifique) s'est construite sur la base de l'observation matérialiste de la différence anatomique des sexes et sur la différence dans les rôles joués par les individus sexués dans la reproduction [Héritier, 1996 :19] Elle explique que si la différence biologique est universelle, ses traductions sociales sont nombreuses. Françoise Héritier affirme l'universalité de la « *valence différentielle des sexes* », nom qu'elle donne au rapport conceptuel toujours hiérarchique entre le masculin et le féminin et dont l'origine est à chercher dans la volonté masculine de contrôler la

reproduction biologique humaine, pouvoir particulier dont ils ne disposent pas sans un échafaudage culturel le rendant possible [Héritier, 1996 : 24-29].

Peu à peu, dans les années 1980, les sciences humaines ont pensé le social comme créateur de la différence biologique et non plus l'inverse. Elles interrogent le genre en tant que concept porteur de problématiques nouvelles, notamment dans le domaine du politique et de la régulation des populations [Fougeyrollas-Scwebel, 2003 : 25-26]. L'approche par les rapports sociaux de sexe et par le concept de genre a permis de penser la question dans ses dynamiques plus que la fixité structuraliste, mais toujours comme un rapport de force hiérarchique entre les groupes sociaux féminin et masculin [Devreux, 2001]. Pour les chercheurs s'inscrivant dans une perspective dynamique, la reproduction du rapport social de sexe n'aboutit jamais à une chose identique, elle est sociale et historique (ce qui peut être synonyme d'émancipation féminine chez les uns, comme le droit à l'avortement, peut être un moyen de contrôle et d'imposition de normes de natalité chez d'autres). Des statuts et rôles sociaux sont dessinés en fonction que l'on soit homme ou femme. Ceux qui ont la légitimité d'édicter les normes qui créent la subjectivité féminine et masculine le font dans le sens du maintien de la hiérarchie des sexes. *La fabrique du sexe* [1992] de Thomas Laqueur montre par exemple comment, l'histoire de l'anatomie a connu différentes conceptions du corps féminin et masculin, tantôt indifférencié (le sexe féminin est vu comme un sexe masculin à l'envers), tantôt différencié (l'accent est mis sur les différences anatomiques et physiologiques entre les appareils reproducteurs des deux sexes). Cette différenciation apparaît avec l'émergence de la médecine anatomo-clinique dont la pratique était réservée aux hommes.

L'identité en tant que femme se construirait au cours de socialisations successives reproduisant la domination masculine et la division sexuelle du travail légitimées par la différence biologique. Les attributs corporels féminins agiraient comme un ensemble de stigmates visibles [Goffman, 2010 (1963) : 8], la normalité étant vue du côté masculin. La théorie interactionniste de la déviance permet de questionner les maux de femmes comme des stigmates potentiels pouvant les discréditer aux yeux d'autrui, leur attribuant une identité « virtuelle » (celle vue par ceux qui se considèrent comme « normaux »), dégradante par rapport à leur identité « réelle » (ce qu'ils se pensent être) [Goffman, 2010 (1963) : 12]. Erving Goffman suggérait que les individus pouvaient décider, au cours de leurs interactions, de masquer ou revendiquer le stigmaté dont ils sont porteurs, et ainsi affirmer leur « identité réelle » tout en réduisant l'écart avec leur « identité virtuelle », idée qui nous permettra de mieux comprendre la faible visibilité des maux de femmes. Cette distinction est reprise par le sociologue Claude Dubar qui développe les notions d' « identité pour soi » et d' « identité pour autrui » : l'« identité pour soi » est celle que les individus racontent eux-mêmes sur eux-mêmes, selon un processus autobiographique dépendant de leurs trajectoires sociales (l'approche est plutôt constructiviste). L'« identité pour autrui » renvoie à l'attribution identitaire faite par les institutions et leurs agents en relation directe avec les individus,

c'est ce que les institutions disent de l'identité des individus (formes identitaires qui peuvent se rapprocher de l'idée de socialisation ou d'incorporation de l'habitus [Bourdieu, 1980 : 88-89]).

On peut rapprocher cette double lecture de l'identité des travaux sur les identités de genre ayant développé une approche dynamiste. Nicky Le Feuvre par exemple pense le « genre » dans une orientation clairement dynamique :

« cela consiste à porter notre regard davantage du côté des dynamiques et des recompositions sociales que du côté des permanences et des reproductions à l'identiques. Il ne s'agit nullement d'occulter la réalité (...) de l'oppression des femmes, (...) mais de réinjecter des principes d'historicité [en développant] une analyse tout aussi approfondie de ce qui se passe du côté des hommes et du masculin que du côté masculin » [Le Feuvre, 2003: 47].

Les travaux de Judith Butler éclairent l'hétéronormativité à l'œuvre et militent pour une subversion du genre et de ses identités [2005]: en appuyant sa réflexion sur le vécu des individus homosexuels et *queer*, elle déconstruit la norme hétérosexuelle qu'elle considère comme ayant été abusivement pensée par les chercheurs comme au fondement des identités de genre. Cette réflexion est réductrice selon elle car le genre peut être envisagé non pas sur un mode binaire, mais plutôt comme une identité variable que les acteurs peuvent changer et réinventer au cours de leur vie. De façon moins radicale, Nicky Le Feuvre explique que l'évolution actuelle des rapports sociaux entre les sexes, et l'émancipation féminine entre autres, tend davantage à un maintien des principes genrés sous une forme recomposée qu'à un affaiblissement de la domination masculine [2001]. L'attention doit être portée non pas sur les différences mais sur les processus de différenciation, seule voie pour l'heure pour appréhender un éventuel « après-genre » [Le Feuvre, 2003 : 50]. Le système de rapports sociaux qu'est le genre ne fait peut-être pas nécessité à la cohésion des sociétés humaines et si les inégalités hommes/femmes observées dans de nombreux champs d'étude sont indéniables, l'auteure cherche à aller au-delà de ce type d'analyse binaire vers une analyse du « dépassement du genre ». Pour elle, la bi-catégorisation sexuée permet une intégration des individus, mais ceux-ci disposent également d'une marge de manœuvre, d'un libre-arbitre, et mettent en place des jeux stratégiques au sein du cadre sociétal. Ainsi, ils mobilisent « ressources matérielles, cognitives et symboliques [pour tendre] soit vers le pôle d'intégration normative (reproduction de la domination masculine sous ses formes connues), soit vers des formes radicalement discordantes et novatrices d'action [transformations et adaptations des comportements aussi bien chez les hommes que chez les femmes], susceptibles d'éroder les principes fondateurs du processus de genre » [Le Feuvre, 2001 : 214]

Si la maladie peut être vécue comme un événement initiant une rupture dans les trajectoires biographiques et concourir à l'invention de nouvelles identités « pour

autrui » comme « pour soi », on peut se demander si l'en va de même concernant le vécu des maux de femmes, compte tenu de l'influence des questions de genre dans les constructions identitaires. En quoi les itinéraires thérapeutiques concernés influencent-ils la construction des identités individuelles en tant que femmes ? Cette question, tirée de la problématique soulevée par cette thèse, interroge autant les processus de normalisation des conduites et la biopolitique des corps par le biais des institutions de la santé que les dynamiques plus individuelles de production de « soi » par le biais des soins que m'ont évoqué certains travaux sur la médicalisation. Pour Jean-Pierre Dozon [2001], l'idéologie de la prévention en santé publique en effet a donné naissance à des comportements individuels spécifiques chez les patients qu'ils nomment « sentinelles » en référence aux travaux de Patrice Pinell sur la lutte contre le cancer [1992] :

« les patients-sentinelles sont soucieux d'eux-mêmes, capables d'objectiver leurs corps, c'est-à-dire les risques internes et externes auxquels celui-ci peut être exposé, comme s'ils étaient vis-à-vis de lui en lieu et place de la biomédecine » [Dozon, 2001, p42].

Pour lui, ces individus, d'ordinaire assez scrupuleux des recommandations biomédicales, sont davantage enclins à se tourner vers les médecines non conventionnelles et/ou de nouveaux mouvements religieux dès lors qu'elles prônent un idéal de santé :

« ils critiquent les limites [de la biomédecine] ou en dénoncent éventuellement les effets nocifs, bornée qu'elle serait aux seuls aspects matériels et somatiques de la préservation individuelle. » [Dozon, 2001, p43].

Agir en sentinelle de la santé c'est envisager cet aspect de la vie comme l'une de ses composantes essentielles, voire le constituer comme un ensemble de représentations et de pratiques qui fondent pour partie l'identité de la personne. Or l'amélioration et le maintien de la santé font aujourd'hui partie de logiques individuelles visant la réalisation de soi [Giddens, 1991; Erhenberg, 1998] : si chacun est socialement responsable de sa santé, on comprend l'hypothèse énoncée plus avant selon laquelle les techniques de soins mobilisées dans les itinéraires thérapeutiques participent plus ou moins d'une quête identitaire, parallèlement à la quête de soin, selon que ces techniques impliquent ou non le patient, qu'elles le rendent ou non acteur actif de sa guérison et de sa santé.

M'intéressant aux itinéraires thérapeutiques des femmes rencontrées dans le Médoc et des techniques de soins les plus diverses auxquelles elles recourent, j'ai finalement cherché dans cette thèse à pointer l'existence de processus identitaires spécifiques à l'expérience des maux construits comme féminins, ainsi qu'au vécu de leur traitement, afin d'observer en quoi ces expériences réifient ou réinventent les normes de genre.

C. Organisation de la thèse

Ce questionnement au cœur de la problématique générale est apparu au fil de l'ethnographie et de l'écriture, comme l'implique la démarche scientifique inductive. Toutefois, l'organisation de la thèse ne respecte pas la chronologie de cette réflexion faite d'allers et retours entre les données de terrain, leur analyse réflexive et leur confrontation aux théories existantes. J'ai ainsi privilégié un plan en trois parties thématiques pour favoriser la clarté du propos.

La première partie, intitulée « Identités médocaines et enjeux de santé au féminin » invite à explorer les différentes constructions identitaires liées à la presqu'île médocaine et à ses habitants [Chapitre 1] en reprenant l'approche développée par Martina Avanza et Gilles Laferté [2005]. Nous verrons que le terrain investigué se trouve pris dans des jeux d'« identifications », d'ordres national, régional, départemental et local, d'« images sociales » à la fois fantasmées et stigmatisantes et d'« appartenances » individuelles à certaines valeurs et certains lieux. Ces élaborations de l'identité médocaine sont à comprendre pour mieux saisir les organisations, les représentations et les pratiques individuelles liées à la santé, à la maladie et au bien-être dans cet espace particulier du Sud-ouest de la France, marqué par la désertification médicale. En effet, c'est dans ce contexte que se déroulaient les itinéraires thérapeutiques des femmes interrogées pendant mon travail d'enquête. Les modalités de nos rencontres, mais surtout nos échanges sur leurs maux et leurs recours aux soins, sont restitués et analysés selon une démarche réflexive [Chapitre 2]. L'attention est portée sur ce qui m'a été dit et ce qui m'a été tu du vécu de ces maux dans la relation de face à face entre l'enquêtrice et les enquêtées. Le chercheur ne peut en effet faire l'économie d'une réflexion sur l'influence de sa présence dans la situation ethnographiée quant à la production du récit par les femmes interrogées. Ce regard particulier a permis d'identifier différents registres de parole mobilisés pour dire, ou pour taire les maux de femmes : le plus fréquent reste la confiance, voire le secret, révélant la prégnance de la pudeur et des tabous dans ce champ spécifique de la santé, mais aussi la banalisation dont certains maux de femmes font l'objet.

La deuxième partie de cette thèse interroge d'abord [Chapitre 3] la santé sexuelle et reproductive en tant que concept issu du droit international et national en faveur de la santé et de l'égalité entre les hommes et les femmes, ainsi qu'en tant que dispositif sanitaire particulier du système de santé français. L'ethnographie menée en Médoc donne à voir l'offre officielle de soins pour les maux de femmes proposée localement, compte tenu des particularités de l'organisation et de la désertification médicale sur la presqu'île, mais aussi des caractéristiques liées aux enjeux propres à la SSR, notamment en termes de normalisation des conduites. Les logiques de recours à ces soins sont

ensuite étudiées [Chapitre 4] selon qu'elles témoignent de l'incorporation par les femmes des normes de santé en la matière, de leur demande croissante de soins ou d'une autonomie voire une distance par rapport au dispositif sanitaire proposé et disponible sur le territoire.

La troisième et dernière partie est consacrée à la partie moins visible du pluralisme thérapeutique à l'œuvre. Elle interroge l'offre de soins non conventionnels sur le territoire [Chapitre 5] en dressant le portrait de ses praticiens aux profils diversifiés et en faisant émerger une typologie des savoirs de santé qu'ils mobilisent dans leurs soins aux maux de femmes. Là encore, d'autres logiques de recours des femmes à ces soins sont examinés afin de saisir les conceptions de la santé et des maladies ainsi que les dynamiques individuelles qui guident les itinéraires thérapeutiques et celles plus globales qui contribuent à façonner le pluralisme thérapeutique. Poursuivant cette démarche, l'attention est ensuite portée sur les soins domestiques [Chapitre 6] leurs caractéristiques, leurs usages, leurs lieux de transmission et les représentations qu'ils véhiculent. L'observation des modes d'appropriation des différents savoirs de santé au féminin par les femmes elles-mêmes au cours de leurs itinéraires thérapeutiques, permet alors de questionner la place des soins dans la construction des identités féminines « pour soi ».

PARTIE I. Identités médocaines et enjeux de santé au féminin

Chapitre 1. L'entité Médoc et les identités médocaines

Ce premier chapitre est consacré à la description du Médoc, mon terrain d'enquête. Ce travail d'analyse du contexte de la recherche de terrain ne doit pas être compris comme un simple préliminaire à toute restitution d'enquête ethnographique : elle permet au contraire la mise au jour de clés de compréhension concernant les organisations, représentations et pratiques liées à la santé, à la maladie et au bien-être dans cet espace à la fois particulier et ordinaire du Sud-Ouest de la France, lieu de vie des femmes qui m'ont autorisée à me faire l'écho de leurs quêtes de soins.

Les contours flous de l'entité Médoc et les rumeurs sur l'identité culturelle médocaine perçus au départ de mon enquête se sont éclaircis au fil du temps et à la lumière des travaux de Martina Avanza et Gilles Laferté [2005]. Leurs réflexions respectives sur la construction nationaliste italienne de l'identité padane par la Ligue du Nord en 1995 et celle des identités rurales et des appartenances territoriales dans la France contemporaine, les ont amené à envisager les liens entre identité -sociale, culturelle et politique- et territoire selon trois catégories opératoires – l'« identification », l'« image » et l'« appartenance » – pour mieux appréhender les identités. L'« identification » relève pour eux de l'identité attribuée aux individus par les institutions, comme une forme de labellisation et d'assignation par l'Etat, les partis, les syndicats, les entreprises, les organismes sociaux de stéréotypes¹⁴ administratifs ou bureaucratiques :

« (...) l'identification pourrait qualifier toute action sociale où l'attribution identitaire est extérieure, s'exerçant sur un individu, dans le cadre d'une institution sociale, selon une technique codifiée. »
[Avanza, Laferté, 2005].

La notion d'« image sociale » renvoie davantage aux discours du quotidien, eux aussi stéréotypés, sur les individus, les groupes sociaux et les espaces habités ou naturels, comme le ferait une agence de voyage pour décrire un territoire et ses habitants :

¹⁴ Pour Pierre Mannoni, « Les stéréotypes se présentent comme des clichés mentaux stables, constants et peu susceptibles de modification. Ils sont l'opinion majoritaire d'un groupe. (...) Les stéréotypes produisent des biais dans la catégorisation sociale par simplification extrême, généralisation abusive (...). Les caractéristiques qui constituent l'objet sont ainsi régulièrement faussées et, surtout, c'est faussées qu'elles s'imposent globalement dans la perception qu'on a de l'objet en question. (...) Il s'agit (...) d'une « idée » toute faite, « préformée »(...)» [Mannoni, 2012 :24-25]. L'usage des stéréotypes s'expliquent par leur côté facilitateurs de la communication : ils sont des raccourcis de la pensée, des schémas mentaux qui font consensus et qui permettent l'économie de descriptions longues et plus complexes.

« La construction d'une image sociale n'est bien que la production de discours et de représentations, discours et représentations aux possibles limités, inscrits dans les registres d'entendement d'une époque. » [Avanza, Laferté, 2005].

Enfin, la notion d' « appartenance » rejoint celle « d'identité pour soi » en ce qu'elle entend désigner le processus personnel d'élaboration identitaire ou l' « invention de soi » pour reprendre Jean-Claude Kaufmann [2004 (2010)] :

« La logique de l'appartenance suit les modes d'insertion des individus dans les différents groupes d'appartenance (famille, ouvriers, copains) (...). L'appartenance relève de la participation des individus à la chose collective, au groupe, qu'il soit politique, syndical, familial, amical, participation à la fois produite et productrice des socialisations multiples des individus (Chamboredon et al. 1985). L'appartenance n'est pas une prescription externe à l'individu, comme le sont l'identification et l'image, mais correspond à sa socialisation. Il s'agit d'une autodéfinition de soi ou encore d'un travail d'appropriation des identifications et images diffusées au sein d'institutions sociales auxquelles l'individu participe. » [Avanza, Laferté, 2005].

Ce chapitre décline ces trois notions en les appliquant au cas médocain. Il explore premièrement l'existence de négociations concernant l'identification de l'entité Médoc par les instances étatiques et bureaucratiques, lesquelles nient ou revendiquent une identité administrative propre à la presqu'île médocaine. Nous verrons que l'organisation et les dynamiques du système officiel de soins semblent être un discret, mais solide « point d'accroche » au sein de ces négociations. Le second point s'attache à rendre compte des images sociales produites à propos du Médoc par les médocains mais aussi par ceux qui vivent à proximité de ce territoire ou qui viennent y séjourner. Ces images souvent stéréotypées alternent entre visions enchanteresses – la possibilité d'une vie saine au plus près de la nature- et stigmatisations des habitants souvent ensauvagés et empaysannés dans les discours. De ces représentations en découlent d'autres concernant la santé : les médocains souffriraient d'addiction et de problèmes mentaux, ce qui n'est pas sans parfois biaiser le regard des professionnels de santé nouveaux venus sur le territoire. Les médocains seraient par ailleurs « durs au mal » et relativement autonomes concernant les troubles de santé bénins, usant de savoirs sur les plantes, les lieux et les personnes qui guérissent plutôt que de recourir à l'offre de soin officielle (en proie par ailleurs à une problématique de désertification médicale). Enfin, par la déconstruction de ces identifications institutionnelles et de ces images sociales ainsi que par l'éclairage d'autres réalités d'ordinaire moins visibles (comme l'installation et le travail des migrants) le troisième point de ce chapitre vise à montrer l'existence de la pluralité des groupes d'appartenance qui offrent un éventail de valeurs et de pratiques aux individus beaucoup plus large que ce que les précédentes dimensions identitaires pouvaient le laisser supposer. Il entend alors montrer les effets positifs et

pervers des élaborations identitaires, tendant à renforcer le groupe qui se perçoit comme autochtone tout en créant de l'exclusion pour les autres.

1.1. Les contours changeants de l'entité « Médoc » : un focus sur la santé

1.1.1. Différentes identifications institutionnelles

1.1.1.1. De quel Médoc parle-t-on ?

Si dans le langage ordinaire, on parle volontiers du Médoc comme de la presqu'île située en France entre estuaire de la Gironde et Océan Atlantique, les délimitations concernant sa partie isthmique (par ailleurs pas toujours reconnue en tant que telle par les géographes pointilleux) restent sujettes à controverses. En effet, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), instance officielle et étatique de production de données chiffrées sur l'économie et la société française ne reconnaît qu'indirectement le Médoc, puisqu'il traite et produit des données pour « l'arrondissement de Lesparre-Médoc », ce qui correspond aux six communautés de communes présentes sur la presqu'île [Carte 2]. Ce jeu de découpages territoriaux, nous allons le voir, s'avère complexe et montre la relative inexistence d'une unité administrative forte pour ce territoire, se répercutant sur les caractéristiques locales du système de santé et de ses politiques [Kotobi, 2013].



Carte 2: Les 6 communautés de communes de l'arrondissement de Lesparre-Médoc
Source : Mairie d'Avensan, 2012

Situé au Nord-Ouest de la région Aquitaine (avant sa reconfiguration en région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charente en janvier 2016), l'entité Médoc s'inscrit plus précisément au sein du département de la Gironde. La ville de Lesparre-Médoc est l'une de ses cinq sous-préfectures et se constitue comme la « capitale » administrative et économique de la presqu'île. En 2011 et 2015, le Conseil Général de la Gironde publiait successivement les nouvelles cartographies des cantons, malgré la mise en place précédente des communautés de communes [Carte 2]. Le Médoc s'est alors vu doté de deux découpages administratifs supplémentaires, le Nord-Médoc et le Sud-Médoc, les plus vastes cantons girondins en 2015 [Carte 3].



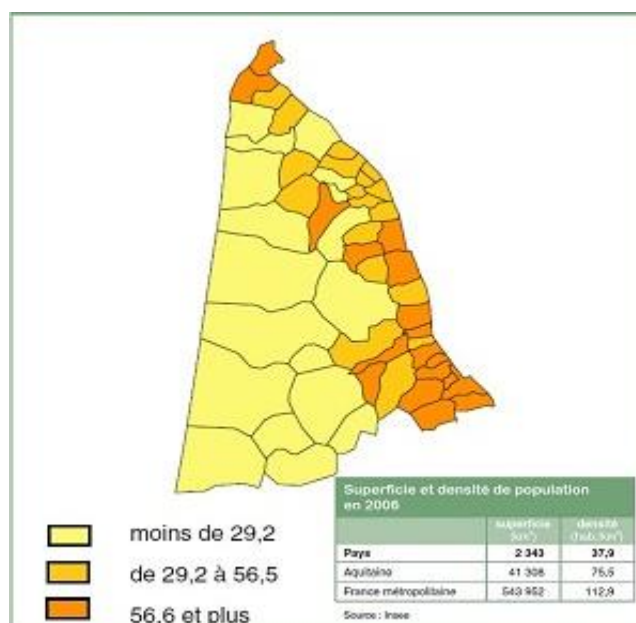
Carte 3: Les cantons Nord-Médoc et Sud-Médoc en Gironde en 2015
Source: Site du CG 33

Le brouillage cartographique en Médoc se poursuit avec la reconnaissance par la région Aquitaine du « pays Médoc », dont le découpage reprend celui effectué par l'Insee pour l'arrondissement de Lesparre-Médoc. Le syndicat mixte Pays-Médoc qui organise et représente le pays, fédère aussi trois autres communes (Blanquefort, Eysines et Parempuyre), elles-mêmes rattachées à la Communauté Urbaine de Bordeaux, devenue Bordeaux Métropole en janvier 2015. Enfin, le Pays Médoc se trouve en voie de transformation depuis 2008 puisqu'il procède actuellement à sa conversion en Parc Naturel Régional (PNR). Le périmètre du futur PNR devrait reprendre celui de l'arrondissement et des six communautés de communes (sans Blanquefort, Eysines et Parempuyre).

Ces découpages multiples et constamment évolutifs brouillent les indices permettant au chercheur de se saisir de l'identité de l'espace médocain au sein du territoire national. Ces configurations peuvent néanmoins être comprises comme divers procédés d'identification, ordonnés par des instances aux mandats, intérêts, et stratégies territoriales différentes :

« l'espace n'a pas d'identité indépendante de l'acteur qui le conçoit en fonction d'un projet [...]. Il n'existe pas comme donnée scientifique fondamentale, vouloir en trouver une définition, en élaborer une typologie sans projet concret affirmé ne sont à notre sens qu'exercices intellectuels » [Bodiguel, 1986, p. 42].

Ainsi, là où l'échelle nationale voit un arrondissement du territoire français qu'il convient d'harmoniser aux autres dans un souci d'unité, l'échelle locale conçoit un pays à part entière dont il entend faire reconnaître les spécificités. Notons, à titre d'exemple de ces différences de perceptions, que l'Insee a abandonné la catégorie de « territoire à dominante rurale » dans ses analyses du territoire national, considérant que depuis 2010 « 95% de la population française vit sous l'influence des villes » [Insee, 2011]. De nombreuses communes médocaines figuraient dans cette classification et Pays-Médoc continue de décrire la presqu'île comme une contrée rurale, insistant sur la faiblesse relative de sa densité de population [Carte 4] ainsi que sur la forte présence paysagère de la forêt de pins de Gascogne et des larges étendues de vignobles le long de l'estuaire [Carte 1].



Carte 4 : Densité de population par commune en 2006 (en hab/km²)
Source : Insee

Bien que les découpages en termes d'arrondissement et de pays soient les mêmes en Médoc mais n'obéissent pas aux mêmes intentions, le Pays Médoc utilise les données statistiques produites par l'Insee pour l'arrondissement de Lesparre-Médoc [Annexe n°2]. La démographie économique et la sociologie quantitative recourent souvent à la répartition statistique de la population selon les catégories socio-professionnelles (CSP), méthode que je retiens ici pour reconstituer le « portrait-robot » socio-économique du Médoc que dressent les instances politiques et administratives gérant le territoire. Il est important de manifester une certaine prudence à l'égard de ces catégorisations, car elles souffrent souvent de biais de généralisation et d'inadéquation avec les réalités changeantes du monde économique et des pratiques de travail. Concernant les économies dans les espaces ruraux par exemple, le sociologue Gilles Laferté insiste sur la variabilité des conditions de travail des personnes inscrites dans la catégorie des agriculteurs exploitants, lesquels doivent assumer des tâches relevant de la gestion d'entreprise en plus de celles spécifiques au travail de la terre ou à l'élevage. De plus, certaines agricultures, historiquement détenues par la bourgeoisie et spécialisées dans les produits de luxe, sont marquées par de fortes disparités socio-économiques [Laferté, 2014]. Il en est ainsi pour la viticulture en Médoc, qui fait se côtoyer des ouvriers en situation de précarité et/ou de migration (espagnole et marocaine surtout) et de grands propriétaires de châteaux dont les vins bénéficient de renommées internationales. Le tableau présenté ci-dessous [Tableau 1] entend montrer les tendances socio-économiques telles qu'elles sont révélées par ce type d'études globalisantes, utilisées à des fins de planification et de gestion territoriale. On y lit que la population de plus de 15 ans est surtout composée d'une classe d'hommes ouvriers et de femmes employées, ce que la sociologie conviendrait d'appeler la classe la moins favorisée en raison de la hiérarchisation des CSP selon le niveau de formation et de salaire. Presque à égal effectif, la catégorie des retraités reste très importante, ce qui n'est pas sans laisser présager des déséquilibres démographiques.

Tableau 1: Population de 15 ans ou plus par sexe et catégorie socioprofessionnelle en 2012
Source : Insee

	Population de plus de 15 ans	Hommes de plus 15 ans	Femmes de plus de 15 ans
Agriculteurs exploitants	862	625	237
Artisans, commerçants, chefs entreprise	3296	2214	1082
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2968	1834	1134
Professions intermédiaires	7993	3961	4031
Employés	11608	2256	9352
Ouvriers	12008	9249	2758
Retraités	21413	10258	11156
Autres personnes sans activité professionnelle	8450	2884	5566
Ensemble	68599	33282	35316

Pour le Pays Médoc qui possède une lecture territorialisée plus précise de son économie, le secteur primaire (agriculture, viticulture, sylviculture) reste très important pour la majorité des communautés de communes, tandis le secteur des services marchands (commerces, restauration, hébergement), présent sur l'ensemble du territoire, est davantage représenté sur la côte atlantique touristique. Enfin l'emploi tertiaire, répandu sur l'ensemble du futur périmètre du PNR, demeure toutefois largement implanté autour de la ville de Lesparre-Médoc, pôle administratif et de services. Les vocations économiques des différentes communautés de communes sont largement corrélées à leur situation géographique qui divise le Médoc touristique à l'Ouest et le Médoc viticole à l'Est [Diagnostic PNR, 2008].

Afin de mieux comprendre comment se jouait localement les processus d'identification de la presqu'île médocaine, il est intéressant de se pencher sur la constitution du Pays Médoc car en tant qu'instance politique il a fait reconnaître la spécificité de son territoire auprès des autres échelons administratifs en liant le contexte local aux exigences nationales.

1.1.1.2. Le Médoc comme pays

La politique française d'aménagement du territoire en pays s'est inscrite en 1996 dans un cadre administratif ayant des exigences particulières en termes d'éligibilité et de missions de développement local. *Les mots de la Géographie* désignent le comme une petite contrée identifiable dans son paysage, « une unité de vie, d'action et de relation » [Brunet, 2005]. Pour le géographe Jean-Pierre Sylvestre, il est un espace qui conjugue à la fois des paysages naturels et l'aménagement du territoire au cours de l'histoire par les sociétés humaines. Si la notion de pays peut être datée de l'époque gallo-romaine où le pagus désignait l'occupation d'une communauté gauloise, la singularité des pays a surtout été façonnée par les sociétés paysannes, traduisant un certain mode de vie et un attachement au lieu.

Depuis une quarantaine d'années, les pouvoirs publics ont repris et utilisé la notion de pays pour qualifier certains espaces dans le cadre de leurs missions d'aménagement du territoire. Le groupe de chercheurs géographes Géoconfluences de Lyon propose une lecture chronologique de ce lexique [Encadré 1] : le pays a ainsi fait sa réapparition politique en 1975 dans le sens d'une reconsidération des espaces ruraux français sous l'impulsion de la DATAR (Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale). Cette instance interministérielle est créée en 1963 en réponse au besoin de coordination des actions régionales pour la « reconstruction » de la France [DATAR, 2003 :4]. Le pays comme entité politico-administrative devait permettre de freiner le déclin des zones rurales et d'y garantir la satisfaction des besoins des populations. La loi OADDT inscrit le développement durable dans les missions des Pays. Dans les années

2000, le nombre de pays formés poussent les géographes à parler du « retour des pays » après un relatif déclin, et à interroger cette tendance au prisme d'une représentation de l'identité sociale et culturelle nationale davantage territorialisée [Sylvestre, 2002] Après plusieurs modifications, le statut de pays a été abandonné en 2010.

Encadré 1: Les évolutions du pays comme instance politique et administrative

Source: glossaire du site internet pour les enseignants en géographie géoconfluences.ens-lyon.fr

1970 : Plans d'aménagement ruraux définis dans la Loi d'Orientation Foncière de 1967

1975 : La DATAR, dans le cadre des **Contrats de pays** (convention entre l'État et les collectivités locales pour développer les activités en milieu rural), définit le pays « comme un territoire regroupant plusieurs intercommunalités, le plus souvent à l'échelle d'un bassin d'emploi, rassemblant un pôle urbain et son arrière-pays rural ou bien constitué d'un réseau de petites villes et de centres bourgs, auquel la géographie, l'histoire, ou la vie économique donnent sa cohérence ».

-> Il s'agit « d'un territoire qui correspond à l'espace de vie de ses habitants pour leur résidence, leur travail, l'accès aux services et leurs pratiques de loisirs. Le pays tire sa légitimité du projet de développement durable, élaboré de manière collective par ses élus en association avec la société civile, et formalisé dans une "Charte de pays". ».

1982 : Loi Deferre sur la décentralisation du pouvoir en France.

1995 : La loi Pasqua est une loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement des Territoires (LOADT). Elle les définit en tant que "territoires caractérisés par une cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale".

1999 : La loi Voynet inscrit le développement durable dans les missions du Pays. Cette loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable des territoires (LOADDT) « fait du pays un véritable territoire de projet, fondé sur une volonté locale. (...)La politique d'aménagement se tourne résolument vers le développement local, tout en restant étroitement liée à l'Union Européenne. ».

-> Les lois de 1995 et 1999 consacrent « d'une part, l'élargissement des acteurs institutionnels en matière d'aménagement et de développement du territoire et, d'autre part, la procédure contractuelle qui ira dorénavant en se généralisant. Il s'agit d'un pas en avant décisif de l'État vers la reconnaissance des pouvoirs de représentation et de décision locaux en matière d'aménagement rural.

->La constitution d'une association de communes ou d'un Établissement public de coopération intercommunale (EPCI) est un préalable obligatoire. Trois thèmes d'action sont privilégiés : l'emploi, avec la création de zones industrielles, le sauvetage d'activités en difficulté et les acquisitions foncières pour aménager des zones d'activités ; les services et équipements collectifs publics ou privés ; le cadre de vie avec des opérations en direction du tourisme, de l'environnement, et de l'**habitat**. ».

2010 : La loi de réforme des collectivités territoriales remet en question le Pays, son périmètre étant souvent superposable à d'autres découpages administratifs comme l'intercommunalité ou la fusion de plusieurs intercommunalités. Cette loi a supprimé la possibilité de créer de nouveaux pays.

Membre de la DATAR, Pierre-Henri Paillet précisait en 1995 que les pays ne devaient pas être compris comme la fixation des espaces ruraux par rapport à la ville, ce qui sous-entend la potentialité ou l'existence de cette rupture :

« Il ne s'agit pas plus de dresser les campagnes contre les villes que d'opposer les pays aux départements, tellement c'est la complémentarité qui joue ici plutôt que la concurrence qui n'a pas lieu d'être » [DATAR, 2003 : 13].

En 1997, Jean-Louis Guigou, membre de la DATAR, semblait lui soucieux de resituer l'échelle des pays dans un contexte supra-national englobant, dont il fallait se préserver ou du moins s'adapter en renforçant (ou en créant) les ancrages locaux :

« Si la mondialisation s'impose à nous, la territorialisation ne dépend que de nous. » [DATAR, 2003 : 13].

La reconfiguration des territoires en pays s'inscrit donc dans une perspective de développement des territoires ruraux français, reconsidérés par rapport aux milieux urbains en tant que lieux de ressources potentielles, dans un contexte de mondialisation de l'économie au sein de laquelle il faut trouver sa place.

D'un point de vue plus microsociologique, se constituer en pays implique l'obligation pour les acteurs politiques locaux de s'unir et de rédiger une « Charte de territoire », c'est-à-dire de produire une pensée et une formalisation du lieu, de réaliser une réflexion sur lui en termes de cohérence géographique, économique, sociale et culturelle et de projets de développement local adapté au contexte global. C'est dans ce cadre que le Pays Médoc a vu le jour en 1996 et a publié sa Charte en 2003, sous la forme d'un diagnostic local et de réflexions pour l'avenir du pays. Elle a permis de faire reconnaître au Conseil Régional d'Aquitaine l'« unité » géographique et culturelle du Médoc ainsi que ses spécificités socio-économiques en termes de logement, d'emploi, de santé, précarité. Elle décline les missions spécifiques qu'il se donne dans les domaines de l'agri-environnement, le tourisme, la santé, la solidarité, dans l'aménagement et le développement économique. Considérant que le territoire est un lieu « à la fois objectivement organisé et culturellement inventé. » [Bourgeot, 1991 :704], il sera nécessaire d'appréhender le contenu de cette Charte en fonction des raisons qui ont motivé sa rédaction¹⁵, et non pas comme une source de données dénuée d'intention. Si cette charte mobilise la plupart des informations statistiques évoquées précédemment et

¹⁵ Contrairement à d'autres travaux sur le Médoc qui ont basé leur réflexion sur la Charte de territoire sans effectuer ce travail de mise en contexte, tels que le mémoire de Cécile Migliore, intitulé « Les enjeux du développement durable en Médoc » rédigé en 2009 dans le cadre de son cursus à l'IEP de Bordeaux et cité par Christian Coulon dans son dernier ouvrage [Coulon, 2015].

projette des axes stratégiques de développement, nous verrons plus loin qu'elle mobilise également un ensemble d'images sociales et de représentations du territoire liées à l'omniprésence de la nature et au mode de vie rural des médocains. Ces images sont également celles qui ont été mobilisées lors de l'élaboration du projet de Parc Naturel Régional.

Les Parcs Naturels Régionaux sont des territoires protégés et habités, majoritairement situés dans des zones dites fragiles et à haute valeur environnementale. Ils ont une double vocation : la protection et le développement économique « durable » [Encadré 2]. En Médoc, le Pays a amorcé en 2008 une réflexion sur sa potentielle évolution en Parc Naturel Régional, renforcée par le constat de la disparition des Pays deux ans plus tard. Ce projet a été soutenu par Alain Rousset¹⁶, président du Conseil Régional d'Aquitaine qui a montré durant son mandat un intérêt particulier en faveur du Développement Durable et de la préservation de l'environnement dans la région : dans son discours du 28 janvier 2008, il affirme que « nous avons désormais dépassé le stade de la sensibilisation et de l'apprentissage pour entrer dans celui des mutations. Notre attachement au développement durable doit nous permettre de préserver la capacité de choix des générations futures tout en procurant une meilleure qualité de vie aux citoyens du présent ».

Encadré 2: La notion de Parc Naturel Régional en France

Source: glossaire du site internet pour les enseignants en géographie geoconfluences.ens-lyon.fr

La loi de 1960 sur les Parcs naturels nationaux proposait la reconnaissance de zones naturelles à la fois fragiles et remarquables et y instituait une mission de protection. La notion de Parc Naturel Régional apparaît plus tard, s'inscrivant dans des enjeux plus contemporains, notamment ceux relatifs à l'instauration de la dimension de « développement durable » des territoires.

Ainsi, les Parcs Naturels Régionaux (PNR) ont d'abord été « régis par décrets (1967, 1988) mais les lois de décentralisation, puis la loi du 8 janvier 1993 sur la protection et la mise en valeur des paysages, leur ont donné une base législative. Elle pose le principe que, sur le territoire d'un PNR, "les documents d'urbanisme doivent être compatibles avec les orientations et les mesures de la charte" des parcs qui concourent "à la politique de protection de l'environnement, d'aménagement du territoire, de développement économique et social et d'éducation et de formation du public" »

¹⁶Voir par exemple l'article du quotidien régional Sud-Ouest du 18 janvier 2008, intitulé « Un parc naturel régional pour l'avenir du Médoc » dans lequel Alain Rousset est décrit comme « un champion du développement durable en lançant cette idée de parc naturel pour concilier économie productive et économie résidentielle ».

En mars 2006, la loi relative aux Parcs nationaux, aux Parcs naturels marins et aux Parcs naturels régionaux introduit une nouvelle dynamique conjuguant la conservation de la nature et l'implication des populations locales.

Les PNR deviennent alors « des territoires de projet et d'aménagement beaucoup plus que de protection, dotés d'une charte constitutive adoptée par décret, qui en fixe les limites spatiales, en détermine les objectifs, les programmes d'équipements, les mesures à adopter, les règles de fonctionnement et de gestion.

Les PNR peuvent être créés à l'initiative des communes, des départements ou des régions. Leur agrément est valable dix ans, renouvelable mais aussi révoquant en cas de non-respect de la charte »

Le 08 juillet 2015, l'avant-projet de Charte du PNR Médoc et de son plan de parc a été validé par le comité syndical du Pays Médoc, amorçant peu à peu la transition entre deux instances productrices d'identification pour la presqu'île. La lecture du projet de PNR donne à voir un long diagnostic géologique, topographique, paysager et écologique de son futur périmètre, ainsi que de nombreuses données sur les plans économique, social et sanitaire. Les propositions de développement local retenues sont déclinées selon quatre axes [Encadré 3] :

Encadré 3 : Préfiguration des axes de développement dans le projet de PNR en Médoc

Source : Dossier « Projet de création d'un PNR sur le Médoc, Etape de préfiguration », Pays Médoc, 2013

« Orientations en vue de la rédaction de la Charte du PNR médocain »

Axe 1 : Maintenir, restaurer et valoriser un patrimoine naturel et paysager de qualité

Axe 2 : Favoriser un développement économique et social durable

Axe 3 : Promouvoir la richesse culturelle, l'ouverture et l'identité médocaine

Axe 4 : Contribuer à l'organisation du territoire et à la cohésion spatiale

Si les champs de l'économie, du sanitaire et du social possèdent une grande place dans ce projet, ces champs sont intégrés à une démarche territoriale ancrée dans la question environnementale et la promotion d'une identité culturelle, configuration courante dans les projets de développement durable selon Sylvie Brunel [2010 : 48]. Alors que se généralise en France une tendance au « *retour à la nature* » pensé comme vertueux [Chanvalon, 2009 : 224], nous verrons dans ce chapitre que les médocains, qu'ils soient habitants ou responsables du développement local, se saisissent de cet engouement pour (se) construire une identité culturelle à la faveur de ces valeurs sociétales.

Poursuivant pour l'instant notre analyse des jeux d'identifications à l'œuvre dans le Médoc, nous allons maintenant nous pencher sur celles concernant le champ de la santé, du point de vue des instances politiques qui la planifie et l'organise en France et localement. Les institutions formant le squelette du système sanitaire français sont

productrices d'identités territoriales spécifiques. Nous allons nous concentrer sur trois d'entre elles : la première est une forme identitaire qui s'appuie sur les statistiques de l'état de santé de la population, la seconde renvoie à une organisation sanitaire locale particulière et la dernière à la question de la désertification médicale qui anime les débats politiques et caractérise certains espaces depuis une dizaine d'années.

1.1.2. Des formes identitaires spécifiques dans le champ de la santé

1.1.2.1.. État des lieux choisis de la population médocaine

Quelques indicateurs socio-économiques

La recherche MédocIresp s'intéressait surtout à la population de femmes considérées comme précaires et/ou migrantes par les professionnels de la santé et du social, démarche qui permettait d'observer comment ces caractéristiques étaient localement définies. Cette focale nous a incitées à examiner les interprétations en France de la pauvreté, de la précarité, de la mobilité et de la migration [Kotobi, Jacques, 2013]. Pour compléter la description du Médoc en tant qu'objet d'identifications institutionnelles multiples, je livre ici des éléments d'informations permettant de se saisir des descriptions du territoire effectuées au prisme de la vulnérabilité sociale (je laisse ici de côté le champ de la migration compte tenu de l'absence en France de statistiques ethniques sur lesquelles s'appuieraient de tels procédés d'identification).

Pour la sociologue Marianne Berthod-Wurmser [2012], la pauvreté rurale est ancienne en France, mais elle tend aujourd'hui à être renforcée par l'arrivée vers les campagnes de la côte méditerranéenne et atlantique, des urbains précaires menacés par le prix des logements.

On assisterait à une sorte d'exode urbain puisque désormais « les pauvres s'en vont aussi à la campagne » contrairement au mouvement massif d'exode rural qui avait caractérisé les années d'après-guerre. Depuis les années 1980, la décentralisation et la territorialisation de l'action publique ont permis une meilleure prise en compte administrative des campagnes tandis que de nouveaux flux migratoires donnaient le sentiment d'une renaissance rurale, ces deux mouvements ayant donné lieu à différents modes de développement local [Sencébé, 2009]. Le « retour à la terre » des post-soixante-huitards ont conduits des citadins à investir les campagnes et vallées montagneuses pour s'installer et réaliser de nouvelles expérimentations sociales ou simplement participer à la vie politique locale. Pour Nathalie Bonini, les néo-ruraux d'aujourd'hui non plus tout à fait les mêmes aspirations et prônent plutôt un mode de vie alternatif, voire contestataire [Bonini, 2012]. Pour autant, ils ne sont pas des « immigrés de l'utopie » comme les nommaient Danièle Hervieu et Bertrand Léger [1979]. En Gironde, Eric Chauvier travaille sur la métropolisation de Bordeaux dont il souligne lui aussi le départ des plus pauvres en périphérie, dans les zones nouvellement qualifiées de « péri-métropolitaines » représentant les zones rurales satellites de la CUB

[Chauvier, 2011]. Dans les zones où sont implantés des vignobles plus ou moins prestigieux, comme le Médoc, le Libournais et le Sud-Gironde, les personnes en situation de mobilité se trouvent contraintes d'aller occuper les espaces vacants, même si cela signifie s'éloigner davantage de la métropole [Péres, 2009]. En 2011, l'Insee a identifié un « couloir de pauvreté » au Nord de l'Aquitaine: on remarque que la pointe du Médoc est marquée par une forte proportion de personnes précaires bénéficiant d'un maximum de prestations sociales, tout comme les autres territoires en bordures nord, est et sud-ouest de la métropole bordelaise qui semble agir comme un repoussoir socio-économique [Annexe n°2– Carte n° 5].

A l'occasion d'un entretien avec la directrice d'un organisme bailleur social en 2011, j'ai pu apprendre que ce type d'institutions incitait leurs bénéficiaires à aller occuper les logements sociaux vacants en Médoc (entre autres espaces ruraux de la Gironde) car en ville, les demandes étaient de plus en plus difficiles à honorer, et les listes d'attentes toujours plus longues compte tenu de l'augmentation du prix des loyers. Sur le terrain médocain, nous avons rencontré de nombreux ménages qui s'étaient récemment installés en espérant une vie plus facile. Cependant en Médoc, il est aussi question d'un grand écart entre les habitations des grandes propriétés viticoles à l'est et les résidences secondaires à l'ouest, avec une proportion croissante de demandes de logements aux loyers modestes [Annexe n°2– Tableau n°3]. Le territoire n'est pas seulement attractif pour les vacanciers venus profiter des plages et de la gastronomie, mais aussi pour des individus désireux de s'y établir à l'année, pour des loyers plus modestes qu'en ville.

Les institutions locales, départementales et régionales font reconnaître une problématique sociale forte en Médoc en même temps qu'elles lui assignent une identité territoriale caractérisée par une population « dans le besoin », pauvre en comparaison avec les standards de vie, lesquels peuvent être matérialisés par l'éligibilité au Revenu de Solidarité Active (RSA) [Annexe n°2 - Carte n°6] et à la non-imposition sur les revenus jugés trop faibles [Annexe n°2- Carte n°7] . Les associations de solidarité présentes sur le territoire étaient d'ailleurs essentiellement tournées vers le caritatif via l'aide alimentaire et produisaient parfois des données territorialisées de leurs bénéficiaires, montrant une assez forte demande [Annexe n°2 – Carte n°8]. L'Observatoire Girondin de la pauvreté et de la précarité (OGPP) est également une importante instance de productions de données sur ces questions. Quelques autres associations locales oeuvraient à l'autonomisation des personnes les plus démunies par le biais de l'alphabétisation ou de l'aide à la gestion quotidienne de l'administratif et du juridique, notamment pour les populations migrantes. Une association débutait également une action de lutte contre les violences faites aux femmes, se confrontant notamment à la violence conjugale souvent taboue dans les petits villages où tout le monde se connaît.

Selon cette grille de lecture qui privilégie les données institutionnelles en lien avec les situations de pauvreté et de précarité, le Médoc apparaît comme un territoire abritant

une population relativement démunie en regard des déterminants sociaux usuels et des moyennes régionales et nationales. Bien que ces informations donnent une visibilité à des réalités sociales parfois difficiles, il demeure important de les considérer comme des indicateurs ne décrivant que partiellement les situations de vie des populations car ils ne rendent pas compte des (choix de) modes de vie plus sobres que la tendance consummatrice générale, des possibilités de « débrouille » et d'échanges de services, ni des réseaux d'entraide et de solidarité. Les appartenances individuelles peuvent ainsi contraster avec les identifications institutionnelles du territoire et de sa population, ces deux aspects de l'identité gagnant à être documentés puis articulés entre eux car ils ne rendent pas compte des mêmes réalités ou alors sous des angles de vue parfois très éloignés.

Quelques indicateurs de santé

Dans le champ de la santé, les procédés d'identification de « l'état de santé des populations » passe par une série d'indicateurs standardisés rendant notamment compte des taux de morbidité et de mortalité (générale ou selon les maladies et comportements à risques). En raison de la signature du Contrat Local de Santé (CLS) en décembre 2013 entre le Pays Médoc et l'Agence Régionale de Santé Aquitaine notamment, ce dernier a commandité un diagnostic de l'état de santé du pays médocain à l'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine (ORSA - association loi 1901) [ORSA, 2014]. Ce rapport affirme que, « toute chose étant égale par ailleurs », la population médocaine meurt en moyenne davantage des maladies et des causes répertoriées que la population française prise comme référence [Annexe n°2 – Tableau n°4]. Ce type d'interprétation fait l'objet d'une vive critique de la part du sociologue Pierre Aïach qui étudie la façon dont sont construits les indicateurs et les discours portant sur les inégalités sociales de santé, devenues un incontournable des politiques de prévention [Aïach, 2000, 2010]. Il dénonce en effet qu'une diminution générale des taux de morbidité et de mortalité est rarement synonyme d'une homogénéisation du niveau de santé de tous les individus d'une société : les inégalités sociales structurelles se répercutent dans le domaine de la santé sous la forme des inégalités sociales de santé dont la lutte préventive, menée de façon généralisée auprès de tous sans distinction spécifique, ne connaît une réception et un effet positif qu'auprès des classes sociales déjà favorisées.

Je restitue ici quelques éléments statistiques concernant la santé reproductive et génésique des femmes dans le Médoc, recueillies par l'équipe MédocIresp et synthétisées par son équipe de stagiaires composée d'étudiantes de Master 1 de l'Institut de Santé Publique et de Développement (Isped). Compte tenu de la mise en garde de Pierre Aïach, il ne s'agit pas de considérer ces résultats comme une restitution du réel mais bien comme des données de terrain qui servent de supports à des procédés d'identifications institutionnelles particuliers (administratif, politique...).

La déclaration des grossesses auprès de la Caisse d'Allocations Familiale étant obligatoire en France, les données recueillies traitent d'une proportion de 61,6 grossesses déclarées pour 1000 femmes en Médoc durant l'année 2011, les parturientes étant principalement âgées de 20 à 39 ans [Annexe n°3- Tableau n°5]. Par définition, ces données ne disent rien des grossesses non déclarées ou suivies que temporairement sur le territoire (médocain ou national) dans le cas de situations de mobilité et de migration.

Les statistiques effectuées obligatoirement par les établissements de santé fournissent des données difficilement utilisables pour la description de leurs activités de soins car les indicateurs utilisés servent plutôt à leur gestion comptable (difficile de savoir si derrière l'enregistrement d'un « acte chirurgical » se cache une intervention en gastro-entérologie ou en gynécologie par exemple). Les accouchements sont répertoriés selon le recours ou non à une césarienne (ce qui ajoute ou non un acte de soin tarifé). Notons juste que dans l'unique service de maternité du Médoc, le nombre d'accouchements a chuté entre 2009 et 2011 [Annexe n°3-Tableau n°6], ce qui a d'ailleurs posé la question de la fermeture de ce service jugé peu rentable [Kotobi, Jacques, et al, 2013]. Ces données ne renseignent que partiellement le nombre de naissances d'enfants médocains : notre ethnographie montre en effet que certaines femmes préfèrent ou sont contraintes d'accoucher dans une maternité de niveau plus élevé, tandis qu'une minorité choisissent d'accoucher à domicile.

Les Interruptions Volontaires de Grossesse, étant très encadrées par la loi française et remboursées par la Sécurité Sociale, font l'objet de comptages précis. Le tableau en annexe [Annexe n°3-Tableau n°7] permet d'observer la répartition des prises en charge en 2008 par selon les départements aquitains (3 308 en Gironde sur 7252 au total, Bordeaux centralisant une grande partie des prises en charges régionales [Lemonnier, 2010]) et l'âge des femmes, critère là aussi très surveillé par les professionnels de santé. Ces données permettent une vision approximative du nombre de femmes recourant à l'IVG, mais ne comptabilisent pas les IVG effectuées à l'étranger par des femmes aquitaines dont l'avancée de la grossesse dépassait le délai légal ou celles qui sont récemment réalisées en ambulatoire par les médecins de ville conventionnés pour cette pratique.

Les données sur la situation socio-économique ou sur l'état de santé d'une population telle que celle du Médoc mettent en lumière des aspects très généraux et orientés, analytiquement mais aussi idéologiquement, de l'identité médocaine vue sous l'angle d'institutions spécifiques. Elles servent à la planification et à la gestion administrative et politique du territoire selon des axes de réflexion souvent définis selon une approche *top-to-down*, laissant peu de place aux vécus et aux expériences de vie et de santé des individus. Dans le domaine de la santé des femmes, les données concernant l'état de santé et la consommation de soin sont intéressantes à observer : certains domaines sont largement investis par la prévention et par les prises en charge médicalisées, comme la

grossesse, l'accouchement, la contraception, les cancers gynécologiques, les infections sexuellement transmissibles, ce qui se traduit par la mise en place de modes de recueil standardisés des actes de soins les concernant. Les autres maux, lorsqu'ils font l'objet de recours à des soins biomédicaux, ne sont pas enregistrés spécifiquement, ce qui conduit ou prolonge l'invisibilité sociale dont ils font l'objet [Kotobi, Lemonnier, 2016]. Ces logiques sélectives répondent, entre autres choses, aux besoins du système de santé tel qu'il est organisé en France, dont les grandes orientations politiques sont décidées au niveau national pour l'ensemble de la population avant d'être adaptées et mises en œuvre localement par des instances territorialisées d'opérationnalisation.

1.1.2.2. L'organisation de la santé et du social en Médoc

Le système de santé français : des politiques nationales, une mise en œuvre régionalisée

Par système de santé, l'OMS entend « l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, privé, traditionnel et informel. Ils remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. » [OMS: définition en ligne]. En France, le système de santé officiel est principalement composé de cinq types d'acteurs : les offreurs de soins, les producteurs de biens et services en santé, les institutions publiques en charge de la santé, les financeurs et les bénéficiaires du système. Le premier est composé des offreurs de soins, c'est-à-dire des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, des établissements de santé et médico-sociaux, des réseaux de santé pluridisciplinaires ainsi que des services de prévention. De nombreux métiers et professions composent ce groupe d'acteurs soumis à une législation stricte quant au droit des usagers mais aussi protégé par certaines lois dont la plus connue demeure celle qui assure, depuis le 30 novembre 1892, le monopole des médecins quant à la pratique de la médecine [Encadré 4] :

Encadré 4: Extrait de l'article L.4111-1 du code de la santé publique relatif à l'exercice de la médecine en France

« Conformément à l'article L.4111-1 du code de la santé publique, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

1. titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4131-1 ;
2. de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de la communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'un pays lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie ;

3. inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, cette dernière condition étant notamment subordonnée à la réalisation des deux premières. »¹⁷

Le second groupe d'acteurs est constitué des producteurs de biens et services en santé, notamment représentés par l'industrie pharmaceutique pourvoyeuse de médicaments. De leur côté, les institutions publiques en charge de la santé agissent selon différentes missions : elles peuvent planifier l'application des politiques de santé aux niveaux national, régional et départemental, conseiller et assurer veilles ou évaluations, ou enfin contrôler et orienter les politiques de santé via le pouvoir législatif. Les financeurs du système de santé sont les assurances maladies obligatoires et complémentaires ainsi que les individus eux-mêmes pour une part des soins. Enfin, les bénéficiaires du système y sont parfois représentés par l'intermédiaire des associations de patients.

Le système de santé est caractérisé par ces multiples acteurs et domaines d'interventions [Annexe n°4– Figure n°6]. Ce pluralisme médical devrait permettre de favoriser l'accessibilité aux soins du fait d'une pluralité des approches soignantes ainsi que d'une capacité à répondre à des demandes variées, mais il semble souvent difficile à appréhender dans ses contours et son fonctionnement par les usagers.

En quelques mots, précisons que l'État demeure le pilote de cette organisation sanitaire déconcentrée et territorialisée, et que l'échelon régional est devenu un maillon essentiel depuis la réforme du système de santé instituée en 2009 par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (loi HPST). Cette loi a fait naître les Agences Régionales de santé (ARS) qui ont pour mission d'assurer « le pilotage de la politique de santé publique en région » et « la régulation de l'offre de soin », l'échelle régionale étant pensée comme plus cohérente et efficace en vue de mieux « répondre aux besoins des patients »¹⁸. Pour le cas du Médoc, l'instance régionale mobilisée est l'ARS Aquitaine ; cette donnée étant vouée à modification du fait de la refonte des régions en France prévue à l'orée de l'année 2016 (fusion de l'Aquitaine, du Limousin et du Poitou-Charente).

La mise en place des ARS par la loi HPST en 2009 avait pour but de pouvoir mieux piloter les politiques nationales de santé en les adaptant aux territoires régionaux, au plus près des besoins des populations locales. Dans ce contexte, il a été confié aux ARS le soin d'identifier des « bassins de vie » au niveau infra-départemental, définis comme les plus petits territoires au sein desquels les populations ont accès à la fois à l'emploi et aux équipements de la vie courante. Un découpage infra supplémentaire distingue les territoires de proximité [Annexe n°4-Carte n°10]. Le Médoc est ainsi considéré comme un territoire de proximité au sein de celui de la santé de la Gironde. Ce territoire de

¹⁷Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2008, « Conditions d'exercice de la médecine en France », site: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditionslegalessex.pdf> consulté le 16/10/11

¹⁸<http://www.ars.sante.fr/Deux-grandes-missions.89789.0.html> consulté le 22/01/2015

proximité « Médoc » suit les délimitations réalisées par l'Insee pour l'arrondissement de Lesparre-Médoc et circonscrivent aussi le pays Médoc.

Les ARS s'appuient sur ces découpages pour adapter et mettre en œuvre leur politique d'organisation des soins en vue d'une meilleure accessibilité territoriale à des soins adaptés aux besoins locaux. Leurs constats et axes stratégiques font l'objet des Projets Régionaux de Santé (PRS), au sein desquels les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) demeurent des dispositifs importants de la territorialisation du système de santé et de la lutte contre la désertification médicale, point sur lequel nous reviendrons plus longuement. Le 1er mars 2012, l'ARS Aquitaine a rendu public son PRS pour 2012-2016. Il se présente comme « une feuille de route pour la politique de santé en Aquitaine » et préconise le « décloisonnement entre les secteurs hospitalier, médico-social, la médecine de ville et les acteurs de la prévention », dans un contexte où « le diagnostic de l'état de santé des Aquitains et de l'offre de santé dans la région positionne l'Aquitaine dans une situation plutôt favorable au regard des autres régions tant en matière d'état de santé de la population que d'équipements en santé et de démographie médicale ». Ce constat observé sur les 117 « bassins de vie » qui composent la zone d'action de l'ARS Aquitaine (autre découpage utilisé dans l'opérationnalisation des politiques de santé) est cependant nuancé : l'agence fait état d'une population vieillissante, d'inégalités socio-économiques, d'inégalités territoriales d'implantation des structures hospitalières et médico-sociales et d'écarts de densité de professionnels libéraux entre zones urbaines et rurales [ARS Aquitaine, 2012].

Les Conseils Régionaux possèdent eux aussi un rôle important dans l'organisation du système de santé français : en effet, « parmi les nombreuses prérogatives des Conseils Régionaux, définies par la loi de décentralisation du 2 mars 1982, figurent le développement économique et social mais aussi sanitaire de leur territoire (art. 59) » [Kotobi, Jacques, 2013, 21]. Les Conseils Généraux, à l'échelle départementale (devenues Agences départementales en 2014), ou les intercommunalités peuvent aussi ponctuellement ou régulièrement mener des missions de santé selon leurs possibilités et leur volontés spécifiques. Dans le cas du Médoc, le Conseil Général de la Gironde et le syndicat mixte Pays Médoc participent à la mise en œuvre de certains aspects des politiques de santé définies au niveau de l'État. Notons que celles-ci visent principalement à assurer le droit à la santé pour tous, notamment par la lutte contre les inégalités de santé et par un engagement soutenu pour garantir de l'information préventive et un accès minimum aux soins sans discrimination d'âge, de sexe, de catégorie socio-économique, de lieu de résidence. Ces politiques peuvent ainsi être pensées pour l'ensemble de la population ou pour certains groupes et certaines pathologies, dès lors qu'il est jugé nécessaire de spécialiser leur prévention ou leur prise en charge. Elles peuvent enfin concerner l'amélioration de la qualité des soins et leur évaluation dans les établissements de santé [Rayssiguier et al, 2012 : 337-338]. On comprend dès lors l'intérêt de la territorialisation envisagée par la loi HPST et le rôle de chaque échelon administratif dans l'identification des besoins et la mise en œuvre des

moyens disponibles pour y répondre. Nous verrons cependant que chacune des institutions impliquées est constituée de professionnels aux identités professionnelles particulières, est orientée selon des mandats spécifiques et possède souvent une culture propre guidant ses actions, ce qui n'est pas sans créer des jeux de concurrence entre les différents échelons du système.

Lors de notre enquête, le Conseil Général de la Gironde procédait par exemple à ses actions spécifiques en Médoc en suivant ses propres délimitations territoriales [Annexe n°4-Carte n°11], brouillant encore la compréhension de l'organisation du système de soin sur la presqu'île pour les usagers, souvent peu familiers avec l'empilement de découpages institutionnels ainsi produit et en constante évolution [Kotobi, 2013].

Nous reviendrons plus loin [Chapitre 3] sur l'offre de soin proposée par le CG 33 qui nous a beaucoup intéressées au cours de l'enquête collective pour son implication dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, notamment autour de l'éducation à la sexualité, de la planification familiale et de la protection maternelle et infantile (PMI) par le biais de ses trois Maisons Départementales de la Santé et de l'Insertion (dans chacun des trois secteurs d'interventions) où sont assurées des permanences et des consultations gratuites pour la plupart.

Précisons enfin qu'au niveau local, le syndicat mixte Pays Médoc s'est doté en 2008 d'une Plate-forme de Développement Sanitaire et Social afin d'impulser une dynamique territoriale concertée entre acteurs des champs sanitaire et social, ainsi que la création d'un espace de médiation entre le local et les échelons plus généraux du système de santé.

La Plateforme santé du Pays Médoc et le réseau SMS: coordonner la santé au niveau local

Projet intégré à la stratégie de développement du Pays Médoc, la Plateforme santé avait pour perspective lors de son lancement en 2008 une meilleure organisation de l'offre de soin de proximité et la mise en place de démarches de prévention en santé et de lutte contre l'exclusion. La démarche consistait ainsi à articuler les politiques publiques sanitaires et sociales (logiques descendantes) aux réalités du territoire médocain et de ses acteurs (logiques ascendantes), en présentant la Plateforme comme un centre de ressources et un espace de médiation¹⁹.

¹⁹Pays Médoc, *Stratégie de la Plateforme de Développement Sanitaire et Social*, <http://www.pays-medoc.com/pays-m%C3%A9doc-pratique/plateforme-de-d%C3%A9veloppement-sanitaire-et-social/la-strat%C3%A9gie/> consulté le 18/02/15

La Plateforme Santé et Social du Pays Médoc s'organise aujourd'hui en différentes missions qui reposent sur divers partenariats techniques et financiers, institutionnels ou associatifs. Elle assure premièrement une veille diagnostique de l'état de santé sur le territoire, en commanditant, centralisant et diffusant des enquêtes sur l'état de santé des médocains, comme celle menée en partenariat avec la « Ligue contre le cancer » qui montrait, se souvint la chargée de mission que nous avons rencontré, que « le dépistage du cancer du sein était peu suivi dans le Médoc ». Depuis 2010, la Plateforme est un partenaire privilégié pour l'ARS qui développe un projet sur la presqu'île, nommé « Groupement de coopération sanitaire » visant au maintien d'une offre de soin de qualité.

La plateforme mène également des projets auprès des habitants sur plusieurs thématiques, pensées comme répondant à leurs besoins ou leurs demandes. Des actions spécifiques sont ainsi mises en place à l'instar des causeries autour de la parentalité, des animations publiques pour promouvoir le dépistage du cancer, un atelier de santé itinérant sur « les droits des usagers de santé », un guide sur l'alimentation dans les foyers aux budgets restreints ou encore la promotion d'un « passeport santé » qui devait permettre de faciliter l'accès à une complémentaire santé.

Une dernière mission de la plateforme, appelée réseau SMS (Solidarité Médoc Santé), a pour vocation « d'améliorer l'accès au droit en santé », notamment pour les « publics fragilisés, sans distinction communautaire », c'est-à-dire par exemple pour la chargée de mission interrogée, pour ceux qui connaissent des « situations de précarité économique, affective, des difficultés psychologiques, les plus jeunes... ». L'animation et le pilotage du réseau vise à initier une démarche partenariale territoriale, transversale et pluridisciplinaire entre acteurs de la santé et du social du territoire, à « mutualiser les compétences » des professionnels et à leur permettre « d'échanger sur leurs pratiques » selon la chargée de mission dédiée à ce domaine. En 2008 aboutissait en effet un projet pluriannuel financé par l'ARS intitulé « Accès à la prévention et aux soins en Médoc » [Pays Médoc, 2009] qui avait permis un diagnostic local et l'impulsion de ce réseau. Ce dernier soutient les initiatives des professionnels et des bénévoles associatifs, notamment par des ateliers d'échanges, de travail et de formations thématiques. Après avoir encadré de nombreuses actions, le réseau a trouvé toute sa place en 2011 au sein du Projet de santé du territoire du Pays Médoc, projet qui réaffirmait l'engagement pris sur la question de la prévention et de l'accès aux soins et qui a contribué à l'élaboration concertée du Contrat local de santé (CLS), signé le 4 décembre 2013 avec l'ARS Aquitaine, entre autres partenaires en vue d'une action concertée concernant l'accès aux soins de la population de la presqu'île [Kotobi, Jacques, et al., 2013].

L'équipe de l'enquête MédocIresp a bénéficié d'un accueil facilité par les employés et responsables au sein de la Plateforme Santé, et plus particulièrement au sein du réseau dont les missions sur l'accès aux soins rejoignaient les axes d'intérêt de notre recherche. C'est également dans le cadre de ce réseau que notre équipe de recherche a été sollicitée

en février 2012 pour participer à un projet de « mise en place d'un groupe de travail autour de l'accès à la contraception chez les jeunes », projet qui sera détaillé dans le Chapitre 3 et qui a d'ores et déjà fait l'objet d'une parution dans *La santé en action* [Kotobi, 2013], revue nationale destinée aux professionnels du système de santé.

1.1.2.3. Le Médoc, un désert médical ?

La « désertification médicale » demeure une problématique importante et récurrente en Médoc, comme dans d'autres espaces aquitains ou français que les démographes de l'Insee disaient « ruraux » il n'y a quelques années. Il est intéressant de voir que cette question, et plus généralement celle de l'accès aux soins dont elle est l'une de ses corollaires, est construite comme un véritable cheval de bataille pour l'ensemble des échelons du système de santé. La loi HPST en 2009 puis la loi de santé en 2015 affirment pleinement le droit à la santé pour tous les citoyens du territoire français dont la garantie dépend d'un système de santé facilitant le recours aux soins d'un point de vue social, économique et géographique.

La France en alerte face à la désertification médicale

En 2008, soit deux ans avant le début de la recherche MédocIresp et de la réalisation de mon Master 2, la question du « risque de désertification médicale » dans certains territoires français devenait prioritaire pour la ministre de la santé de la jeunesse et des sports Roselyne Bachelot-Narquin : elle craignait que l'inégale répartition géographique des médecins en France conduise à de grandes difficultés d'accès à leurs services dans les territoires ruraux et péri-urbains, cette situation signifiant un échec de la mission de l'État à garantir le droit à la santé pour tous [Encadré 5].

Encadré 5 : Extrait du discours de la ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin sur la démographie médicale en 2008

Source : Ministère de la santé, Première synthèse nationale des États Généraux de l'Organisation de la Santé en 2008, en ligne

Paris, le vendredi 8 février 2008

« Ce jour est une première. Jamais jusqu'alors, un débat aussi large, ouvrant une réflexion aussi précise, sur notre système de soins n'avait eu dans notre pays l'occasion de se tenir. Ce grand mouvement de réflexion collectif procède d'une prise de conscience partagée, née d'un constat : nos concitoyens ont de plus en plus de mal à trouver un médecin, généraliste ou spécialiste, près de chez eux, alors qu'il n'y en a jamais eu autant en France. Cette situation est de nature à remettre en cause le droit à la santé, principe ancré dans notre Constitution.(...) »

Si nous ne réagissons pas collectivement sans tarder, alors la puissance publique risque bien de n'être plus en mesure de garantir l'égalité de l'accès aux soins. Derrière des statistiques nationales rassurantes et des ratios de médecins pour 100.000 habitants plutôt conformes aux moyennes constatées dans les pays

développés, se profile une réalité plus alarmante : près de 2,6 millions de personnes connaissent de sérieuses difficultés pour trouver un médecin. Ce constat doit nous interroger dans la mesure où nous sommes à un pic historique en termes de démographie médicale.

La situation, si nous ne faisons rien, ira en s'empirant, et de véritables déserts médicaux risquent de s'installer dans les zones rurales et périurbaines les moins favorisées. »

Ainsi, ce rapport ministériel des États Généraux de la Santé de 2008 souligne une nécessité d'action sur la démographie médicale et sur l'accès à la santé de tous les français, alors même que se prépare la loi de réorganisation du système de santé dite Hôpital, Patient Santé Territoire (HPST). En 2012, ce seront 3 axes et 12 engagements pour lutter contre les déserts médicaux qui seront définis au niveau national, dans le cadre de l'élaboration Du Pacte territoire santé, sur l'impulsion de la nouvelle Ministre de la Santé Marisol Touraine, également à l'origine de la nouvelle « loi de modernisation du système de santé », plus communément appelée Loi de Santé promulguée en avril 2015. Clôturant un cycle de débats au sein des ARS menés dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et adoptée par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015, la Loi de Santé affiche une volonté d'adapter le système de santé face à trois constats nationaux : le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et la persistance des inégalités d'accès à la santé. Notons que c'est dans ce dernier cadre qu'un décret relatif à la santé des femmes a été voté : il supprime l'obligation d'un délai de réflexion de 7 jours pour les femmes recourant à l'IVG. Cet axe de la Loi de Santé entend lutter en faveur d'un accès équitable aux soins pour tous les français et réaffirme en ce sens les enjeux du Pacte Territoire Santé élaboré en 2012 [Ministère de la Santé, 2015 : en ligne]. Enfin, un comité interministériel sur la question des « ruralités françaises » a eu lieu en mars 2015 pour repenser ces espaces à l'aune des mutations sociales, démographiques et économiques où l'accès aux services de droit public, dont la santé fait partie, n'est pas toujours assuré²⁰.

Pour son rapport sur l'accès à la santé en France en 2008, la Ministre Roselyne Bachelot avait conservé la définition de « zone sous médicalisée » élaborée par les Missions Régionales de Santé²¹ en août 2004, lors de l'adoption de la loi relative à l'Assurance maladie (loi n°2004-81), (devenues Agences Régionales de Santé en 2009) :

²⁰Voir sur le site du Ministère de la santé français : <http://www.gouvernement.fr/les-ruralites-avec-toute-la-diversite-des-paysages-des-metiers-des-traditions-sont-autant-de-chances>

²¹Les anciennes Missions Régionales de Santé ont fusionné avec d'autres instances en 2009 suite à la loi

« les zones sous médicalisées pour les médecins généralistes en croisant les deux critères suivants:

- une densité de médecins inférieure d'au moins 30% à la moyenne,
- un niveau d'activité des professionnels de santé supérieur d'au moins 30% à la moyenne.

Ainsi définies, ces zones prioritaires concernent aujourd'hui [en 2008] 1 600 médecins généralistes (3%) répartis sur 4 500 communes (12%) soit une population de 2, 6 millions d'habitants (4%) » [Ministère de la Santé, 2008].

Des critères complémentaires ont également été retenus par les Missions Régionales de Santé :

- « - du délai d'accès au médecin généraliste qui ne doit pas excéder 20 minutes;
- des difficultés particulières des territoires liées notamment à la part des personnes âgées de plus de 75 ans, dès lors que leur présence serait supérieure de 10% à la moyenne régionale ;
- des fragilités sociales plus globales des territoires, déterminées notamment par leur classement en zones de revitalisation rurale, zone franche urbaine ou zones de redynamisation urbaine. » [Ciss, Fnath, Unaf, 2011 : 7].

Dès 2006, dans une volonté de conscientisation et de coordination des acteurs de santé territoriaux sur la question de la désertification médicale, le Conseil Régional d'Aquitaine avait pourtant publié un guide méthodologique intitulé « Santé et Territoire en Aquitaine : Comment éviter la désertification médicale ? », basé sur l'étude de démographie médicale Coheo [Conseil Régional d'Aquitaine, 2006]. En préambule, il était expliqué que « bien que la densité médicale en Aquitaine soit plus élevée que la densité moyenne nationale, il existe des disparités infra-régionales. Si aucune action n'est menée aujourd'hui, c'est plus d'une centaine de cantons aquitains qui pourrait ne plus disposer de présence médicale et paramédicale » [Conseil Régional d'Aquitaine, 2006 :2]. Publié plusieurs années avant l'apparition de la loi HPST et du Pacte Territoire Santé, ce guide invitait déjà à la réalisation d'une « politique territoriale de santé » incitant la mise en place de conditions d'accueil favorables à l'installation de médecins, mais aussi infirmiers, kinésithérapeutes et dentistes prioritairement, qui ne souhaitent plus exercer « une médecine de campagne sacerdotale ».

La « densité médicale », termes souvent utilisés dans ces discours de politique sanitaire, peut être définie au sens de l'Insee qui l'utilise comme une catégorie opératoire représentant « le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes...) à la population d'un territoire donné. La densité médicale s'exprime en nombre de médecins (par exemple) pour 100 000 habitants²². » Le rapport du Sénat

HPST pour donner naissance aux Agences Régionales de Santé (ARS).

22 Voir sur le site de l'Insee : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/densite->

publié par Hervey Maurey en 2013 concernant les « déserts médicaux » rappelle que malgré un sentiment de pénurie de médecins, leur nombre en France est en hausse depuis plusieurs décennies : s'appuyant sur les chiffres de l'Irdes, il précise qu'ils étaient environ 100 000 en 1980 et 200 000 en 2013 notamment du fait de l'ouverture du numerus clausus fixant chaque année le nombre d'étudiants qui poursuivront leurs études médicales [Maurey, 2013]. La densité actuelle en médecine générale s'élève en France en 2015 à 133 praticiens environ pour 100 000 habitants. Un regard porté sur l'offre de santé spécifique aux femmes montre une proportion de moins de 4 gynécologues médicaux, de 8 gynécologues obstétricaux et de 28 sages-femmes pour 100 000 femmes [Cnom, 2015 : atlas médical en ligne]. Ces données insistent donc sur le fait que le nombre de professionnels de santé en France n'a jamais cessé d'augmenter.

Une répartition inégale des professionnels en France plus que d'un manque d'effectif

Si les Missions Régionales de Santé ont été en charge de définir les zones déficitaires, c'est bien que la question de la densité médicale tient moins du nombre de médecins ou de professionnels de santé mais d'une grande disparité de leur installation entre les régions, entre les départements et entre les territoires intra-départementaux. En effet, au regard de la carte élaborée par l'Ordre National des Médecins sur la base du registre RPPS²³, il apparaît que les zones urbaines et littorales semblent plus attractives pour les professionnels qui bénéficient en France du droit de libre installation [Annexe n°5 - Carte n°12]. En réponse à cet état de fait, il faut voir une évolution du statut du médecin d'aujourd'hui qui souhaite pouvoir jouir d'un certain équilibre entre vie professionnelle, privée et familiale, contrairement à l'ancienne figure du médecin de campagne menant une vie sacerdotale.

Dans le domaine de la santé des femmes et plus précisément de la santé sexuelle et reproductive (notion que je définirai et analyserai dans le Chapitre 3), la densité des médecins spécialisés pour les troubles gynécologiques ainsi que pour le suivi de grossesse et la prise en charge de l'accouchement paraissent eux-aussi obéir à cette inégale répartition géographique qui tend à créer des zones largement déficitaires notamment dans les campagnes du centre de la France [Annexe n°5- Cartes n°13 et n°14].

[medicale.htm](#), consulté le 05/04/11

23Le RPPS est le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé créée en 2009 après l'adoption de la loi HPST. Lien vers l'article de loi : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020234297&dateTexte=&categorieLien=id> consulté le 20/02/15

La densité médicale n'étant plus un indicateur suffisant pour mesurer les inégalités d'accès aux soins dues à l'implantation géographique des professionnels de santé, un autre indicateur est désormais disponible. Il s'agit du temps d'accès à des professionnels de santé depuis le domicile des patients. Une étude de la Drees en 2011 propose en effet de mesurer « l'accessibilité spatiale, au regard des distances et du temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital ». Selon l'étude, le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant puisque 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes, et à moins de 20 minutes pour « la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. (...) Les temps d'accès les plus longs aux soins de spécialistes libéraux concernent les régions rurales à faible densité de population. » [Drees 2011a]. La carte n° 15 de l'annexe n°5 permet de voir que la répartition actuelle des médecins généralistes permet à la majorité des français de consulter à 15 minutes de son domicile. Si ce résultat semble très positif, il est à nuancer car il ne rend pas compte de la disponibilité des médecins, souvent surchargés dans les zones rurales et n'acceptant pas toujours d'effectuer les permanences de garde. Les mêmes indicateurs montrent que la majorité des femmes accouchant en France semblent avoir accès à une maternité de premier niveau en moins de 45 minutes, comme c'est le cas dans le Médoc, mais se trouvent généralement éloignées des maternités plus équipées [Annexe n°5- Carte n° 16].

L'activité médicale est le deuxième critère retenu pour définir les « zones sous-médicalisées ». En effet, le dernier rapport d'information du Sénat sur les « déserts médicaux » rappelle que « le temps d'exercice médical effectivement disponible tend à se réduire » du fait notamment que les professionnels de santé, et les médecins en particulier, « aspirent à mieux concilier vie professionnelle et vie privée (...), raccourcissent la durée de leurs carrières [et sont de plus en plus confrontés à] une charge croissante des tâches administratives » [Maurey, 2013].

La densité de médecins et l'activité doivent donc être corrélées à la demande de soins de la population. En effet, la disponibilité effective des praticiens **conditionnent** l'accès aux soins :

« (...) selon les données de l'assurance maladie, alors que le délai d'attente pour consulter un médecin généraliste n'est en moyenne que de 4 jours, il est de 103 jours pour un ophtalmologiste, 51 jours pour un gynécologue et de 38 jours pour un dermatologue. Les délais d'attente maximum peuvent dépasser très largement ces moyennes » [Maurey, 2013].

Depuis mars 2012, la Drees propose un nouvel indicateur, « l'accessibilité potentielle localisée » qui, appliquée au cas des médecins généralistes, tient compte d'une part du « niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre », d'autre part « du taux de recours

différencié par âge des habitants pour mesurer la demande » tout en considérant la densité locale de médecins et la demande des communes environnantes. En 2010, « l'accessibilité potentielle localisée » était, en moyenne nationale, de 71 Equivalents Temps Plein de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, et inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants chez les 5 % de la population vivant dans les zones où l'accessibilité est la plus faible [Irdes, 2012].

Le Médoc déserté par les médecins ?

Nous l'avons vu, le périmètre du Médoc, lorsqu'il est reconnu, fait l'objet de nombreuses délimitations administratives et institutionnelles qui tendent à l'invisibiliser concernant la production de données statistiques localisées et compliquent la recherche de celles existantes et fiables. Dans le cadre de la recherche MédocIresp, l'équipe a effectué un travail de collecte auprès de différentes instances régionales de diffusion de l'information sanitaire, sociale et médico-sociale sur les différents territoires aquitains : l'association loi 1901 de l'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine (ORSa) constitue un acteur clé dans le traitement, l'analyse et la diffusion d'études fiables et actualisées. L'ARS Aquitaine et l'Assurance Maladie d'Aquitaine proposent également un outil commun de cartographie numérique et interactive, C@rtosanté, permettant de rendre compte de l'offre de soins sur le territoire. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins propose un atlas numérique et interactif de la démographie médicale. Enfin, le Conseil régional commandite et met également à disposition des rapports sur des sujets spécifiques comme l'offre et l'état de santé de la population dans les pays aquitains, l'Interruption Volontaire de Grossesse, la Périnatalité ou l'infection par le VIH-Sida pour ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive. Associées à la recherche Médoc Iresp, trois étudiantes de l'école de santé publique bordelaise (Isped) ont réalisé en mars 2013 une synthèse des éléments statistiques et cartographiques recueillis, illustrant l'état de santé et l'offre dans le Médoc et portant une attention particulière à la santé reproductive et génésique des femmes [Barul, Fadiga, Picot, 2013]. Toutefois, les données présentées sont purement descriptives, ne pouvant faire l'objet de comparaison entre elles du fait des multiples découpages territoriaux (région, département, pays, cantons, communautés de communes, « territoires de solidarité », urbain/rural) qui rendent difficile la lecture d'ensemble de la situation sanitaire en Médoc. M'appuyant sur le travail effectué et en l'actualisant, il s'agit ici d'observer les fondements statistiques permettant ou non de conclure à la désertification médicale en Médoc, situation qui nous intéresse en tant qu'aspect de l'identité du territoire qui entre en jeu dans les logiques de recours aux soins et plus largement, qui dessine une des spécificités du pluralisme thérapeutique sur la presqu'île.

En 2013, l'ensemble des quatre bassins de vie identifiés comme appartenant au pays médocain (hors les trois communes rattachées à la métropole bordelaise) comptait une densité de médecins généralistes, de gynécologues et de pédiatres en dessous des moyennes départementales de la Gironde et de celles de la région Aquitaine, ce qui de

ce point de vue confère au Médoc le statut de zone sous-médicalisée [Annexe n°5- Tableau n°8]. La présence des médecins spécialistes en Médoc est très faible et surtout localisée à Lesparre-Médoc, la sous-préfecture qui concentre la majorité des services du pays médocain dont l'unique clinique de la presqu'île, disposant d'une maternité et d'un service d'urgences. Les médecins généralistes demeurent mieux représentés et sont davantage installés côté estuaire ainsi qu'à la pointe de la presqu'île [Annexe n°5- Carte n°17].

Le territoire apparaît communément comme une partie de la Gironde où la couverture médicale en termes de structures et de professionnels de santé est faible avec une forte sous-médicalisation dans certaines communes. Ajoutons à cela une forte désaffection de l'exercice médical en milieu rural de manière générale en France et sur le territoire en particulier²⁴ celui-ci pouvant faire l'objet dans le département concerné, nous le verrons plus loin, d'une relative stigmatisation de la population liée notamment à la consommation d'alcool, aux déclarations de violences conjugales, au taux d'analphabétisme ou à la précarité. Ces lourdes conditions d'exercice qui rendent « le métier difficile » peuvent également se conjuguer à la surcharge de travail induite par la récupération de clientèle des médecins partis à la retraite, qui n'ont pas trouvé de remplaçants. Les généralistes libéraux sont en majeure partie des hommes (86%) dans le Médoc, malgré une féminisation récente, qui impacte également les nouvelles attentes des jeunes médecins en termes d'articulation entre le temps de travail et le temps personnel ou familial. Cette forte proportion d'homme est présente au niveau régional. En 2009, on trouve moins de cinq médecins généralistes libéraux pour 100 km² et un médecin sur deux est âgé de plus de 55 ans posant le problème du renouvellement de cette génération lorsque celle-ci atteindra l'âge de la retraite [ORSA, 2010]. La présence des infirmiers libéraux rehausse cependant l'offre de soins de premiers recours, avec une forte densité, et une moyenne d'âge plus jeune que celles des médecins généralistes : 28.2% des infirmiers ont plus de 55 ans tandis que 50 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans [ORSA, 2010]. Toutefois, les infirmiers libéraux se répartissent également dans le sud du Médoc et au niveau du littoral médocain, zones plus attractives et moins « enclavées » [Annexe n°5- Carte n°18].

Concernant les établissements de santé, la fiche de synthèse régionale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques signalait en 2011 que l'offre hospitalière est assez satisfaisante en Aquitaine, y compris en obstétrique [Drees, 2011b]. Le Médoc bénéficie des services d'une clinique à la sous-préfecture de Lesparre-Médoc qui héberge une maternité et des services d'urgences de statut public : comme le montraient les deux illustrations de la carte 15, il s'agit d'une maternité de premier niveau, disponible à 45 minutes maximum de route. En cas de complications, la

²⁴Voir par exemple l'article de M. Caurraze paru le 16 novembre 2012 dans *Le Journal du Médoc* (p4), intitulé « Il faut anticiper une pénurie de médecins généralistes à court terme ».

prise en charge des accouchements est déléguée à des services plus équipés mais situés plus loin (jusqu'à 2 heures de route) au niveau de la métropole bordelaise (les cas d'extrême urgence peuvent y être transportés en hélicoptère). Lors de notre enquête, la maternité du Médoc a été menacée de fermeture pour cause de sous-utilisation du service qui devenait dès lors trop coûteux. Des pétitions et manifestations ont eu lieu pour protester contre cette fermeture, finalement annulée pour limiter le temps d'accès des parturientes à un service d'obstétrique [Kotobi, Jacques, et al, 2013].

Le démographe, le statisticien, l'épidémiologiste, le médecin et le politicien ont chacun une vision du « désert médical ». A chacun de statuer sur le cas du Médoc en fonction du regard qui y est porté. Le Médoc peut-il être considéré comme une « zone sous médicalisée » ? Le manque de données statistiques infra-régionales rendues publiques ne permet pas de conclure en utilisant la définition donnée par l'Insee. Pour le Conseil Régional, il semblerait que la « désertification médicale » est une réalité dans les territoires ruraux aquitains, ce que la cartographie sanitaire régionale paraît corroborer.

Un plan d'action à plusieurs échelles

Le 13 décembre 2012, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a annoncé un plan national de lutte contre les « déserts médicaux », faisant de l'accès à des soins de qualité pour tous les Français sur l'ensemble du territoire une priorité politique. Ce plan prend la forme d'une série d'objectifs et d'engagements appelé « Pacte Territoire Santé » que chaque ARS doit signer et soutenir en tenant compte des spécificités socio-sanitaires régionales. En Aquitaine, il suit les grands axes ministériels tout en précisant des engagements spécifiques tant en termes qualitatifs (changement dans la formation des médecins, mise en place des maisons de santé, développement de la télémédecine par exemple) que quantitatifs (augmentation de la démographie médicale, dotation de bourses pour les étudiants en médecine, densité des maisons de santé) [Encadré 6]. Il est intéressant de noter que la formation et l'installation de praticiens en médecine générale constitue une orientation importante. La question de la densité des médecins spécialistes n'est quant à elle abordée que sous l'angle du développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) qui sont un nouveau moyen de lutte contre la désertification médicale consistant à fédérer les activités de divers professionnels de santé libéraux au sein d'un même lieu où ils peuvent mutualiser des ressources humaines et matérielles tout en profitant d'une dynamique d'équipe. Pour la population, les MSP permettent de concentrer l'offre de soin souvent dispersée en milieu rural.

Encadré 6 : Objectifs du Pacte Territoire Santé en Aquitaine

Source : ARS Aquitaine, URL : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Un-pacte-territoire-sante-pour.162299.199.html> consulté le 09/02/2014

<p>OBJECTIF 1 - CHANGER LA FORMATION ET FACILITER L'INSTALLATION DES JEUNES MEDECINS</p> <p>Engagement n°1 - Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants Engagement n°2 - 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017 Engagement n°3 - 200 médecins territoriaux de médecine générale dès 2013. Engagement n°4 - Un « référent installation » unique dans chaque région</p> <p>OBJECTIF 2 - TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTE</p> <p>Engagement n°5 - Développer le travail en équipe - En Aquitaine, 18 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont en fonctionnement et 40 en projet, - Mise en place d'une labellisation MSP-pôle de santé, - Création d'une fédération régionale des MSP.</p> <p>Engagement n°6 - Rapprocher les maisons de santé des universités - En Aquitaine, 2 chefs de clinique en médecine générale exercent en maisons de santé pluridisciplinaires. Un 3ème poste a été demandé.</p> <p>Engagement n°7 - Développer la télémédecine Engagement n°8 - Accélérer les transferts de compétences</p> <p>OBJECTIF 3 - INVESTIR DANS LES TERRITOIRES ISOLES</p> <p>Engagement n°9 - Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015 En Aquitaine, 5% de la population est située à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents.</p> <p>Engagement n°10 - Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires</p> <p>Engagement n°11 - Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire</p> <p>Engagement n°12 - Conforter les centres de santé - Identification dans le cadre de la concertation territoriale (révision du volet ambulatoire-SROS) par les DT des possibilités d'implantation des centres de santé, - Réflexion sur la possibilité de créer des centres de santé en zone urbaine sensible (ZUS) et/ou portés par un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) ou adossés à des hôpitaux de proximité dans certains territoires fragiles.</p>

Dans le cadre de sa mission de pilotage et de mise en œuvre des politiques de santé, l'ARS Aquitaine a publié pour 2012-2016 un Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS) qui semble traduire ses craintes quant à la « désertification médicale ». Conformément au Pacte Territoire Santé, le SROS actuel prévoit des politiques incitatives pour l'installation des médecins et des professionnels de santé dans les zones déficitaires : elles consistent en des avantages financiers et matériels mais aussi à une réflexion sur de nouveaux modes de rémunération ainsi qu'au regroupement des professionnels en pôles ou maisons de santé pluridisciplinaires, où compétences et ressources peuvent être mutualisées. Il faut noter que les petites communes rurales prennent parfois une partie de ces investissements à leur charge pour prévenir l'absence de médecin auprès de leur population. Enfin, le SROS propose une organisation « en filière des parcours de soins » positionnant ainsi en théorie le patient au centre du système de santé comme le prévoit la loi HPST (les études ethnographiques sur le sujet positionnent plutôt le patient comme celui qui doit faire le lien entre une organisation morcelée des soins [Aubin, Baszanger, Carrier, 2010]).

Les orientations prises par l'ARS Aquitaine en matière d'organisation régionale du système de santé « nécessitent de formaliser les relations entre les acteurs au travers d'outils de coopération territoriaux tels que les groupements de coopération sanitaire et les communautés hospitalières de territoire ou de coordination comme les contrats locaux de santé » [ARS Aquitaine, 2012]. C'est dans ce cadre qu'avait été signé le Contrat Local de Santé du Médoc (CLS-Médoc) en décembre 2013, formalisant la coordination dans l'amélioration de l'accès aux soins entre l'ARS Aquitaine, le Conseil Régional, le Conseil Général et le syndicat mixte Pays Médoc. A l'échelle du Pays Médoc, comme nous l'avons dit précédemment, ce contrat s'appuie sur les actions de la Plateforme de Santé et de son réseau SMS. Partenaire direct dans l'élaboration du projet de Parc Naturel Régional à venir, le Pays propose d'intégrer de façon innovante un axe santé-solidarité permettant de pérenniser leur Plateforme de Santé au sein de cette future entité territoriale, dans la mesure où les PNR doivent garantir les trois principes du développement durable (l'environnement, le social et l'économie). Il sera alors intéressant d'observer comment cette nouvelle facette de l'entité « Médoc », répondant à des logiques politiques, idéologiques et administratives particulières, influera sur l'organisation et la mise en œuvre des politiques de santé sur la presque île comme sur les dynamiques locales.

1.2. Images du Médoc, entre bien-vivre et archaïsme

Le fait que les individus vivent au sein de sociétés et y créent des liens d'appartenance implique qu'ils partagent, du moins en partie, une même compréhension du monde. Le géographe social Gui Di Méo explique que l'espace est une construction complexe où interviennent les sujets et leurs représentations [Di Meo, 1991]. L'espace existe au travers des représentations sociales qu'élaborent sur lui les individus qui y interagissent. Or, si les représentations sociales d'un espace constituent un ensemble de connaissances partagées par un groupe social, celles-ci participent aussi à y guider leurs comportements [Jodelet, 1994 :36] et à y définir une identité culturelle commune. D'où l'intérêt de saisir ici comment et autour de quelles images sociales [Avanza, Laferté, 2005] se constitue l'identité médocaine aujourd'hui.

1.2.1. Une identité culturelle tournée vers le bien-vivre

L'identité culturelle d'un territoire telle qu'elle est racontée par ses habitants est souvent faite d'images sociales et de représentations positives de l'endroit: le dernier ouvrage du politiste médocain Christian Coulon, intitulé *Médoc, Les valeurs du lieu* [2014], n'échappe pas à cette tentation de faire de chez soi un « meilleur des mondes » à préserver et (pourquoi pas) à partager. En Médoc la prédominance de la nature, bonne pour le corps, pour l'esprit, pour la gastronomie, pour sa distance perçue par rapport à l'urbain et à la modernité, est valorisée : vue comme un patrimoine omniprésent qui façonne des styles de vie plus traditionnels ou plus naturels, elle est aussi utilisée comme argument pour attirer un tourisme massif désireux de goûter au bien vivre tant

vanté de la presqu'île. Si nous allons maintenant nous pencher sur la construction sociale de ces images, il est important de se rappeler que malgré ses quelques spécificités (historiques et géographiques notamment), le Médoc s'inscrit plus largement dans la « culture du Sud-Ouest » de la France où le bien-vivre revendiqué serait en partie dû à la présence des grands espaces de plages et de forêts apportant un cadre de vie « sain », au bien-manger et à la convivialité des « autochtones ».

1.2.1.1. Une terre au milieu des eaux : contraintes géographiques et arguments touristiques

Généralement, on fait remonter l'histoire du Médoc aux *Medulli*, une communauté gauloise d'origine celte qui aurait donné leur nom à la presqu'île. Le sanglier-enseigne retrouvé sur la plage de l'Amélie au nord du Médoc en constitue un fier emblème, exposé au musée d'Archéologie de Soulac-sur-Mer et représenté sur les timbres postaux de la commune [Figure 1].

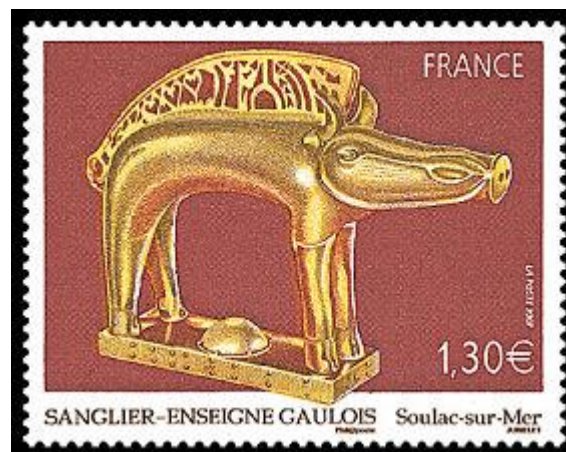


Figure 1 : Timbre postal édité à Soulac-sur-Mer représentant le sanglier-enseigne des *medulli*
Source : www.phil-ouest.com

Selon une étymologie approximative mais largement répandue, *medulli* signifie aussi *terres au milieu des eaux* [Thiney, 2013 : 29]. En vertu de sa situation géographique, le Médoc est souvent décrit comme une presqu'île longue d'une centaine de kilomètres, située entre estuaire de la Gironde et façade Atlantique. A l'instar du guide «*Médoc, destination presqu'île* » dont la couverture évoque un bout du monde éclairé par la lumière du phare de Cordouan, les brochures touristiques que j'ai pu collecter invitent le

voyageur à venir jouir de la quiétude d'un espace naturel et reculé, présenté comme propice à l'aventure²⁵.

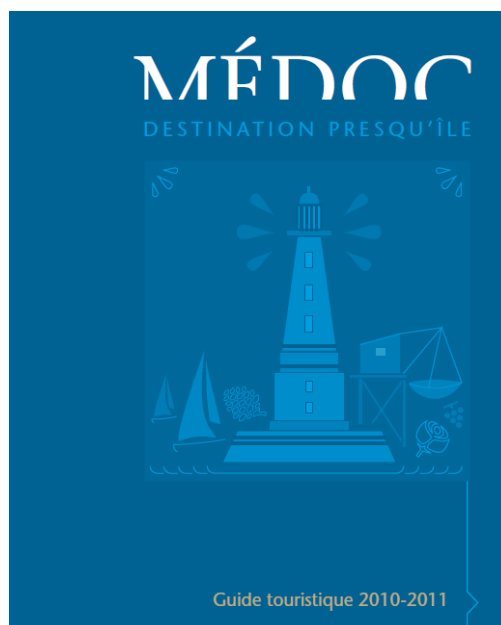


Figure 2 : Couverture du guide touristique « Médoc : destination presqu'île »
Source : Document collecté à l'Office du Tourisme de Pauillac, 2011

Le romancier Eric Holder a relaté son installation dans le Médoc dans un livre intitulé *De loin, on dirait une île*, invitant le lecteur à partager son expérience du sentiment d'insularité qu'il a ressenti à son arrivée [Holder, 2008]. « Le Médoc a toujours été perçu comme une « fin des terres », une sorte de lieu coupé du monde et de la civilisation » fait en effet remarquer Christian Coulon [Coulon, 2014 :39] S'il est pourtant bien raccordé au continent, sans présenter une topographie isthmique accentuée, les cartographies anciennes qui figurent dans l'ouvrage *Fascinant Médoc, Histoire d'un pays* de Marie-Josée Thiney [2013 (2003) : 6-28-76] laissent voir que des îles pré-existaient à cette langue de terre largement remodelée au cours du temps par les vents et marées.

Les paysages d'estuaires et de marais sont peu à peu devenus lacs et pinèdes, le reboisement ayant été la solution employée au XVIIIe siècle pour assécher les sols et

²⁵Le guide touristique « Médoc : destination presqu'île » a été publié en 2010-2011 par l'Union Touristique du Médoc du Syndicat mixte Pays Médoc. Il a été financé par les Communautés de communes du territoire. Voir : <http://fr.calameo.com/read/000001318bbe00ae195d3> consulté le 11/03/15. Sur le site internet de l'Office du Tourisme de la ville de Bordeaux, le Médoc est également présenté comme une presqu'île « qui propose une diversité de paysages où se côtoient vignobles, Landes, forêt de pins maritimes, marais et plages de sable fin. » <http://fr.bordeaux-tourisme.com/Decouvrir-Bordeaux/Bordeaux-et-alentours/Aux-alentours/Pauillac-et-le-vignoble-medocain> consulté le 11/03/15

fixer les dunes tout au long de la côte atlantique. A la suite des travaux engagés par l'ingénieur Nicolas Brémontier, l'ingénieur des Ponts et Chaussées Jules Chamberlent a systématisé la plantation de pins sur le territoire en 1856, créant artificiellement l'immense forêt des Landes de Gascogne [Thiney, 2013 :139], s'étendant aujourd'hui sur trois départements (la Gironde, Les Landes, le Lot-et-Garonne). Jules Chamberlent demeure localement une figure-clé de cette vaste politique de lutte contre l'ensablement des terres et l'avancée des eaux qui causaient et causent toujours de nombreux dégâts sur les constructions humaines. La basilique Notre Dame de la Fin des Terres à Soulac a été ensevelie sous le sable au cours du XVIIIe siècle [Association des Amis de la Basilique Notre-Dame de la Fin des Terres, 1993 :45], ce qui n'était pas pour rassurer les actuels habitants de la pointe médocaine qui ont vu l'Océan avancer d'une cinquantaine de mètres, engloutissant dunes et plages, durant les tempêtes de l'hiver 2013-2014 [Encadré 7].

Encadré 7 : Extraits de l'article du quotidien français Le Monde du 07 janvier 2014, intitulé « Derrière la tempête, la menace de l'érosion du littoral »

Source : <http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/01/07/derriere-la-tempete-la-menace-persistante-de-l-erosion->

Derrière la tempête, la menace de l'érosion du littoral

Le Monde.fr | 07.01.2014 à 12h20 • Mis à jour le 07.01.2014 à 15h07 |

Par Audrey Garric

Abonnez vous à partir de 1 € Réagir Classer Partager (512) Tweeter



La côte atlantique commence à souffler après les assauts de l'océan. Mardi 7 janvier en fin de matinée, Météo-France a levé la vigilance orange « vagues-submersion » sur les huit départements du littoral, tandis que la dépression à l'origine du phénomène s'éloignait vers le Nord.

A Soulac-sur-Mer (Gironde), une zone particulièrement fragile, l'océan a également gagné quatre mètres de dunes ces derniers jours, menaçant à terme quelques habitations dont un immeuble, Le Signal, désormais à 20 mètres à peine d'une falaise de sable, contre 200 m au moment de sa construction dans les années 1960. Un ballet de camions et de pelleuses est orchestré depuis la semaine dernière à marée basse pour tenter de protéger la résidence de l'écroulement.



La situation géographique particulière du Médoc en a longtemps fait un lieu de passage : l'époque médiévale y accueillait déjà les voyageurs, des pèlerins de Saint-Jacques de Compostelle sur le littoral atlantique aux marins qui débarquaient dans les petits ports de l'estuaire, quand ces derniers n'échouaient pas leurs bateaux sur les bancs de sable à la pointe de Grave, pris au piège par les pirates médocains qui leur donnaient volontairement de mauvaises indications. Pour les gens des terres, le Médoc pouvait aussi constituer un lieu de repli. Un illustre exemple, fièrement repris par les intellectuels locaux, est Etienne de la Boétie admis comme conseiller au Parlement de

Bordeaux en 1554 ; il venait profiter de la « solitude » et des bienfaits de la campagne « sauvage » avec son épouse Marguerite de Carles qui affectionnait la presqu'île médocaine [Coulon, 2014 : 18]. Mais il faudra attendre le XIXe siècle pour que débute véritablement le tourisme en Médoc.

Hérité du *Great tour* des jeunes aristocrates anglais du XVII^e siècle qui partaient découvrir l'Europe [Cousin, Réau, 2009 :7], le tourisme connaît un premier essor au XIX^e siècle avec le développement des transports ferroviaires qui permettent une mobilité de plaisir pour les classes sociales moyennes et populaires [Cousin, Réau, 2009 :12]. Celles-ci commencent à connaître « le temps libre » avec la mise en place des lois sur l'école (1833, 1850, 1881, 1882), sur la réduction du temps de travail des enfants (1841, 1874) puis des femmes et des hommes (1893, 1900, 1919) :

« ce temps libre est investi par des organisations politiques et religieuses qui proposent de nouvelles activités, dont le tourisme. (...). La politique des loisirs du Front populaire doit permettre le rattrapage des mouvements laïcs et ouvriers par rapport à la prédominance des catholiques dans l'encadrement de la jeunesse (...) [encouragements à la création d'associations de loisirs] (...). Les congés, en 1936, c'était d'abord ne pas aller à l'usine, rester chez soi, gérer ce temps nouveau dans le cadre et dans les formes de la sociabilité traditionnelle (...) Les excursions journalières de courtes distances se multiplient alors. » [Cousin, Réau, 2009 :77].

Après la Seconde Guerre mondiale, la troisième (1956) puis la quatrième semaine (1969) de congés payés, la hausse des pouvoirs d'achat et l'extension du salariat le nombre de vacanciers augmente tandis que s'industrialise le tourisme. La massification de l'accès aux vacances s'accompagne de la construction de la mobilité de loisirs comme une norme sociale. Entre 1951 et 1989, le taux de « départ en vacances » des Français passe de 31 % (soit 10 millions de Français) à 60,7 % (soit 33 millions de Français) [Saskia, Réau, 2011].

En 2014, l'Aquitaine figurait en cinquième place des destinations de vacances des français comme des étrangers, le plus souvent concentré sur le littoral, les stations de ski et les stations thermales, représentant 8.3% du PIB régional cette année-là [Comité Régional de Tourisme Aquitain, 2014 : 8]. Le tourisme demeure une activité stratégique pour l'économie et le développement local en Médoc comme le précisent la Charte de territoire du Pays et les axes choisis dans l'élaboration du projet de PNR, valorisant d'une part un tourisme balnéaire, voire un « tourisme-nature », et plus récemment d'autre part un « tourisme culturel » davantage tourné vers le patrimoine bâti et « l'art de vivre » (de boire et de manger) en Médoc.

1.2.2.2. Le tourisme balnéaire, les surfeurs et les naturistes en Médoc

La notion de station balnéaire est également héritée du XVII^e siècle britannique. Avec le développement des voies ferrées dans le Médoc au XIX^e siècle, les « trains du plaisir » ont permis aux bordelais et autres girondins de venir profiter du littoral atlantique. Arcachon et Biarritz demeurent les plus anciennes, offrant aux visiteurs les bienfaits des bains de mer en été et des cures thermales en hiver. Différentes stations ont été aménagées sur la côte médocaine, comme celles de Lacanau, Hourtin, Montalivet et Soulac-sur-Mer, aujourd'hui très fréquentées en période estivale [Encadré 8].

Encadré 8 : Baigneurs sur la plage océane de Lacanau en période estivale (2010)

Source : Article de J. Lestage paru dans le journal Sud-Ouest du 13/10/10, <http://www.sudouest.fr/2010/07/31/lacanau-a-tres-mal-a-sa-dune-150885-736.php>



Compte tenu de l'intérêt porté à la santé dans cette recherche, il est intéressant de remarquer que le tourisme balnéaire n'a d'abord pas été un tourisme de plaisir mais un tourisme de cure :

« À partir de 1750, la mode est à la mélancolie. Les médecins et les hygiénistes recommandent les bains pour lutter contre les maladies, alors que le voyage apparaît comme un remède à l'angoisse [Rauch,1996]. Contre l'immoralité de la ville, les bains, puis l'air des rivages paraissent des remèdes pour le corps et l'esprit » [Cousin, Réau, 2009 :9].

Puis, de la seconde moitié du XIXe siècle à l'entre-deux-guerres, la pudeur diminue, les maillots de bain deviennent plus courts, le soleil devient un plaisir et le teint hâlé n'est plus la marque du travail aux champs mais bien le témoin distinctif d'un séjour à la plage [Cousin, Réau, 2009 :11]. Le « week-end 1900 » à Soulac-sur-mer est un événement estival annuel qui ravive la mémoire de ce tourisme balnéaire du début du XXe siècle : commerçants et badauds revêtent costumes et maillots de bain d'époque pendant deux jours, se promènent en calèche et en vieux train pour venir assister à des animations mettant en scène baigneurs et baigneuses dans la ville et sur la plage décorées façon Art nouveau [Encadré 9].

Encadré 9 : Le week-end estival de « Soulac 1900 », son affiche en 2009 et des participants déguisés en 2011



Source : Association Soulac 1900



Source : Photo Archives Maguy Caporal, 2011

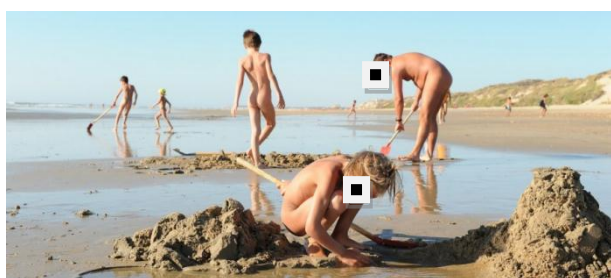
Les nombreux guides touristiques du Médoc vantent la mer et ses pratiques. Deux figures de cette pratique balnéaire ont retenu mon attention car elles font l'objet de représentations sociales souvent stéréotypées, en lien avec le « bien-vivre » et le « bien-être » procurés par l'environnement offert par la presqu'île; il s'agit du naturiste et du surfeur, personnages dont les pratiques particulières les mèneraient à une communion intime avec la nature.

Le Centre hélio-marin (CHM) de Montalivet serait le premier centre naturiste ouvert en Europe. Inauguré en 1950, il étend ses habitations estivales et chemins de balades sur 175 hectares de pinède et trois kilomètres de côte atlantique. Non loin de ce site historique pour les naturistes, le camp d'Euronat est le plus grand centre naturiste d'Europe : il a ouvert 25 années plus tard que son voisin et fait bénéficier à ses clients de 335 hectares de forêt en bord de plage [Encadré 10].

Encadré 10: Naturistes au camp d'Euronat

Source : Extraits du site d'Euronat

<http://www.euronat.fr/fr/>



L'alliance de la lumière solaire (hélio) et des bienfaits de l'Océan (marin) attirent encore chaque année des milliers d'adeptes de la philosophie naturiste. Le terme « naturiste » d'ailleurs est préféré à celui de « nudiste » pour signifier le rapport privilégié à la nature et éviter l'association d'idée avec le nu voyeuriste. Comme on peut le lire sur le site internet du CHM, le naturisme est considéré comme « un art de vivre en harmonie avec la nature », un « remède au stress urbain », un moyen « d'être libre » en apprenant le respect de soi et des autres ainsi qu'un moyen de « gommer les différences sociales » par la nudité²⁶. La pratique du nudisme, en vogue dans les années 1970, décline quelque peu, comme paraissent le signaler les panneaux rappelant aux résidents leur nécessaire nudité sur le site. J'ai pu observer des panneaux similaires dans

²⁶Voir plus amplement sur la page historique du site internet du CHM : <http://www.chm-montalivet.com/d%C3%A9shabillez-vous/le-respect-de-la-nudit%C3%A9> consulté le 31/10/2014

le camping voisin d'Euronat où résidait Jeanne une femme cinquantenaire rencontrée à l'occasion de l'enquête collective [Encadré 10]. Son mari était propriétaire d'un chalet et semblait moins alarmiste : si certains puristes se plaignaient des recrudescences de personnes « textiles », créant la gêne chez les naturistes, ces derniers demeuraient largement majoritaires dans l'enceinte du camping.

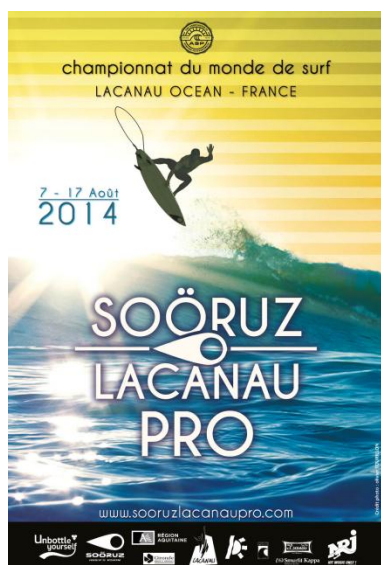
Non loin de là, sur la plage, j'ai passé de longs moments à observer la danse des surfeurs et surfeuses sur des vagues parfois violentes et hostiles. Anne-Sophie Sayeux a enquêté sur les pratiques du surf sur la côte basque et montre à la fois la difficulté de la pratique et les codes sociaux qui la régissent [Sayeux, 2010]. Pour ceux que j'ai rencontrés, ce sport engageait un style de vie en lien avec la nature et le culte du corps. Plusieurs jeunes femmes enquêtées étaient surfeuses et voyaient dans cette pratique la possibilité de faire du sport et d'entretenir leurs corps tout en profitant des bienfaits physiologiques et énergétiques de l'Océan et en éprouvant leurs limites face aux éléments naturels. Ce sport nécessite une bonne condition physique, renforcée par d'autres pratiques sportives et parfois des régimes alimentaires particuliers, et permettrait l'accès à des formes de méditations sur soi et sur le monde.

De même qu'Anne-Sophie Sayeux parle d'une véritable « mythologie de la glisse », où le surfeur fait à la fois preuve d'héroïsme et d'érotisme sur les plages [2010], l'ethnologue Adolphe Maillot explique qu'il existe une véritable mythification du *surf-way-of-life* :

« le surf-way-of-life se présente comme un style de vie hédoniste animé par des idéaux de liberté, d'aventure et de retour à la nature, privilégiant une relation directe avec l'Océan et une ouverture au monde par le biais des voyages. Il s'oppose – en théorie – à l'idéologie capitaliste portée par l'« american way of life », et à une certaine rigidité morale. » [Maillot, 2010].

La station balnéaire de Lacanau est connue dans le milieu des sports de glisse pour accueillir le *Lacanau Pro* chaque été depuis 1979. Il s'agit d'une étape de qualifications aux championnats du monde pour les professionnels, ce qui ne manque pas d'inspirer les amateurs qui profitent des nombreuses écoles de surf implantées l'été sur la côte [Encadré 11].

Encadré 11: Le Sooruz Lacanau Pro, une compétition de surf de renommée internationale depuis 36 ans.



Source : Site du Sooruz Lacanau Pro, 2014



Source : Didier Laé, 2012

<http://www.fotocommunity.fr/pc/pc/display/29561014>



Source : Hebdo Médoc, 2015

Les bains de mer et de soleil, la pêche à pied ou en bateau, les sports de glisse, la possibilité de vivre nu tel un Robinson Crusoé participent d'une identité culturelle médocaine construite autour des valeurs du « naturel » et plus récemment autour des enjeux du développement durable. Une autre forme de tourisme, dit « culturel » émerge également depuis quelques années sur la presqu'île et vante l'authenticité de l' « art de vivre médocain ».

1.2.2.3. La valorisation de l'art de vivre au « naturel » en médoc: vers un tourisme « culturel »

Récemment, il apparaît que les perspectives de développement du tourisme en Médoc s'inscrivent dans les approches du tourisme dit « culturel » au sens où l'entend Saskia Cousin dans sa thèse intitulée *L'identité au miroir du tourisme. Usages et enjeux des politiques de tourisme culturel* [2003] :

« Le tourisme culturel offre à la fois de la culture comme supplément cultivé, qui s'incarne dans l'offre de musées et de hauts lieux du patrimoine » mais aussi la culture de l'Autre « comme tout ce qui serait le signe de la spécificité d'un groupe ou d'un lieu. L'offre de tourisme culturel désignera alors un ensemble d'éléments susceptible de représenter une culture ou une « identité locale » : des produits, des

habitats, de fêtes, des villages, des petits et grands patrimoines, des paysages ou des “ traditions ” qualifiées de “ typiques ”, “ authentiques ”, et même parfois “ d’ethnologiques ” ou, pour le tourisme dans les pays du sud, “ d’ethniques ”. » [Cousin, 2003 : 55].

La jeune chercheuse montre que le succès de la notion de tourisme culturel vient du fait qu’elle permet à tous les territoires d’ériger ses spécificités locales en patrimoine et de les valoriser dans le but d’une reconversion touristique.

« Avec le tourisme culturel, tout se passe comme si la France entière avait “ vocation au tourisme ” » [Cousin, 2003 : 56].

Si les curés jouent d’abord les intermédiaires pour vanter les mérites des lieux aux touristes pendant le XX^e siècle, leur rôle s’affaiblit avec la généralisation des offices de tourisme dans les communes [Cousin, Réau, 2009 :15]. Pour autant, les professionnels continuent comme eux à puiser dans la littérature régionaliste, pas toujours fiable, pour légitimer les processus de patrimonialisation qu’ils mettent en œuvre, c’est-à-dire les choix effectués par un groupe pour transformer symboliquement le statut d’un objet, d’un lieu, d’une pratique en un bien commun à transmettre aux futures générations [Di Méo, 2007 : 2]. Pour celui-ci, la production patrimoniale s’est beaucoup accélérée dans les dernières décennies, incluant désormais la nature aux objets patrimoniaux, « grâce notamment au succès des thématiques du développement durable et de la protection comme de la conservation environnementale » [Di Méo, 2007 : 6]. Comme le montre l’exposition de 2014-2015 au musée d’Ethnographie de Bordeaux intitulée *(Extra)Ordinaire quotidien. Patrimoine culturel immatériel en Aquitaine*²⁷, le patrimoine s’est dématérialisé depuis que la convention de 2003 de l’UNESCO prévoit la sauvegarde « des pratiques, représentations, expressions, connaissances et savoir-faire, ainsi que les instruments, objets, artefacts et espaces culturels qui leur sont associés »²⁸. C’est dans cette perspective constructiviste que je propose de comprendre ici les discours portant sur « l’art de vivre » médocain. Pour le politiste et écrivain médocain Christian Coulon, dans son livre qui mêlent recettes locales, souvenirs et expériences du quotidien intitulé *Le cuisinier médoquin* [Coulon, 2000], la chasse, la pêche et la cueillette constituent un « art de vivre » sur la presqu’île ; il les met en lumière et en mots, pour les médocains comme pour les néophytes. La Charte de territoire du Pays Médoc et le diagnostic du projet du Parc Naturel Régional font allusion à cet ouvrage comme d’un témoignage qui légitimerait l’existence d’une identité culturelle médocaine, ancrée dans une économie de prédation en milieu naturel,

²⁷Pour plus de précisions sur cette exposition, voir le document de médiation prévu à cet effet : <http://www.meb.u-bordeaux2.fr/extraordinaire%20quotidien.pdf> consulté le 27/04/2015.

²⁸Cette définition du patrimoine immatériel figure dans l’article 2 de la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel de l’Unesco publiée en 2003. Ladite convention est disponible sur : <http://www.unesco.org/culture/ich/fr/convention>, consulté le 27/04/2015

dans une culture du vin désormais célèbre et dans une gastronomie qui allie produits de la mer et de la terre. De son côté, le Conseil de développement du Pays Médoc décrivait les habitants du nord de la presqu'île comme « la quintessence du Médocain, ce Gascon insulaire, silencieux par prudence, méfiant par héritage, roublard par nécessité » [Conseil de développement du Pays Médoc, 2003 :10]. S'appuyant sur la figure du chasseur-cueilleur, celle-ci traduit non plus une forme d'archaïsme mais témoigne des capacités d'adaptation à l'environnement naturel composé de forêts de pins, lacs, marais, fleuve et Océan. Ces individus feraient ainsi preuve d'une autonomie extrême tout en cultivant leur invisibilité et le sens de la débrouille.

Après une recherche sur les sites internet des mairies et des offices de tourisme, je me suis tournée vers le musée d'Arts et Traditions populaires (MATP) du Médoc afin d'observer ce qui y faisait l'objet d'une patrimonialisation. J'ai réussi à contacter, en novembre 2010, Monsieur Pinson, retraité et président de cette association de sauvegarde du patrimoine local. Au téléphone, il m'a proposé une visite guidée privatisée, que j'acceptai et renouvelai par la suite avec l'équipe des anthropologues de l'enquête MédocIresp. Passionné, il a raconté son histoire du Médoc, composée d'informations tirées des livres régionaux que je connaissais ou découvris plus tard, mais aussi de connaissances transmises oralement et localement. Ses aïeux avaient en effet vécu non loin de là, alors que les communes connaissaient une topographie tout à fait différente du fait de la présence de réseaux, de chenaux et de marais lacustres. Il me montra les grands mouvements géographiques, politiques et démographiques de la « presqu'île », au fil des cartes anciennes ou nouvelles, des photos d'époque et des scènes de vie reconstituées. Le musée était surtout constitué de reconstitutions un peu bricolées, mettant en scène d'anciens outils agricoles et des intérieurs domestiques du « typique » médocain de la fin du XVIIe siècle, ainsi qu'il était d'usage dans les fondements folkloristes des MATP. J'y apprenais que la vie paysanne était rude et dépendante des petites cultures vivrières, de l'élevage de moutons, de la viticulture et de l'extraction de la résine de pins ainsi que de la chasse, de la pêche et de la cueillette.

M. Pinson semblait attacher beaucoup d'importance à la notion de culture « populaire » à laquelle il associait la notion d'ordinaire et de quotidien. Sa façon de dire « nous vivions ainsi » ou « voilà comment nous cultivions la terre » semblait moins être une tournure stylistique pour nous captiver qu'une affirmation identitaire de sa part, ancrant son attachement au territoire de ses ancêtres. Des recettes culinaires locales concluaient l'exposition comme pour rappeler l'héritage actuel des anciens modes de vie par le biais de la gastronomie locale. Par ailleurs, l'association médocaine des Tradinaires, composée de personnes militantes du parler et du vivre gascon, a également publié en occitan et en français un ouvrage sur les plantes comestibles et médicinales que l'on peut trouver au fil des balades sur la presqu'île [2010]. Un couple de quarantenaire que j'ai rencontré dans le Nord du Médoc proposait aux touristes des promenades culinaires en forêt : la récolte de plantes, additionnée de gibier et de bon vin achetés localement, servait à élaborer ensemble un repas « typiquement » médocain. Des sorties en mer avec

les pêcheurs locaux sont proposées dans les offices de tourisme de la pointe, tandis que ceux du centre médocain, ne bénéficiant pas des avantages géographiques ni de la côte ni de l'estuaire, valorisent « l'itinérance » ou la « randonnée nature » dans les forêts et petites communes environnantes.

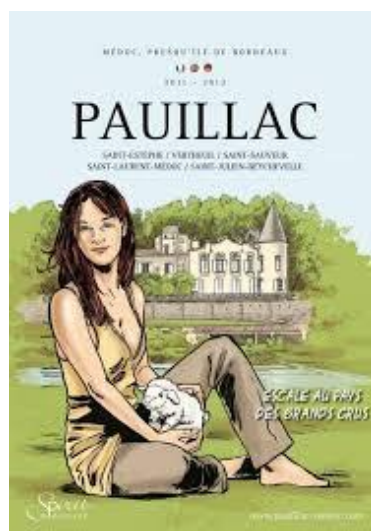
Du côté des vignobles, la culture du vin est mise en scène dès la sortie de la rocade bordelaise où des panneaux signalétiques proposent d'accéder au Médoc par « la route des châteaux » plutôt que par la départementale plus directe. Cette route touristique fait passer le voyageur par les petites communes aux noms connus internationalement, comme Margaux ou Saint-Julien de Beychevelle et longe châteaux et parcelles de vignes. A Pauillac, l'office du tourisme est presque essentiellement consacré à l'œnotourisme bien que son emblème soit l'agneau de Pauillac, labellisé pour son élevage sur les terres limoneuses environnantes et son goût salé particulier. De nombreuses visites et dégustations y sont proposées ainsi que la vente de bouteilles de vin et de produits dérivés (tire-bouchon, bande dessinées et autres objets manufacturés), tout comme les nombreux commerces de vin qui jalonnent le Médoc [Encadré 12]. Avec ses vins, le Médoc se pare et cultive une identité culturelle prestigieuse qui le fait connaître et reconnaître de par le monde.

Encadré 12: Châteaux et gastronomie en Médoc



Détail : Château et son vignoble sur la Route des Châteaux en Médoc

Source : Clara Lemonnier, 2012



Détail : Affiche « Spirit of Pauillac » inspirée de la bande dessinée *Châteaux Bordeaux* de Espé et Corbeyran (2011), avec Alexandra, œnologue héritière d'un château en Médoc et Spirito, mascotte de l'Office de Pauillac représentant de l'élevage d'agneau AOC local.

Source : Office du tourisme de Pauillac, 2011

1.2.2.4. Vivre « retiré du monde » au « rythme de la nature », un argument attractif

Albert Lecocq, le fondateur du premier centre naturiste en Europe à Vendays-Montalivet, fait figure de pionnier en 1950 il choisit le Médoc pour établir son camp sur « un terrain qui s'étendait sur 23,8 hectares de bois brûlés, loin de tout »²⁹. La possibilité de se sentir « retiré du monde » est un discours largement relayé par les agences touristiques et les romanciers qui tendent à accentuer la dimension insulaire du territoire.

Bien que l'étymologie latine *Insula* renvoie à un « îlot urbain délimité par le réseau des rues »³⁰ et donc à un lieu de convergence des flux humains et matériels. La géographe Nathalie Bernardie montre que les îles enchevêtrent la dimension spatiale d'un Ailleurs paradisiaque, d'un refuge isolé du monde continental, échappant à l'ordinaire, ainsi que la dimension d'une temporalité ralentie, voire hors du temps, à l'image des montres déformées de Salvador Dali [2010 : en ligne]. Pour Nathalie Bernardie, le mythe du bon sauvage perdure dans la façon dont les occidentaux se représentent l'altérité insulaire :

« l'imaginaire géographique secrété par les îles se déploie dans une Europe coloniale où les explorateurs, après avoir écumé et traversé mers et océans, reviennent parfois en évoquant l'image de mondes originels, à la nature généreuse et aux peuples heureux » [Bernardie, 2010].

La chercheuse précise que les représentations actuelles de l'insularité sont sélectives dans la mesure où elles mobilisent surtout les images de petites îles tropicales, lointaines et exotiques, désertes ou peuplées de bons sauvages. La figure littéraire et politique du « *bon sauvage* » apparaît au XVIII^e siècle, en écho avec un discours sur l'Autre engagé dès le début des grandes explorations de la fin du 15^{ème} siècle, dont Christophe Colomb et Vasco de Gama demeurent les figures emblématiques. En 1550, la controverse de Valladolid cristallise les enjeux de la colonisation des nouveaux mondes et le traitement des populations indigènes.. La grande entreprise de civilisation des populations barbares colonisées suscite assez tôt les réflexions sur l'ethnocentrisme. De retour de voyage au Brésil chez les cannibales Tupinambas, Michel de Montaigne pose la question de la barbarie des colonisateurs occidentaux [Montaigne, 1580]. De telles réflexions, alimentées par les nombreux récits de voyages comme ceux de Jean Baptiste Tavernier en Orient et ceux du Baron de Lahontan chez les Iroquois publiés au cours du XVII^e siècle, invitent peu à peu à penser le barbare comme un sauvage, c'est-à-dire comme des populations qui seraient restées à un état de nature originelle, vierge de la modernité [Hartog, 2005]. Le philosophe Jean Jacques Rousseau développe cette

29 Voir page historique du site internet du CHM : <http://www.chm-montalivet.com/d%C3%A9couvrez-le-chm/chm-monta-plus-de-60-ans-de-naturisme> consulté le 27/04/2015

30 Dictionnaire Larousse en ligne, « île », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/insula/43485?q=insula#43407>

idée d'état de nature pour nourrir ses réflexions sur le *Contrat social* [1762] : il définit cet état comme celui d'un homme originel non perverti par la société moderne, pensée qui alimentera de nombreuses œuvres littéraires à des fins de critique de la société occidentale, telles que *L'ingénu* ou *Zadig* de Voltaire.

Pour Nathalie Bernardie, les îles telles que se les représentent les continentaux européens, ont la qualité de demeurer immobiles face au temps qui passe et au changement qui seraient caractéristique de l'ambiance agitée des villes [Bernardie, 2010a]. Dans les îles au contraire, le temps s'écoulerait lentement, au rythme de la nature. Elles apparaissent comme préservées de la modernité et de l'urbanisation du fait de leur distance lointaine au continent et de leur isolement qui leur confère l'image d'un lieu possible de fuite, de repli ou d'utopie [Bernardie, 2010b]. Jean- Michel Racault, dans son ouvrage *Robinson et compagnie. Aspects de l'insularité politique de Thomas More à Michel Tournier* [2010], met en lumière la façon dont les îles servent de terrain aux réflexions sur l'utopie et à la critique sociale dans les « robinsonnades » fictives à l'instar par exemple du roman *Sa majesté des mouches* [Golding, 1956 (1954)]. Il apparaît que les représentations de l'insularité demeurent essentiellement idéalisées et idéalisantes du point de vue des occidentaux du vieux continent.

En Médoc, les vacanciers semblent se plaire à ces « échappées belles »³¹ offertes par le discours touristique et au cours desquelles ils peuvent incarner leurs rêves de robinsonnades. Le temps de quelques jours ou quelques semaines, ils adoptent un mode de vie épuré dans les campings et sillonnent les pistes cyclables en forêt avant d'aller contempler le coucher du soleil sur l'Océan. Cette quête d'un mode de vie utopique paraissait aussi souvent animer les néo-ruraux que j'ai rencontrés lors de ma recherche. Plusieurs d'entre eux sont venus s'installer dans le Médoc car la presqu'île avait été leur lieu de vacances où ils venaient « se ressourcer » lorsqu'ils étaient las du rythme effréné et des sollicitations multiples de la ville. Le Médoc devient le lieu d'une possible « écologie corporelle », c'est-à-dire d'une possible perception sensorielle et corporelle des éléments naturels (prendre l'air et le soleil, se laisser porter par l'eau, marcher pieds nus dans le sable ou la terre) [Andrieu, 2011]. C'est pour ces raisons que Colette par exemple, bretonne qui a grandi et travaillé à Paris, a demandé à son mari de vendre tous leurs biens pour acheter une petite maison à la pointe du Médoc et y profiter d'une retraite anticipée :

« Je suis avec l'homme de ma vie, je fais en sorte que tout se passe bien et puis ma plus belle réussite est d'être revenue à S. Ce qui était vraiment un rêve de 1982 me retrouver dans un endroit où je pourrais aller marcher toute seule, ne pas rencontrer des gens et des voitures, parler pour rien, être libre et prendre mon vélo, vivre aussi avec beaucoup moins, on a vendu tout ce que l'on avait pour tout racheter,

31Ainsi que le Guide touristique « Destination Médoc » nomment les vacances en Médoc.

passer à autre chose et aller à l'essentiel. Pour mon mari c'est plus difficile de tout lâcher. » [Colette, 60 ans environ, retraitée, mariée, 1 enfant]

De même Coline, globe trotteuse de 50 ans qui a longtemps vécu dans la métropole new yorkaise, s'est faite construire une petite maison en bois dans la forêt où elle donne des cours de yoga dans une yourte et invite aujourd'hui à se « reconnecter avec soi et avec la nature ». Najia s'est installée dans le Médoc pour y développer son activité en permaculture et en agro-écologie, forme d'agriculture alternative et biologique diffusée par Bill Mollison qui s'appuie sur l'idée de favoriser et/ou de recréer des écosystèmes localisés dans les cultures maraîchères et forestières [Mollison, 2013 (1991)]. Comme Nathalie Bonini le précise, ces « néo-ruraux » sont une catégorie socialement et économiquement hétérogène qui regroupe des « retraités, “immigrés de l'utopie ” [Léger, Hervieu, 1979], personnes “ déplacées ” pour des motifs professionnels ou familiaux, individus ou familles en situation précaire... » [Bonini, 2004]. Dans la période qui a suivi Mai 1968, certains d'entre eux se sont installés « en campagne » dans l'espoir de fonder un nouveau modèle de société fondée sur les valeurs communautaires et respectueuses des traditions et de la nature :

« (...) [les néo-ruraux présentent en commun une] adhésion volontaire à la ruralité et un projet d'activité professionnelle locale, ce qui n'en constitue pas moins un ensemble de populations diverses dont le parcours migratoire, les motivations, les modes d'insertion dans la société d'accueil reflètent les mutations de la société française depuis trente ans et expriment également le contexte socio-économique et idéologique dans lequel le choix de départ s'est opéré. (...) Tous sont en effet portés par un même rejet et une même quête : la fuite du milieu urbain et de son cortège de nuisances vécues ou redoutées (pollution atmosphérique et sonore, insécurité, mauvaises conditions de vie et de travail, dilution du lien social, etc.) et la quête d'un “ mieux-vivre ”, d'un “ bien-être ” qu'incarne, sous divers modes, un espace rural imaginé comme l'antithèse de la ville (qualité de l'environnement, bonnes conditions d'existence et de logement, forte solidarité, etc.) » [Bonini, 2004 :30].

Dans son enquête sur les représentations des marais au Nord du Médoc, l'étudiante en Master d'anthropologie Monique Digeon montrait que certains médocains, notamment les néo-ruraux, étaient soucieux de préserver la biodiversité des zones humides et d'y limiter la présence des hommes (notamment des chasseurs), « l'espace « naturel » constitue le support d'un cadre de vie idéalisée dans lequel l'humain peut s'insérer et prétendre y tenir un rôle » [Digeon, 2005 :35]. Cette attitude contrastait avec celle d'autres habitants pour qui l'environnement appartenait à un quotidien ordinaire qu'ils connaissaient bien pour y pratiquer balade, pêche, chasse ou cueillette, et pour qui « la relation à la nature adopte un caractère de cosmogonie, c'est-à-dire que l'humain se perçoit comme partie intégrante de son environnement « naturel » » [Digeon, 2005 :35].

Par des aspects matériels et idéels, la nature s'impose au quotidien dans le Médoc, au point parfois d'être mobilisée pour caractériser l'identité et les valeurs morales de ses habitants réguliers ou éphémères, tous attachés à la virginité sauvage et à la sérénité des lieux. Il restait cependant surprenant que la présence de la centrale nucléaire du blayais de l'autre côté de l'estuaire, pourtant très visible depuis Pauillac et souvent médiatisée en raison des dangers représentés par sa vétusté, n'ait été que très rarement évoquée comme potentiellement nuisible pour la santé par mes interlocuteurs.

1.2.2. Sauvagerie et archaïsme : une stigmatisation forte

1.2.2.1. Quand les bordelais parlent du Médoc

Résidant à Bordeaux depuis plusieurs années avant de découvrir le Médoc, je n'étais pas sans connaître les descriptions péjoratives dont les habitants de « presque-île » faisaient l'objet. En effet, mon entourage bordelais (qui l'est d'ailleurs souvent par adoption), plus tard relayés par d'autres interlocuteurs avec qui j'évoquais mon travail d'ethnographie, n'était pas avare de discours, prononcés sur le ton de la blague ou avec condescendance, sur la population que j'étudiais. Celle-ci souffrirait d'un alcoolisme généralisé et de pratiques consanguines, passées ou actuelles, qui ne trouvaient ailleurs leur pareil. Les médocains, dont les pratiques seraient corrélées à leur labeur viticole, auraient été atteints pour une grande part d'arriération et de troubles mentaux, parfois « visibles à l'œil nu ». Les blagues de mauvais goût mettaient souvent en scène la contrainte des petites filles médocaines à avoir des rapports sexuels avec leurs pères ou leurs frères.

J'ai grandi dans les Landes et ces images n'étaient pas sans me rappeler celles dont les girondins affublent les landais - cultivateurs de maïs entre autres activités - les appelant les « croque-maïs », ou celles qui font des provinciaux des paysans face aux supposés avant-gardistes parisiens. Bordeaux, quant à elle, a été caractérisée jusque dans les années 1960 dans les discours ordinaires par la dimension urbaine et moderne de son centre-ville:

« On a longtemps pu comprendre Bordeaux en partant du centre. La ville elle-même, construite sur la rive gauche de la Garonne et enserrée dans ses boulevards, dominait une banlieue à la fois rurale, industrielle et parsemée de résidences de villégiature. Parler de Bordeaux, c'était d'abord parler de ses quartiers chics ou populaires, de ses monuments et de son «esprit bourgeois». Aujourd'hui, pour comprendre Bordeaux, il faut partir de sa banlieue et c'est pour cette raison que ce livre traitera de l'agglomération bordelaise et de ses 700 000 habitants, alors que le centre-ville dépasse à peine les 200 000. » [Victoire, 2007 :3].

Huit ans après cette *Sociologie de Bordeaux* d'Emile Victoire [2007], la Communauté Urbaine de Bordeaux a acquis l'identité de « métropole », forte de ses 28 communes et de ses quelques 724 000 habitants³². Etre une ethnologue venue de l'université de Bordeaux, « la Ville », revint au départ pour nombre de mes interlocuteurs à être quelqu'un susceptible de tels présupposés à leurs égards, quelqu'un qui les considère comme des paysans et campagnards sans culture et sans savoirs. Dire que j'ai grandi dans une petite commune des Landes, aux caractéristiques proches des villes côtières du Médoc, a souvent suscité des remarques telles que « Ah, c'est un peu comme ici alors ! Tu vois un peu ce que c'est ! ».

Dans son enquête anthropologique sur les représentations sociales des marais au Nord du Médoc, Monique Digeon a aussi été confrontée à ces discours péjoratifs :

« ces représentations s'érigent sur des données qui n'ont plus lieu d'être parce qu'elles appartiennent au passé, mais continuent cependant de fonctionner de façon plus ou moins implicite, relayées par les écrits ou les propos de certains intellectuels bordelais. Ainsi la perception des populations du Médoc, notamment celles du Nord Médoc comme « arriérées », ou « fermées » s'expriment encore largement dans le langage commun et continue de structurer les représentations de beaucoup de nouveaux arrivants. Ceux-ci s'instruisant à travers certains ouvrages concernant le Médoc, adoptent une « attitude textuelle » qui a pour conséquence de perpétuer les stéréotypes. (...)» [Digeon, 2005: 64].

Pour cette jeune chercheuse comme pour moi, il a été important de se défaire de ces préjugés, en opérant notamment une déconstruction des propos et une mise en perspective des discours avec l'observation. Si l'identité culturelle d'un groupe n'existe qu'en relation avec celle d'un autre, il me semble que le Médoc a constitué une forme d'altérité pour Bordeaux qui l'a utilisé en repoussoir pour pouvoir construire sa propre identité. Les représentations sociales et les stéréotypes négatifs [Manonni dont font l'objet les médocains dans la région doivent être envisagés dans cette perspective dialogique, et non comme des caractéristiques essentialistes. Pour reprendre les termes de Goffman, les médocains n'arborent pas de stigmates visibles, rien en apparence ne différencie un médocain d'un de ses voisins de la métropole bordelaise. Ce qui est en jeu est plutôt à rechercher du côté des notions d'isolement, d'archaïsme et de pratiques sauvages qui caractériseraient les médocains et qui se retrouveraient inversées chez les bordelais. Je ne prétends pas ici pouvoir proposer un travail complet sur cette construction identitaire en miroir, n'ayant pas poussé plus avant mes enquêtes auprès des bordelais et des médocains sur les représentations que ces populations projettent réciproquement l'une sur l'autre. Néanmoins, je fais l'hypothèse que ces discours

32Pour plus de précisions, voir sur le site de Bordeaux Métropole : <http://www.bordeaux-metropole.fr/vie-democratique/28-communes-de-la-metropole>

stigmatisants puisent dans les représentations anciennes du sauvage, de l'insularité et de la paysannerie telles qu'elles ont été forgées par le courant évolutionniste et le folklore à partir de la fin du XVIII^e siècle. Bien que ces approches scientifiques aient été abandonnées dans les années d'après-guerre, les représentations qu'elles ont produit semblent perdurer dans les discours populaires et intellectuels concernant les populations qui ne présentent pas les attributs de la modernité urbaine occidentale, et dont les médocains semblent faire partie à en croire les bordelais.

1.2.2.2. La « sauvagerie médocaine » ou l'empreinte évolutionniste

A partir du XVII^e siècle émergent en Europe occidentale le concept de l'histoire naturelle et la notion de modernité : François Hartog explique que jusqu'au XVII^e siècle, le régime d'historicité³³ en occident est largement influencé par la Bible et que cette conception diffuse jusque dans les espaces séculiers. Le présent est pensé comme une perpétuation du passé, de ses traditions, de ses savoirs faire et le temps appréhendé dans sa continuité. Puis, la discontinuité apparaît chez les élites intellectuelles avec l'idée novatrice que la tradition doit être prolongée et améliorée grâce aux innovations, et qu'elle peut être transgressée pour explorer d'autres voies [Hartog, 2002 ; 2005]. On assiste alors à l'émergence du concept de modernité qui donne à penser le temps comme linéaire et irréversible et qui valorise la nouveauté et le changement. Ce concept anticipe ainsi l'idée de progrès née au XIX^e siècle. Pour François Hartog, ce régime d'historicité va peu à peu se diffuser et faire partie des processus de socialisation.

Dans son célèbre ouvrage *L'Origine des espèces*, publié en 1859, Charles Darwin développe sa théorie de l'évolution des organismes vivants à partir de leurs adaptations sélectives à leur environnement [Darwin, 2013 (1859)]. Il étend sa théorie à l'être humain en 1871 dans *Descendance de l'homme* qu'il pense également soumis à la sélection naturelle et au perfectionnement perpétuel [1881 (1871)]. Le naturaliste procède d'une analogie entre espèces végétales, animales et humaine concernant leur évolution, au risque de rapporter « un phénomène social à un phénomène naturel, en faisant comme si ce qui est vrai de l'un devait l'être nécessairement de l'autre. » [Rist, 2007 :55]. Les sociétés extra-européennes, d'abord pensées comme étrangères au changement, vont être soumise à une comparaison des sociétés extra-européennes entre elles et à la découverte des lois de l'évolution humaine. Le paradigme de l'histoire naturelle intègre les populations extra-européennes dans une histoire de l'humanité

33François Hartog définit la notion de régime d'historicité par « les modes d'articulation des trois catégories du passé, du présent et du futur, en parlant en termes de catégories, pas du contenu que l'on donne à chacune des catégories, mais des catégories elles-mêmes, et de la façon dont leurs articulations ont varié selon les lieux et selon les époques ». Les régimes d'historicité, 2002, Seuil.

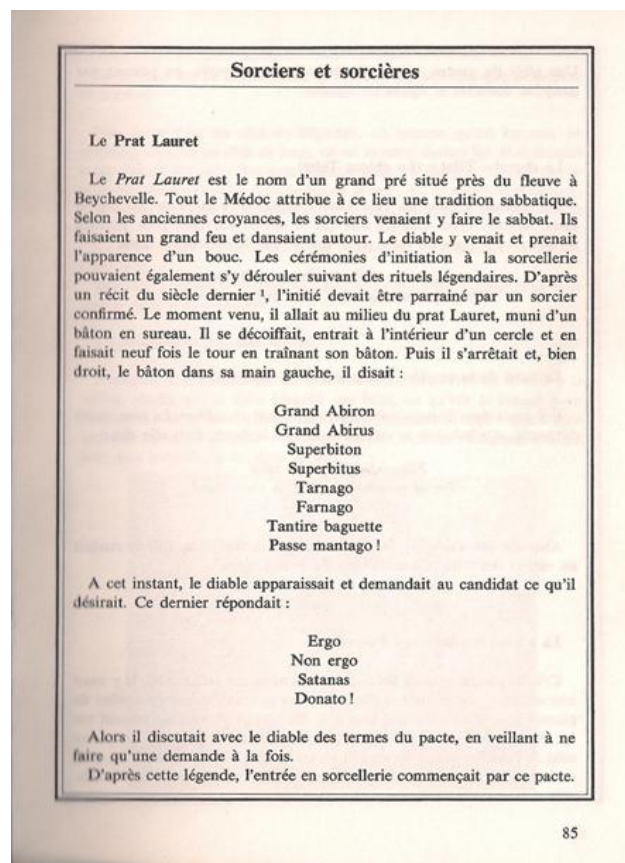
unique et linéaire, où ils apparaissent comme les fossiles vivants de la civilisation occidentale.

La « sauvagerie » des médocains

L'idée répandue de l'arriération mentale des médocains, causée par les pratiques incestueuses et une forte affinité pour le vin qu'ils produisent, s'inscrit à mon sens au sein d'une vision évolutionniste, telle que l'a initiée l'explorateur François Péron à la fin du XVIII^e siècle. Lors de son expédition sur les terres de Baffin, il aborda les populations autochtones selon une approche naturaliste qui le conduisit à établir un lien entre débilité physique et morale du sauvage. L'archaïsme des sauvages n'est pas seulement vu négativement du point de vue technique et social, mais aussi du point de vue psychologique et moral et c'est cette vision qui perdure aujourd'hui dans les discours ordinaires sur la population médocaine.

De plus, la dimension insulaire du Médoc, qui pourtant attire un tourisme de masse, semble renforcer la stigmatisation des habitants de la presqu'île selon une vision évolutionniste. L'insularité en Occident fait l'objet de nombreuses représentations sociales qui ne sont en rien « un sentiment universel, mais correspondant plutôt, à l'instar de l'Orient et de l'orientalisme [Saïd, 2005], à une construction mentale profondément ancrée dans l'histoire et la culture occidentales, voire plus spécifiquement européennes et continentales. » [Bernardie, 2010a]. Pour la géographe Nathalie Bernardie, cette construction trouve son origine au siècle des Lumières, alimentée par les récits de voyages lointains sur des îles désertiques ou luxuriantes, peuplées de sauvages isolés du reste du monde. Si certains philosophes de cette époque ont élaboré le mythe du bon sauvage notamment à des fins de critiques sociales, le courant évolutionniste a rejeté cette approche en associant au sauvage des caractéristiques dépréciatives en comparaison avec celles de la société moderne, alors considérée comme un aboutissement de la civilisation. Hier comme aujourd'hui, les îles enchantent autant qu'elles repoussent. *Dans son étude des représentations actuelles de la Corse, la doctorante en géographie Vannina Bernard Leoni souligne que les îles méditerranéennes renvoient à des images de « terres d'exil, de refuge, de conservatoire de traditions (...) selon une double caricature, renvoyant d'un côté aux images idylliques des voyageurs, de l'autre à l'isolement et à l'archaïsme » [Bernard Leoni, 2009].* Le Médoc faisait l'objet des mêmes images positives ou négatives. La géographe Janine Renucci [1982] avait auparavant travaillé sur les représentations de la Corse, dont certaines se confondent toujours avec celles évoquées dans le Médoc : la consanguinité et le manque d'ouverture évoqués renvoient à l'isolement supposé des insulaires, contraint d'assurer entre eux leur descendance faute d'échange avec l'extérieur. Ils ne sont pas vus par exemple comme obéissants à des logiques d'alliances et de filiation particulières, mais comme échappant au processus de civilisation décrit par Norbert Elias [1973].

Enfin, l'insularité demeure un terreau fertile pour les mythologies, renvoyant soit à des créatures et contrées enchanteresses, soit à leurs pendants surnaturels horribles. L'île méditerranéenne de la Corse, parfois appelée île de beauté, continue d'être à la fois considérée de façon fantasmagorique comme un vestige de la civilisation atlante, comme un temple érigé par des extraterrestres, ou encore comme le lieu d'existence de monstres anthropophages [Biancarelli, Bonardi, 2008]. Le Sud-Ouest français moyen-âgeux, appelé Gascogne, regorge de légendes : dans un livre de fables anciennes déniché dans une bouquinerie de Soulac-sur-mer pendant mon enquête, les habitants de la Haute Lande côtoient Dieu, les fées et les rois autant que le Diable, les damnés et la Mort [Seignolle, 1973]. Dans son recueil de légendes médocaines, Alain Viaut [1981] ravive les fantômes, fées et autres diables, parfois appelés par les sorciers de la presqu'île lors de sabbats [Encadré 13].



Encadré 13 : Extrait de la section « Sorciers et Sorcières » du recueil de légendes médocaines d'Alain Viaut [1981 : 85]. Les phrases en italique sont en occitan, le Médoc constituant la limite nord-ouest du parler en langue d'oc.

Au début du XX^e, la croyance aux sorciers dans le Médoc fait penser aux intellectuels bordelais que les Médocains sont un peuple résolument crédule et peu engagé dans le processus de modernisation des mœurs. Pour preuve, cet écrit extrait d'une revue médicale du Professeur en médecine Xavier Arnoz (1852-1928) de la faculté de Bordeaux³⁴ :

« Le Médoc est un des pays de France où la croyance aux sorciers n'a jamais faibli, en dépit de toutes les révolutions. Cette croyance est non seulement chère à un grand nombre d'individus, elle est consacrée à des associations, comme en témoigne le fait suivant, qui m'a été raconté récemment par un de nos aimables confrères de cette région.

« Dans une commune, une certaine Société de secours mutuels n'a pas hésité à payer à deux reprises à la famille d'un de ses membres les frais d'un voyage auprès d'une sorcière très réputée des environs de Bordeaux, pour apporter à la voyante un gilet de flanelle ou une chaussette du sujet. Ces deux voyages ont coûté plus de 115 francs à la Société, qui donne péniblement 210 francs à celui de nos confrères qui soigne ses nombreux malades pendant toute l'année.

Ce simple fait indique qu'il ne faut pas se faire trop d'illusions sur le degré de culture intellectuelle d'un grand nombre de nos compatriotes. Malgré le développement de l'instruction primaire, beaucoup de gens donnent l'exemple d'une crédulité à peine croyable. Le procès de la voyante de Saint-Quentin a révélé que les habitants du nord ne le cédaient en rien à ceux du midi sur la question de la superstition. »
[Arnoz, 1906-1907 :190]

La croyance aux sorciers n'est pas l'apanage des insulaires et des populations exotiques, mais constitue également une caractéristique généralement attribuée aux mondes ruraux. En Médoc, elle s'ajoute à certains modes de vie et certaines pratiques qui renvoient elles aussi à un imaginaire de l'archaïsme : c'est ainsi le cas de la chasse ou de la cueillette par exemple, activités relativement fréquentes dans le Médoc actuel qui ont animé les débats anthropologiques au XIX^e siècle chez les tenants de la théorie évolutionniste, lesquels y voyaient dans les inventions et activités matérielles la preuve des stades d'évolution successifs [Morgan, 1877]. Ces travaux aujourd'hui révolus en anthropologie semblent encore façonner les discours et les représentations sur les médocains, parfois par les médocains eux-mêmes : ainsi, lors d'un entretien avec une responsable politique médocaine, nous est apparue la figure du « chasseur-cueilleur » médocain :

34 Je remercie pour cette « trouvaille » M. Michel Collée, animateur du site internet *Histoire de la folie* : <http://www.histoiredelafolie.fr/>

« C'est un mode de comportement qui existe dans les familles à des niveaux différents. C'est le type qui gagne peu mais qui vit de la braconnerie et du troc. Leur vie n'est pas organisée autour du travail mais de la cueillette, de la chasse, ou de la pêche... C'est un système où les échanges et la solidarité sont primordiaux ». [Mme Delage, Directrice d'une institution locale de développement local]

Mon immersion sur le terrain m'a effectivement conduite à des cueillettes de champignons dans les bois, à des parties de pêche - parfois braconnée – au bord des lacs ou de l'Océan, à une dégustation de palombes fraîchement tuées et préparées avec les légumes du potager... Ces pratiques ne se sont pas révélées systématiquement à l'ensemble des personnes interrogées mais réservées à celles qui en avaient fait l'apprentissage, soit par transmission familiale ou entre pairs, soit par le biais d'ouvrages ou de stages payants (pour la cueillette notamment). Je me souviens de ma surprise quand je suis allée réaliser un entretien chez une femme, rencontrée auparavant à une distribution caritative de colis alimentaires. Un coffre-congélateur supplémentait dans son salon celui de la cuisine déjà plein de gibier ! D'autres femmes rencontrées pendant notre enquête, en situation de précarité, nous ont expliqué que la chasse et la pêche constituaient pour elles et leur famille un moyen de subsistance complémentaire. Pour autant, je ne peux me résoudre à qualifier d'archaïque le mode de vie de ces personnes.

Dans son ouvrage *Le Cuisinier Médoquin*³⁵, le politiste Christian Coulon affirmait que les médocains étaient « l'un des derniers peuples authentiquement primitif d'Europe » [2000]. Il nuance son propos dans son dernier ouvrage, expliquant que cette catégorisation audacieuse n'est pas « à prendre au pied de la lettre » mais à comprendre comme un « art de faire » [Coulon, 2014 :59-60], plus ou moins proche de cet « art de vivre » décrit par les brochures touristiques. Si je reviendrai plus loin sur son intéressante analyse de « l'ethos médoquin » comme « traditionalisme de résistance » face aux représentations locales de la modernité, je tiens à faire remarquer ici la comparaison qu'il établit entre « les chasseurs-cueilleurs » de la presqu'île avec les Achuar (Jivaros) d'Amazonie [2014 :62] ou les Bushmen d'Afrique australe [2014 :70], alors même que ces populations ont été longtemps considérées comme les « plus primitives » au monde avant que ces classifications évolutionnistes ne soient infirmées. Il apparaît que la portée de ses ouvrages dépasse le simple plaisir des lecteurs amateurs de régionalisme dans la mesure où ses propos sont repris par les personnalités politiques locales et dans les écrits officiels comme la Charte du Pays Médoc, précisant certes une spécificité médocaine mais renforçant en même temps les processus de stigmatisation à son encontre.

35 Cette orthographe du mot Médoquin, d'origine étymologique gasconne, est utilisée volontairement par Christian Coulon alors qu'elle est souvent remplacée aujourd'hui par son homonyme Médocain.

1.2.2.3. L'archétype du paysan comme héritage du folklore

Nous venons de voir que les représentations stigmatisantes des médocains trouvent en partie leur source dans la survivance d'anciens discours évolutionnistes. L'image du paysan constituait également un terreau fertile pour désigner l'archaïsme et l'isolement des médocains. Or nous allons voir que comme pour la figure du sauvage, ce sont les sciences humaines qui ont contribué à fabriquer ces représentations qui ont toujours cours aujourd'hui dans les campagnes françaises comme le Médoc. Le paysan y a longtemps été vu comme le chaînon manquant de l'évolutionnisme, entre le primitif et le civilisé.

Pour l'anthropologue Mondher Kilani, la Société des Observateurs de l'Homme créée en 1799, est souvent oubliée de l'histoire de la discipline anthropologique à l'époque des Lumières [Kilani, 1994 :77-79]. Elle a pourtant théorisé une méthode de recherche basée sur l'observation, affirmant la nécessité de se déplacer au milieu des populations à étudier et anticipant ainsi la naissance de l'observation participante généralement attribuée à Bronislaw Malinowski [Kilani :1994 :83-86]. Mais l'absence de prise en compte de problème de l'accès aux terrains extra-européens va freiner cette innovation, incitant l'étude de la ruralité³⁶. L'intérêt s'est alors porté sur les « indigents et pauvres, tout proches, pour à la fois les contempler et leur venir au secours », faute de pouvoir étudier les populations exotiques [Kilani : 1994 :88]. Ce changement a eu lieu dans un contexte où la connaissance de la France s'est systématisée en période de construction nationale post-révolutionnaire, avec l'émergence de grandes enquêtes statistiques nationales et des enquêtes régionales sur les mœurs et les spécificités locales (« l'anthropologie des préfets ») visant la création d'une culture nationale homogène. Ces enquêtes locales et l'impossibilité des Observateurs de mener leurs recherches chez les « primitifs » préfigureront les travaux des folkloristes en ruralité française [Kilani, 1994 : 89-90].

Ces derniers ont vu le jour dans des conditions scientifiques et institutionnelles particulières en France. En réaction à l'évolutionnisme de Péron, le projet de l'École de l'Année sociologique instituait l'étude des faits sociaux selon deux approches : d'un côté l'étude du lointain et de l'exotique, réservée à une ethnologie naissante portée par Marcel Mauss ; d'un autre, l'étude du proche a été destinée à une sociologie durkheimienne de la modernité urbaine et industrielle, qui excluait les études en terrain rural [Chiva, 1987; Laferté, 2014]. C'est dans ce contexte d'exclusion universitaire que la ruralité s'est trouvée étudiée par les folkloristes, dont Arnold Van Gennep reste la figure marquante de par son approche monographique de plusieurs régions françaises ainsi que par son colossal *Manuel de folklore français contemporain* [1937-1958]. Le

36 En effet, c'est notamment la colonisation qui permettra des conditions d'enquête en terrains exotiques, recherches qui n'ont pas toujours été réalisées par des anthropologues mais par des administrateurs coloniaux ou encore des missionnaires.

folklorisme, défini comme l'étude des « savoirs du peuple, comprenant les croyances, les coutumes, les superstitions, les traditions, les rituels et les littératures orales » [Bonte, Izard, 1991 : 283], s'est déployé dans les campagnes occidentales. Marginalisé du monde académique, le folklore a plutôt été associé aux musées, comme les musées d'Art et Traditions populaires [MATP]. Cette affiliation institutionnelle muséale lui a valu d'être proche des sphères politiques, attachées depuis la Révolution à la notion de patrimoine national qui pouvait servir de support aux discours idéologiques, comme ce fut le cas sous le régime de Vichy, renforçant encore la césure avec le monde universitaire [Rogers, 2002]. Il faudra attendre les années d'après-guerre pour que la dichotomie entre ethnologie et folklore soit remise en cause, dans un contexte de décolonisation progressive où l'ethnologie se propose alors d'amener ses outils et ses analyses sur des terrains « proches ». Alors que les folkloristes s'étaient faits spécialistes de « la paysannerie » et des « communautés rurales », leurs travaux ont été reconsidérés et perçus comme scientifiquement rigoureux et analytiquement proches des travaux contemporains en ethnologie [Chiva, 1987; Rogers, 2002].

La nouvelle « ethnologie de la France » apparut dans les années 1970 et produisit de nombreuses monographies des sociétés rurales, considérées comme des sociétés « tièdes »³⁷ au sein même de la France. Elle y explorait des domaines de l'ethnologie classique - la parenté, les rituels, la sorcellerie, la propriété, la cohésion sociale, etc - et des outils d'analyse permettant de les décrire et de les analyser. Les travaux de Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie dans le bocage normand ou ceux de l'équipe de Minot constituent d'illustratifs exemples de cette ethnologie française en France. Attachée à l'étude des « survivances », elle a défendu les spécificités des diverses « communautés rurales » en voie de disparition contre une vision moderniste plutôt revendiquée par la sociologie rurale qui considérait ces sociétés comme homogènes et exclusivement composées de « paysans », tous engagés dans l'industrialisation de l'agriculture ; ce débat qui n'a pas été sans renforcer la dichotomie entre urbain et rural déjà existante [Mormont, Mormont, 2002 :188]. Malgré la création en 1980, d'une mission du Patrimoine ethnologique au sein de la direction du Patrimoine du ministère français de la Culture³⁸, la décennie marquera la fin du folklore, peu à peu remplacé par

37 En référence à Claude Lévi-Strauss qui appelait « sociétés froides » les sociétés « primitives » extra-européennes et « sociétés chaudes » les sociétés « modernes », pensées comme plus complexes et plus changeantes.

38 La revue Terrain, issue de ladite mission, a suivi les évolutions de l'ethnologie depuis son lancement en 1983 jusqu'en 2015. A en juger par les titres des soixante-quatre numéros parus jusqu'alors, la ligne éditoriale s'est d'abord portée sur des enquêtes menées en terrain rural européen, sur des objets que je qualifierai de patrimoniaux dans le sens où ils relèvent de pratiques anciennes dont la tradition se ré-invente ou s'oublie au présent, et dont on veut garder la trace. Ainsi, on observe des numéros sur "Les savoirs naturalistes populaires [1983], "l'identité culturelle et l'appartenance régionale" [1985], "les hommes et le milieu naturel"[1986], "les hommes et les bêtes" [1988]. A l'orée des années 1990, de nouvelles thématiques seront abordées comme "les communautés étrangères en France" [1986], " les rituels contemporains " [1987], "les pratiques de consommation familiale" [1989] qui intègrent une dimension urbaine, moderne et multiculturelle. Autour des années 2000, elle aborde le social sous un angle plus transversal, les titres figurant souvent sous forme de mots uniques et abstraits, révélateurs des

« l'ethnologie du présent » qui investiguera de nouveaux terrains et objets. Il laissa toutefois comme héritage la figure archétypale du paysan français.

Pour les folkloristes, le monde paysan aurait été caractérisé par un mode de vie communautaire, où le groupe domestique encadrait la production, où la famille organisait la vie sociale par un certain contrôle des relations d'alliance ou de descendance, et où l'agriculture et les pratiques associées à la nature étaient prédominantes et conféraient un rapport particulier à la terre [Mendras, 2000 :539]. Les notables villageois constituaient une sorte de maillon intermédiaire entre le village de campagne et la société industrielle qui l'englobait nécessairement [Olivier de Sardan, 2008 (1991) : 565]. Henri Mendras soulignait en 1976 « le rôle de l'économie hors marché, de l'économie domestique et autarcique » des sociétés paysannes ainsi que leur caractéristique d'être « peu reliées entre elles, chacune [ayant] son caractère de groupe, [...] ses traits communs de personnalité » [Mendras, 1976 : 14]. Dans les nombreuses monographies d'après-guerre, le paysan est érigé en archétype, évacuant la pluralité des profils des milieux ruraux comme les agriculteurs, éleveurs, propriétaires, exploitants, salariés, ouvriers, notables, artisans ou commerçants, au profit d'une représentation homogène et idéalisée la paysannerie telle qu'elle était représentée dans les musées d'Art et Traditions Populaires. Cette figure avait aussi l'avantage opératoire de permettre l'analyse sociologique des changements liés à la modernisation agricole [Alphandéry, Sencébé, 2009 :23 ; Deverre, 2009 :10 ; Laferté, 2014:426] :

« Pour répondre aux inquiétudes des uns et aux espoirs des autres, il fallait évidemment savoir ce qu'était ce «paysan» dont on annonçait la disparition. » [Mendras, 2000 :539].

La dimension construite de la figure du paysan était pourtant déjà évidente pour l'anthropologue Isac Chiva qui, considérant les 30 000 communes française de moins de 2000 habitants de cette époque, affirmait :

« il est fort douteux qu'une proportion notable ait jamais correspondu à l'archétype sociologique de la communauté villageoise close, autarcique, décalque d'un modèle que d'aucuns considèrent comme une création du néolithique et qui est, sans doute, de l'ordre de l'idéal reconstruit plus que de l'histoire réelle des sociétés paysannes » [Chiva, 1992 : 162].

Pourtant, cette histoire reconstruite m'a aussi été donnée à voir dans le musée des Arts et Traditions Populaires du Médoc lors de mes deux visites successives avec M. Pinson déjà évoquées. Si la muséification de la paysannerie en Médoc tentait d'en montrer le

nouveaux champs de l'anthropologie émergente. A titre d'exemple, quelques titres de la revue Terrain de 1995 à 2015 : "Les émotions" [1994], "Rêver"[1996], "Corps pur"[1998], "Odeurs"[2006], "Toucher"[2007], "Catastrophes"[2010], "Virus" [2015].

quotidien, elle ne témoignait pas par exemple des colonies agricoles implantées au XIX^e siècle pour accueillir et former les enfants orphelins des hospices bordelais, alors que l'agriculture y était présentée comme un avenir sain pour ces jeunes dont on craignait l'avenir délinquant ou prolétaire en ville. L'historien et romancier Jean-Pierre Méric a écrit en 2010 un ouvrage scientifique sur une colonie agricole de ce type, *Les pionniers de Saint-Sauveur* [2010b], ainsi que le deuxième volet de sa trilogie au cours duquel le personnage principal, Symphorien, apprend dans ce cadre le métier de paysan [Méric, 2010b]. Ainsi, le médocain incarné dans le MATP que j'ai visité était nécessairement paysan, originaire de la presqu'île sur laquelle il menait une rude vie et isolée, faite de travaux champêtres ou forestiers, de quelques fêtes de villages et de cérémonies marquant les âges de la vie. Les liens des médocains avec Bordeaux ou plus largement avec l'extérieur étaient moins évoqués, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils étaient inexistantes.

1.2.2.4. De l'autarcie des médocains

Les travaux de la Société Archéologique et Historique du Médoc, parus dans les *Cahiers médulliens*³⁹, montrent à mon sens qu'à certains égards, la presqu'île s'est trouvée plusieurs fois sacrifiée ou subordonnée à la cause bordelaise, ce qui pourrait expliquer les représentations de l'isolement de ce territoire autrement que par ses aspects insulaire et paysan. Le lazaret médiéval près de Pauillac par exemple accueillait les marins pour une quarantaine avant de débarquer à Bordeaux [Dubuc, 1997]. L'existence des colonies agricoles que j'ai évoqué plus haut indique également que le Médoc s'est révélé comme la terre des exclus de la ville, qui y envoyaient ses orphelins [Méric, 2010a, 2010b]. Pour autant, ouvert sur l'Océan et gardien de l'estuaire, le Médoc a souvent été convoité pour son emplacement géostratégique : les romains dans l'Antiquité, les anglais au Moyen-âge ou encore les allemands lors de la seconde guerre mondiale ont tenté de se l'approprier. Alors que de nombreux blockhaus jalonnent encore les plages, il m'a été donné d'entendre la voix d'un couple d'anciens ostréiculteurs René et Josette, âgés de 86 ans et 78 ans, ayant vécu l'occupation allemande. Je les ai rencontrés chez eux, par l'intermédiaire de Jeanne, qui était leur auxiliaire de vie et l'une de mes interlocutrices régulières :

« Josette : On ne leur faisait pas la grimace ! J'étais gamine, j'habitais une ferme : on avait des vaches, des poulets, des canards, enfin bon. Ils étaient venus se camper dans les prés, avec une mitrailleuse, et ils venaient chercher

39 Pour une vision historique large, voir l'ouvrage de vulgarisation *Fascinant Médoc* de Marie-Josée Thiney publié en 2013 aux éd. Sud Ouest, Bordeaux. Pour des approches micro-historiques, voir les *Cahiers Médulliens* publiés par la Société Archéologique et Historique du Médoc, disponibles à la bibliothèque municipale de Pauillac et dont certains numéros sont parfois vendus dans les librairies ou les marchands de journaux locaux.

du lait ! Ils payaient, mais on ne pouvait pas refuser. Alors papa me disait : « Va mettre de l'eau dedans, s'ils disent quelque chose, je ferai semblant de t'engueuler ».

René : (...) Ils sont arrivés en 1940. Ils se sont installés pour rester. Ah oui ! Ils ont fait sauter tous les ponts depuis Lacanau, Saint-Vivien, Mayan... Ça faisait une poche, c'était la 'poche du Médoc'.

Josette : Ils avaient évacué les enfants, les vieillards, et ils avaient gardé que les valides. Mes parents sont restés. Ils faisaient de la culture. Les boches faisaient du blé, du maïs, ils étaient installés ! Moi, j'étais à la Réole, dans le Lot et Garonne. Il y avait des communes comme ça qui voulaient bien nous accueillir. Ça faisait six communes médocaines déplacées en zone libre ! Mes parents sont jamais partis, ils avaient quoi, 40 ans à ce moment-là...

René : Les allemands voulaient pas partir, non. Ils nous disaient : « Nous, ici 100 ans ». Et moi, je me suis sauvé, magiquement je pourrais dire. J'étais à Saint-Vivien, au marché le mercredi, comme toujours, avec ma mère. J'avais 17 ans. Elle discute avec un homme, qui s'occupait de faire traverser des gens. Clandestinement. Le soir, je rentre du travail [René aidait aux cultures et travaillait deux jours par semaines comme ouvrier pour les allemands] et elle me dit : « demain, tu vas pas aller au travail. Tu vas partir cette nuit. » Alors voilà, il a fallu passer, sur les coudes, dans la prairie, auprès des mitrailleuses... Et après zone libre !

CL : Bordeaux était occupée ?

René : Non ! Ni Bordeaux, ni le Blayais ! C'était la poche du Médoc : c'était Vensac, Saint-Vivien, Talais, Grayan, Soulac et le Verdon ! (...)

Jeanne : La poche du Médoc, ça a été un des derniers bastions. On avait l'impression d'être coupé du monde.» [Extrait d'entretien avec Josette et René, retraités⁷⁸ et 86 ans, sans enfant]

Dans ce récit, René et Josette me donnaient à entendre, comme d'autres médocains, un récit présentant le Médoc comme un territoire à la fois précieux, rude et isolé, constituant un avant-poste sacrifié à la capitale girondine bourgeoise. Ces événements historiques, qui marquent encore les mémoires ou qui contextualisent aujourd'hui les intrigues d'ouvrages littéraires comme ceux de Jean-Pierre Méric [2009 ; 2010b], ont pu influencer une certaine rupture entre la presqu'île et la ville de Bordeaux.

A d'abord considérer la question des limites du territoire médocain, question chère aux géographes pour sa complexité, celui-ci est décrit dans la Charte du Pays Médoc comme une presqu'île aux contours « évidents », à l'image d'une île dont les frontières sont naturellement instituées par les eaux qui la bordent. Si l'Océan et l'estuaire constituent des frontières physiques naturelles qui incitent à les penser comme « évidentes », la délimitation sud de la presqu'île, qui englobait trois communes de la CUB, ne faisaient

pas toujours consensus. Pour certains médocains rencontrés, « *le Médoc commence au nord de Castelnau* », là où l’empreinte bordelaise tendait à disparaître. La frontière invisible qui marquait une séparation entre monde rural et urbain, est d’ailleurs notifiée dans la Charte qui fait d’ailleurs remarquer une certaine tension symbolique à ce niveau :

« Sur un même territoire géographique, une logique rurale et une logique urbaine s’expriment et parfois s’affrontent. La société paysanne résiste à la pénétration d’une société métropolisée, qui exerce une forme d’hégémonie, justifiée par une dynamique sociale et économique forte » [Conseil de développement du PaysMédoc, 2003 : 26].

Dans cet extrait, on remarque aisément la réutilisation de l’imaginaire paysan, mis en perspective avec une ville souveraine à la démographie galopante. A mon sens, ces propos trouvent racine dans les discours diffusés après-guerre par la sociologie rurale mendrasienne. Pour eux souligne Gilles Laferté, le degré qui distinguait les paysans des « primitifs », c’était bien la présence proche de la ville qui exerçait une domination ou des liens de féodalité. De ce point de vue, les espaces ruraux et le village campagnard étaient conçus comme les « périphéries de l’intérieur » pour l’observateur occidental urbain [Laferté, 2014 : 426]. En Médoc, la frontière idéale entre rural et urbain demeure visible dans certains découpages administratifs du territoire tels que celui de l’arrondissement Insee de Lesparre-Médoc et celui prévu dans le cadre du PNR à venir.

Cette dichotomie rural/urbain se répercute sur la question contemporaine de la mobilité des personnes : à la question du manque de mobilité apparente des médocains répond celle de l’isolement autarcique de cette population, alors vue comme une catégorie homogène. « Le Médoc doit trouver le moyen d’être plus ouvert, sinon... c’est la réserve d’indiens ! » avait en effet plaisanté M. Pinson au musée des Arts et Traditions Populaires. Il est vrai que les infrastructures routières et ferroviaires étaient encore limitées pendant mon enquête : la route départementale était souvent encombrée et le train, peu fréquent, circulait sur une unique voie située à l’Est. Les routes secondaires quant à elles, m’ont valu bien des égarements, mais comme à certaines de mes interlocutrices médocaines par ailleurs... Le bateau reliant la pointe du Médoc à Royan restait rare et coûteux⁴⁰.

A la fin de mon enquête, la question de la mobilité des populations faisait l’objet d’un axe politique fort pour le Pays Médoc et le Conseil Général de la Gironde qui ont organisé une journée de concertation autour de la mobilité en 2013 :

40En octobre 2014, un aller simple pour un voyageur coûtait 3,20 euros. Il fallait compter 23,80 euros pour une voiture.

« Le but de ce forum est de se poser la question de l'adéquation de l'offre de transport par rapport aux besoins des populations (...) [et] de mieux comprendre l'ensemble des freins au mouvement, à cette façon de penser l'ailleurs comme un voisinage plutôt qu'une terra incognita porteuse de tous les dangers. Ces freins-là vous l'aurez compris sont cognitifs et psychologiques, ils interfèrent tout autant que l'offre de transport dans l'ouverture au monde. » [Pays Médoc, CG33, 2013 : 4]

Le rapport montrait que pendant des décennies, les efforts en lien avec la mobilité ont consisté à améliorer la connexion entre le Médoc et la communauté bordelaise, sans vraiment considérer les liaisons internes entre villes médocaines. Une amie bordelaise, professionnelle de l'insertion sociale en Médoc, m'avait déjà confié son étonnement quant aux faiblesses des transports en commun sur les axes est-ouest, ce qui constituait un réel handicap pour les personnes sans voiture qu'elle encadre. Par exemple, les bénéficiaires de son action de service civique qui résidaient à Saint-Laurent devaient se rendre à Pauillac, à une dizaine de kilomètres de là, pour les formalités du Pôle Emploi. N'étant pas véhiculées et peu enclines à faire de l'auto-stop, ces jeunes personnes prenaient, à défaut d'une meilleure opportunité, un bus les menant jusqu'à Lesparre puis un autre jusqu'à Pauillac après un certain temps de correspondance qui pouvaient amener la durée de ce déplacement à trois heures environ. Elle m'avait fait remarquer que les axes principalement desservis par le bus ou le train prenaient la direction nord-sud, les bus de plages saisonniers exceptés. A dire vrai, nombre de mes interlocutrices, usagères réelles ou potentielles de ces transports, se sont plaintes des difficultés de déplacements à l'intérieur de la presqu'île. Fatima par exemple, une mère de famille marocaine rencontrée pendant l'enquête et installée sur une commune de l'estuaire, avait été contrainte de refuser un travail dans un restaurant de la côte pour ces raisons.

Pour Jean-Pierre Orfeuill, la société française est passée d'une mobilité de plaisir et d'autonomie acquise avec l'automobile et les Trente Glorieuses, à une obligation de mobilité, parallèlement aux mutations et à la flexibilisation de l'économie de marché. Le fait de pouvoir se déplacer facilement est aujourd'hui une condition quasiment indispensable à l'employabilité, condition qui peut être difficile à atteindre en zone rurale où les distances à parcourir sont souvent plus importantes, moins bien desservies qu'en ville et plus coûteuses [Orfeuill, 2010]. Ces constats montrent à mon sens, que la question de la mobilité dans le Médoc a d'abord été une question répondant à une pensée urbaine et industrielle, et que le déficit de mobilité incriminé n'existe qu'en comparaison avec Bordeaux et son entourage ainsi qu'au sein d'un contexte économique en reconfiguration dans le monde rural médocain. Les médocains font figure d'insulaires participant de leur propre exclusion et cultivant leur immobilité, éléments qui ne leur sont peut-être pas si caractéristique quand on observe que le mode de vie dans les îles fait très souvent l'objet de ces mêmes représentations [Le Breton, 2003]. Par ailleurs, cette problématisation de la mobilité semble davantage considérer la circulation Bordeaux-Médoc (urbain-rural dans les représentations) sans pour autant se

pencher outre mesure sur les déplacements des populations à l'intérieur du territoire, déplacements que j'ai perçu comme pas toujours faciles et demandant parfois une organisation lourde pour de courts trajets (sans voiture, il est par exemple plus simple de faire un trajet Bordeaux-Lesparre par le bus ou le train qu'un trajet transversal dans le Médoc, comme Pauillac-Carcans) [Annexe n°2– Carte n°9]. Malgré cela, le rapport du Forum des mobilités montrait les efforts continus du Conseil Général pour les liaisons vers Bordeaux tandis que les trajets internes à la presque île sont moins considérés comme le fait de personnes qui dynamisent le Médoc mais comme celui d'« usagers captifs sur leur territoire » [Pays Médoc, CG33, 2013 : 26]. Du point de vue du Conseil Général, ces déplacements internes devraient être en grande partie à la charge des communautés de communes locales. Or « à ce jour, sur le Médoc, seule la CdC Médoc Estuaire s'est lancée pour avoir cette délégation en matière de transport. Jusqu'à présent la question de la transversalité est traitée par le système « D » reposant sur un système coopératif, d'entraide et solidaire. » [Pays Médoc, CG33, 2013 : 32].

Le rapport proposait également les résultats d'une enquête par questionnaire sur la mobilité de jeunes collégiens, lycéens et usagers des Points Informations Jeunesse en Médoc : il en ressortait qu'aux freins matériels s'ajoutaient des freins cognitifs, c'est à dire les savoir-faire du déplacement (maîtrise du territoire, des moyens de transports, mais aussi des codes sociaux) ainsi que des freins psycho-sociologiques dans la mesure où certains jeunes ne présentaient pas d'appétence, et parfois plutôt une crainte à la découverte de territoires inconnus. Mon amie en charge de jeunes en service civique me relatait d'ailleurs que certains de « ses » jeunes avaient « peur de descendre à Bordeaux, de se perdre, de ne rien comprendre », quand d'autres habitants de l'estuaire rencontrés durant le recherche n'avaient jamais été, ni éprouvé l'envie d'aller voir l'Océan. Même si l'étude concluait qu'il fallait éviter une injonction à la mobilité, elle préconisait un apprentissage de la mobilité quand il n'existait pas dans la sphère familiale.

En conclusion, il apparaît qu'en opposition avec l'image représentant un art de vivre vertueux en Médoc, il existe une figure stéréotypée du médocain : ce dernier serait ainsi attaché à sa terre sur laquelle il cultive la forêt et la vigne et répond aux représentations de l'archétype du paysan déployé par les folkloristes et enraciné par les sociologues de la ruralité. L'autarcie supposée des médocains trouve ainsi une explication causale dans le prolongement d'un ancien mode de vie paysan fantasmé. Elle expliquerait, aux dires de certains bordelais, les pratiques incestueuses des médocains car les règles d'alliance de la paysannerie supposaient des unions consanguines pour des raisons foncières ou d'isolement. L'arriération des habitants tiendrait certes aux fruits des relations incestueuses et communautaires, mais aussi à la viticulture (les ouvriers-tâcherons auraient été payés en bouteilles de vin) qui ne peut qu'inciter à l'alcoolisme selon les personnes interrogées.

Dans l'ensemble, la catégorie homogénéisée et stigmatisante de « l'identité culturelle médocaine » impliquerait une grande distance avec la modernité. Ancrés dans leurs

traditions, les frustes et rudes médocains seraient ainsi incapables d'adopter les codes et savoirs urbains, tels que ceux liés à la mobilité, et demeureraient dépendants de leur exploitation des ressources naturelles environnantes.

1.3. Qu'est-ce qu'être médocain ? Un éventail d'appartenances

1.3.1. Des caractéristiques culturelles surexposées ?

Difficile d'affirmer qu'il existe un « rythme naturel » en Médoc, car il est avant tout constitué par l'activité des hommes : certains cultivent la vigne, d'autres attendent les saisons de chasse, de pêche ou la saison des touristes. De même, la presqu'île n'apparaît pas aussi retirée du monde et du temps que ce que l'on voudrait croire. Lors d'un entretien, je demandai à Jean-Pierre Méric, historien et romancier médocain :

« Moi : - Est-ce qu'il y avait déjà au XIXe siècle un isolement géographique par rapport à d'autres régions ? J'ai entendu dire des médocains qu'ils étaient enclavés...

Jean-Pierre Méric : - Du point de vue historique et géographique, le Médoc n'a pas été plus isolé que d'autres régions. Toutes les régions l'étaient jusque vers 1840-1850, grande époque où l'on ouvre les chemins, c'est-à-dire l'époque où l'on commence à faire des routes praticables. Avant c'étaient des chemins étroits non empierrés. A partir de 1840, grosso modo, on a cette préoccupation d'établir des communications. Cela ne veut pas dire que l'on ne se déplace pas, surtout en Médoc. Mais en Médoc on y va par la rivière, voie de communication toujours praticable. Quand vous dépouillez des courriers, je ne parle pas du côté forêt, où là ce sont des « sauvages », lorsque donc vous dépouillez des courriers de régisseurs de grands domaines viticoles, ou des gens qui sont de Saint Symphorien ou de Soulac: ils prennent constamment le bateau, par l'estuaire. Il y a de petits ports très actifs tout du long? Tandis que la route romaine n'est quasiment plus entretenue. Si vous lisez le voyage de Stendhal, qui va à Pauillac en 1838, il y a va par le bateau, ensuite il prend la diligence de Pauillac à Lesparre. (...). Dire que le Médoc a été isolé, pas plus qu'ailleurs. La preuve c'est que les Grandes Fortunes bordelaises, après les événements de 1709 quand il s'agit d'investir l'argent qu'on avait, ce n'est pas dans la Lande qu'ils sont allés, c'est dans le Médoc. S'il y avait tant d'inconvénients que cela, ils ne seraient pas allés là. Cela, on a tendance à l'oublier. » [Mr Méric, historien et romancier, Président de la Société d'Archéologie et d'Histoire du Médoc]

L'attractivité médocaine perdure aujourd'hui et ne permet pas de penser l'autarcie de la presqu'île qui demeure dépendante de l'activité touristique ainsi que le précisait Jean-Pierre Méric :

« il y a une espèce de culture de la singularité, qui fait que nous voulons notre 4 voies pour aller à Bordeaux mais on ne veut pas que les touristes viennent et en même temps si les touristes ne viennent pas on n'a pas à bouffer... ». [Mr Méric, historien et romancier, Président de la Société d'Archéologie et d'Histoire du Médoc]

Monique Digeon appelle « paradoxe de la tranquillité » cette double logique de préservation et de valorisation de la quiétude des lieux mêlée à l'accueil estival de milliers de touristes. Pour elle, « la représentation de la tranquillité s'exprime pour certains par une idée de solitude au milieu des éléments naturels (...). Elle vient en antithèse de la foule, du bruit, de la précipitation, tout ce qui ressemble à la ville et son corollaire, le stress » [Digeon, 2004 : 35] alors même que ce calme n'est pas incompatible avec l'idée de le partager, moyennant finance, à une manne touristique importante sur le territoire. A noter qu'en plus de la forte activité de tourisme balnéaire et culturel, le Médoc accueille des événements internationaux qui dynamisent la vie culturelle et économique. Dans le domaine sportif, le marathon du Médoc rassemble chaque année plus de 3000 coureurs et de nombreux visiteurs, tandis que la compétition de surf du Lacanau-pro attire des compétiteurs de nombreux pays. Côté musique, le plus gros festival de reggae européen le Reggae Sunska s'est déroulé plusieurs années de suite en Médoc, avant d'être relocalisé à la périphérie de Bordeaux ne trouvant plus de commune d'accueil ; pendant l'été 2012, le festival a battu des records d'affluence car près de 80 000 personnes sont venues écouter les chanteurs mondialement connus comme Jimmy Cliff et Damian Marley, le fils du célèbre père du reggae. Ces événements contribuent à la renommée de la presqu'île mais aussi au brassage de sa population trop souvent qualifiée à tort d'enclavée et d'autarcique.

Parallèlement à une vision romantique et « empaysannée » du médoc et des médocains, supposés vivre en harmonie avec la nature, j'ai pu observer une exploitation de la nature majoritairement industrialisée et peu compatible avec les fantasmes d'un mode de vie sauvage et originel. Par exemple, si M. Pinson du MATP m'expliquait que la plantation de pins maritimes avait transformé les activités économiques locales qui se sont tournées vers la sylviculture, il est clair que la gestion des forêts n'est pas vraiment « naturelle » : au contraire, elle est très encadrée et rationalisée (par l'Office National des Forêts notamment), même si elle laisse le champ libre aux pratiques de chasse, de cueillette et de promenades.

Côté estuaire, les terres limoneuses sont réservées, depuis l'époque gallo-romaine, à la culture de la vigne et à la fabrication du vin. Le paysage est essentiellement composé de rangées de vignes en monoculture intensive et très souvent mécanisée. Les ouvriers

viticoles d'autrefois y étaient payés à la tâche et souvent en vin d'après ce que m'ont rapporté des interlocuteurs médocains et bordelais. Ces derniers voyaient d'ailleurs dans ce point historique une explication à l'alcoolisme et l'arriération de leurs voisins... Aujourd'hui, la transmission et les savoir-faire auraient évolués, en témoigne la bande-dessinée en vente dans les boutiques à touristes et qui met en scène une jeune héritière d'un château médocain, décidée à en reprendre les rennes et à devenir œnologue malgré la masculinité du milieu [Encadré12]. Si les femmes semblent pouvoir accéder plus facilement aux métiers de l'œnologie via des formations sur Bordeaux, elles sont également présentes dans les vignes en tant qu'ouvrières, l'emploi dans les chais demeurant encore très masculin d'après les témoignages de plusieurs d'entre elles. Parmi elles, j'ai pu rencontrer de nombreuses femmes d'origine ou de nationalité marocaine, employées occasionnellement et au besoin pour les différentes étapes de la viticulture, sans qu'il ne soit question d'elles ni de cette multiculturalité dans la viticulture médocaine au sein des brochures touristiques. L'emploi des populations migrantes marocaines dans la culture des vins de Bordeaux est une question qui a également été travaillée par l'anthropologue Chantal Crenn, sous l'angle de la marginalisation et l'invisibilisation de ses personnes par les populations « indigènes » [Crenn, 2013], constat qui semble se répéter sur la presque île médocaine. Enfin, si « l'affaire du port méthanier » a réuni plusieurs milliers de personnes de tous horizons sociaux et politiques au sein de l'association « Une pointe pour tous » pour militer et finalement annuler le chantier prévu au Nord-Médoc, cette mobilisation citoyenne n'a pas perduré concernant le maintien de la centrale nucléaire de Blaye qui fait face à Pauillac, de l'autre côté de l'estuaire.

Était-ce tout cela la singularité médocaine dont parlait Jean-Pierre Méric ? Les paradoxes entre discours sur le Médoc et observation de ses réalités concrètes m'ont semblé pouvoir être appréhendée sous l'angle du concept d'appartenance, développé par Martina Avanza et Gilles Laferté [2005] :

« Identification – attribution catégorielle – et image – production discursive – décrivent des actions qui visent à homogénéiser les groupes et les territoires. Parce que ces actions sont le produit d'entrepreneurs aux positions sociales spécifiques, administrateurs des populations ou représentants des groupes, parce qu'elles s'inspirent de répertoires de techniques, de symboles ou de perceptions préconstituées, elles réduisent les rapports des individus aux groupes et aux territoires en quelques traits saillants. (...) Travailler sur les identifications et les images, c'est bien souvent étudier des élites sociales en lutte pour imposer leur vision du monde à un ensemble social plus large. Par contre, travailler sur des appartenances (...) implique de partir du « bas », des pratiques des identifiés ou représentés pour comprendre comment ils s'approprient, refusent, acceptent ces identifications et ces images.

La logique de l'appartenance suit les modes d'insertion des individus

dans les différents groupes d'appartenance (famille, ouvriers, copains), autour de l'usine, du football, du bar ou de la maison. L'appartenance relève de la participation des individus à la chose collective, au groupe, qu'il soit politique, syndical, familial, amical, participation à la fois produite et productrice des socialisations multiples des individus (...). L'appartenance n'est pas une prescription externe à l'individu, comme le sont l'identification et l'image, mais correspond à sa socialisation. Il s'agit d'une autodéfinition de soi ou encore d'un travail d'appropriation des identifications et images diffusées au sein d'institutions sociales auxquelles l'individu participe. (...) la particularité des socialisations à l'échelle d'un individu fractionne en autant de scènes sociales les lieux d'expression de leurs appartenances diversifiées.» [Avanza, Laferté, 2005].

Ainsi peut être définie l'appartenance sociale en tant que forme identitaire individuelle, distincte des enjeux liés aux processus d'identifications institutionnels et aux productions d'images stéréotypées servant les besoins de groupes sociaux plus larges. L'identité médocaine n'est ainsi pas uniquement le fait de découpages administratifs et politiques, ni seulement le fruit de représentations fantasmées d'un idéal de vie au naturel ni au contraire celui d'un mode de vie autarcique, sauvage et paysan. Elle est aussi le fruit de socialisations individuelles, de choix libres et contraints qui se posent aux individus interagissant dans ce contexte particulier. Cette approche est d'autant plus importante à prendre en compte que les anthropologues ont longtemps été des « fabricants » d'identité culturelle. En anthropologie, la production d'identités culturelles régionales peut notamment se lire au travers de l'histoire de la notion de patrimoine ethnologique.

Historiquement, la période post-révolutionnaire française a vu naître la notion de patrimoine : malgré la volonté de faire table rase de l'Ancien Régime et d'en détruire les monuments qui en constituaient les symboles forts (comme les châteaux par exemple), les arbitrages politiques se prononcent sur la conservation de ces objets pour mieux se souvenir d'un passé que l'on ne souhaite plus voir resurgir. Considérés comme « patrimoine national », celui-ci est muséifié et fait l'objet de pratiques mémorielles comme pour mieux neutraliser le pouvoir que ces objets représentaient et asseoir les valeurs révolutionnaires ainsi que le nouvel État-nation :

« De façon concomitante et irréversible, la Révolution française produit les propres signes et témoins de son histoire. (...) l'histoire de la Révolution française présente la particularité de s'être vécue elle-même comme une rupture volontaire « lançant un mouvement de “ propagande ” considérable pour inscrire ce changement dans l'ordre des choses » [Martin, 1997 : 98]. Les traces matérielles conservées de la Révolution française émanent non seulement pour une partie d'entre elles d'une volonté explicite d'être transmises mais aussi d'une sélection idéologique opérée tout au long du XIX^e siècle. Que

ce soit au moment de la production, de la conservation ou de la présentation au public, la question du choix des objets intervient, engageant des jugements de valeur et des positions politiques.» [Barcellini, 2002].

Nous avons vu plus haut que l'histoire de l'archétype paysan était fondamentalement liée à celle du folklorisme, discipline des sciences humaines qui resta longtemps tenu à l'écart des sciences humaines universitaires pour ses accointances avec les sphères politiques, notamment dans les périodes de crises nationales et de guerres. Le folklore puis l'ethnologie de la France ont en quelque sorte créé les « identités régionales », elles-mêmes constitutives de l'imaginaire national français alimenté par le pouvoir politique :

« l'expression même de « culture régionale » est récente (une circulaire du ministère de l'Éducation nationale l'officialise en 1969) (...). Le « régionalisme » qui s'organise sous la III^e République (...) prône sans doute la décentralisation et la reconnaissance culturelle des « petites patries » ou d'ensembles plus vastes, mais ne remet pas en cause le modèle national. » [Bromberger, Meyer, 2003].

Les années 1970 et 1980 connurent en France une vague de revendications identitaires régionalistes, toujours soutenue aujourd'hui parallèlement à l'accélération de la globalisation, affirmant le caractère spécifique des espaces et de leurs habitants selon les mêmes codes usités lors de la construction nationale (histoire fondatrice commune, langue, folklore, culture). Ces identités revendiquées sont qualifiées de plus authentiques (donc non artificiellement construites) et légitimes. Pour les chercheurs de la veine de la « construction des identités » [Thiesse, 1999], ces caractéristiques et identités spécifiques ont parfois été reprises comme telles par les chercheurs selon une perspective dénoncée pour son essentialisation des réalités observées. Claude Lévi-Strauss au sein de son séminaire « Identité » ou Fernand Braudel et son ouvrage *Identité de la France* de [1986] restent emblématiques de postures scientifiques ne prenant ni en compte l'historicité des sociétés et des cultures, ni les stratégies d'acteurs [Avanza, Laferté, 2005].

Pour ce qui concerne le Sud-Ouest de la France, l'anthropologue Bernard Traimond insiste sur la dimension historiquement située de « l'invention » des caractéristiques régionales landaises, datant cette construction sociale à visée politique au tout début du XIX^e siècle, au moment où les récits de voyages vont subitement faire état de cette contrée et que la France poursuit sa construction post-révolutionnaire [Traimond, 2004]. Plusieurs travaux actuels portant sur la région semblent empreints de cette quête de l'identité culturelle, s'inscrivant ou servant d'autant plus les jeux de légitimation identitaire locaux que les ethnologues sont aussi « indigènes » sur leurs terrains d'enquête. L'anthropologue basque Pierre Bidart étudia la « basquité » en tant que singularité culturelle [Bidart, 2001], en s'intéressant davantage aux modèles discursifs

déployés par les institutions locales (pour renforcer ou minimiser cette singularité) qu'aux différentes appropriations qu'en faisaient les individus qui résidaient alors en *Euskadi*. Des questions restent en suspens : dans quels types d'interactions se dit-on basque ? Qu'est-ce que cela donne à voir de soi et du groupe ? Etre basque signifie-t-il d'adopter certaines pratiques au quotidien ? Comment vit-on au Pays Basque lorsque l'on n'y est pas né ? Ces choix en matière d'approches méthodologique et analytique, frisant parfois l'essentialisation, positionnent le travail comme un appui engagé au politique. Il en va de même pour les ouvrages du politiste médocain Christian Coulon en Médoc après avoir vanté la gastronomie locale faite des produits de l'activité de la tribu des « chasseurs-cueilleurs » du Médoc [2000], il donne à lire les « valeurs du lieu », de l'esprit tribal à la sauvegarde de l'environnement en passant par l'histoire des cités locales, les légendes, la chasse, la cueillette des champignons et le savoir-faire viticole [2014]. Excepté peut-être lorsqu'il fait le portrait d'une jeune femme médo-marocaine devenue viticultrice et qui illustre le dynamisme propre à ce lieu, c'est bien une identité médocaine quelque peu stable et figée - une sorte de « singularité médocaine médocaine » - qu'il décrit.

Dans leur Béarn natal, Pierre Bourdieu [2002] puis Colette Milhé [2008 ; 2011] ont plutôt privilégié une approche constructiviste de l'identité culturelle locale, telle qu'elle se forme, se joue et se transforme à l'échelle des individus. Le célèbre sociologue s'est penché sur la condition paysanne d'après-guerre pour montrer les difficultés de reproduction sociale de cette « classe-objet » dont les habitus « traditionnels » (il prend l'exemple des stratégies matrimoniales) ont été contraints par l'exode rural et parfois abandonnés au profit de façons d'être et de faire propres à la modernité citadine. Pour l'anthropologue Colette Milhé, l'intérêt pour la construction de l'identité culturelle occitane s'est doublé d'une approche par la pragmatique du langage : cette méthode d'analyse (notamment portée par Bernard Traimond [2004]) lui a permis de voir que son statut d'anthropologue suscitait de la méfiance de la part de ses interlocuteurs, soucieux de ne pas se trouver ensauvagés dans les écrits de l'ethnologue, qui représentait en même temps une opportunité pour la reconnaissance de l'Occitanie béarnaise par la caution universitaire. Ainsi, travailler sur l'identité culturelle d'un lieu et de ses habitants n'est jamais sans impact sur les enjeux politiques ou idéologiques portés par les acteurs locaux, ce dont le chercheur doit garder en conscience.

Le rôle des ethnologues dans l'invention des traditions régionales et des identités culturelles est ainsi désormais bien connu : dans l'article « Campagnes de tous nos désirs...d'ethnologues ! », Gilles Laferté et Nicolas Renahy dénoncent le fait que nombre d'ethnologues ne spécifient pas, dans leurs travaux sur le patrimoine et les identités rurales, leur affiliation avec les sphères de la politique culturelle contemporaine à laquelle ils offrent une expertise non sans biais éthiques et scientifiques [Laferté, Renahy, 2003]. L'anthropologue post-moderne Gérard Althabe déconstruisait déjà le rôle des ethnologues dans la production de ces identités : il montre que les travaux ethnologiques sur la disparition et les survivances des sociétés

paysannes négligent leur recomposition dans le présent et surtout, conduisent à la production d'identités collectives nécessaires au travail de l'ethnologue, vu comme le spécialiste de la question [Althabe, 1992 : 19]. Il en va du même processus avec Edward Saïd qui a par exemple montré en quoi l'Orient était une construction des occidentaux européens [Saïd, 1980], de même que Jean-Loup Amselle et Elikia Bokolo ont conclu à l'ethnocentrisme des anthropologues qui ont élaboré la notion d'ethnie [Amselle, Bokolo, 1985]. Ces remises en cause n'empêchent pas l'utilisation populaire ou médiatique de ces deux catégories, souvent érigées en stéréotypes (il existerait un mode vie et de pensée oriental, des mentalités ou des conflits ethniques). Gérard Althabe dénonce ces procédés méthodologiques et analytiques qui figent ou créent les similarités et les différences entre les individus et les sociétés :

« A travers l'opération ethnologique qui fait des sujets des acteurs d'une société singulière, à travers une démarche qui vise à rendre compte des traits distinctifs d'un univers social, on cristallise et on fige une catégorisation, on alimente ainsi les processus d'exclusion » [Althabe, 1992 : 19].

Il devient ainsi nécessaire aux chercheurs de sciences sociales de restituer la complexité de la réalité sociale et d'affirmer la partialité de leur regard, au risque de produire des visions stéréotypées des individus et des groupes qu'ils étudient. Cela est d'autant plus important qu'une forte légitimité accompagne généralement leurs travaux, portée par des représentations de la science comme productrice de vérité(s) et renforcée par la valeur accordée aux savoirs écrits [Goody, 1979]. Le cas des Dogons du Mali constitue un bon exemple à ce titre : du point de vue de l'anthropologue Anne Doquet, ces individus forment aujourd'hui une société « ethnologisée » en raison de « l'acharnement » des ethnologues à vouloir les étudier depuis la célèbre mission Dakar-Djibouti (1931-1933) jusqu'à nos jours [Doquet, 1999: 289]. Au village de Sangha où elle a enquêté, « l'image de fidélité aux traditions qui ressort de la majorité des travaux consacrés aux Dogons n'est, en effet, pas sans répercussions sur le comportement et l'identité des jeunes villageois » [Doquet, 1999: 89]. La danse des masques, encore présentée comme constitutive de la culture Dogon au musée des arts premiers du Quai Branly à Paris⁴¹, s'est trouvée affectée d'une part par la présence, les intérêts et les écrits stéréotypants des ethnologues, et d'autre part par la venue régulière de touristes ainsi rendus curieux de cette « tradition » si exotique. En effet, « fabriquant des danses à l'intention des touristes, les villageois feignent, en quelque sorte, de vivre au rythme de coutumes invariables, alors que leur culture survit par l'adaptation au changement permanent » [Doquet, 1999: 289]. Médocains et Dogons sont-ils différents

41 Lors de ma visite en janvier 2015 de l'exposition permanente du musée des Arts Premiers du Quai Branly à Paris, j'ai été surprise de constater une salle exclusivement réservée aux masques Dogons, dans laquelle étaient exposés les masques appartenant à la collection muséale et projetées des vidéos anciennes et récentes de la désormais célèbre danse des masques. Les propos de Anne Doquet à leur égard n'étaient nulle part mentionnés.

du point de vue des processus de construction des représentations sociales qui les caractérisent aujourd'hui, leur permettant peut-être de participer au maintien de savoirs et pratiques tout en prenant part à des stratégies de reconnaissance politique et de développement de l'économie touristique? Il demeure difficile de répondre. Pour l'heure, penchons-nous sur les façons dont les personnes s'approprient certains aspects de l'identité médocaine telle que nous l'avons décrite jusqu'alors pour observer en quoi cette dernière tend à invisibiliser les appartenances plurielles et la variété des identités individuelles. Compte tenu de la problématique soulevée dans cette thèse, ce travail permettra une sensibilisation avec le contexte médocain à l'échelle micro, contexte au sein duquel vivent, travaillent, échangent et se soignent les femmes rencontrées ainsi que les thérapeutes auxquels elles recourent. Ce préalable permettra de mieux comprendre par la suite les situations ethnographiées et les enjeux contextuels qui les traversent.

1.3.2. Un régionalisme mitigé, une mosaïque culturelle à valoriser

Qu'il s'agisse des professionnels du développement local et/ou touristique, des (néo)médocains eux-mêmes ou des vacanciers, la sollicitation d'un imaginaire partagé lié à l'insularité et à la Nature contribue à définir positivement le Médoc comme un endroit isolé et préservé, lieu de pratiques ancestrales adaptées à une nature prédominante. La jeune géographe Vannina Bernard-Leoni a observé ce même phénomène de re-définition de soi en Corse. L'insularité y a d'abord été vue comme synonyme d'isolement et d'archaïsme, puis a été reprise dans les discours touristiques notamment :

« Les symboles de l'île et de l'insularité ont donc bien été accueillis par une société corse, qui ne s'est pourtant pas toujours pensée comme insulaire. Cette émergence de la conscience insulaire en Corse semble même s'effectuer après que l'insularité a été vécue comme un handicap. Il y a là une véritable inversion du stigmate au point qu'aujourd'hui l'insularité semble s'être imposée comme une des clefs et des symboles de la corsitude » [Bernard-Leoni, 2009].

En Médoc, l'adoption de ces images sociales positives permet de contrebalancer avec les représentations stigmatisantes dont le territoire fait l'objet (population défavorisée, désert médical, mode de vie archaïque, problèmes d'alcoolisme et de consanguinité...). Pour de nombreuses personnes rencontrées en Médoc, l'appropriation d'une identité en lien avec « l'art de vivre en Médoc » semblait pouvoir agir en résilience par rapport aux stigmates médocains et résonnaient positivement avec les valeurs sociétales actuelles en lien avec le développement durable et le retour au naturel. « L'art de vivre » en Médoc est constitué de traits culturels associés à la nature et à un mode de vie pensé comme traditionnel du « Sud-Ouest » (voire gascon) et dont les représentations appartiennent à un passé plus ou moins réel ou un univers imaginaire plus ou moins fidèle à la réalité. Pour le psychologue social Jean-Claude Abric, les représentations sociales d'un groupe

ont une fonction identitaire car elles occupent « une place primordiale dans les processus de comparaison sociale » et parce que « la représentation de son propre groupe est toujours marquée par une surévaluation de certaines de ses caractéristiques [...] dont l'objectif est bien de sauvegarder une image positive de son groupe d'appartenance » [Abric, 1994 : 16]. Il est compréhensible que les individus qui se réclament d'une « identité médocaine » la souhaitent positive et enviable et la transmettent comme telle. Pour autant si une singularité médocaine existe, à l'instar de la basquité décrite par Pierre Bidart [2001], elle semble d'abord être caractérisée par le paradoxe plus que par l'homogénéité aux dires de certains de mes interlocuteurs locaux comme cet ancien proviseur d'un lycée médocain :

« J'ai été 4 ans proviseur à P. Les gens sont dans une espèce de, comment pourrait-on dire: ils veulent tout et le contraire de tout. C'est-à-dire: on est bien chez nous, mais en même temps, cela les dérange quand on les traite d'indiens. En matière de scolarisation, cela pose de vrais problèmes. Au temps où on nous cassait les pieds avec les projets d'établissement etc. J'ai essayé une fois d'expliquer à l'inspecteur d'académie, qu'ici les histoires de projets d'établissement, enfin je ne l'ai pas dit comme cela, mais ce sont des trucs à la con... Parce qu'on fait cela avec les gamins qu'on a. Or ceux que l'on a, ce sont des gamins de la campagne qui ressemblent à mon avis de très près à ceux du blayais, ou ce du sud Gironde aux alentours de Saint Symphorien, qui n'ont pas d'ambition parce qu'ils sont de la campagne On ne peut pas les comparer à des enfants de bordeaux. » [Anonyme, ancien proviseur dans le Médoc, retraité]

Il y aurait une particularité rurale plus que médocaine selon cet ancien professionnel de l'éducation nationale. Pour Driss, un travailleur social venu de Bordeaux pour travailler auprès des jeunes d'une communauté de communes médocaine, la revendication d'appartenance à une culture médocaine était bien réelle dans les discours des personnes qu'il accompagnait. Pour autant, elle ne reposait pas vraiment selon lui sur des convictions politiques affirmées ou sur l'affirmation d'un mode de vie différent. Pour lui, cette identité culturelle servait à parler de soi-même même si elle ne reflétait pas un mode de vie mené en pratique⁴² :

« Driss: Votre enquête... ça viendrait contrebalancer cette histoire de réserve aux indiens, ce qui est plus vrai étant donné que les populations bordelaises, avec l'augmentation du foncier... Vous allez sur Saint-Laurent vous allez voir les maisons qui se construisent !

LK: La frontière du Médoc est moins étanche ?

Driss: Complètement. Mais il y a des choses genre « pêche, chasse et tradition » encore ! (...) Le médocain, non seulement il l'a intégré mais il se

42Ces paroles sont tirées d'un entretien enregistré réalisé par deux membres de l'équipe Médoc-Iresp quelques mois avant mon intégration à l'enquête et ma rencontre avec ce travailleur social.

valorise à travers ça. Parce que...à travers ça ils parlent d'eux. (...) » [Driss, travailleur social]

L'identité médocaine, quand elle était revendiquée par les individus, semblait servir à se définir comme appartenant à un mode de vie valorisant la nature, la tradition et le bien-vivre quand bien même les conduites n'étaient pas toujours en adéquation avec les discours. On peut en effet se dire médocain sans n'avoir jamais chassé ni pêché, sans savoir reconnaître les champignons ou préparer du gibier, ni savoir nager à l'Océan ou pratiquer des sports de glisse. Être né là, y vivre à l'année et participer à au moins l'une de ses activités reste néanmoins les conditions nécessaires à la reconnaissance de l'identité médocaine. Jeanne, rencontrée pendant l'enquête collective, connaissait un parcours atypique du point de vue de ses mariages mais par ailleurs relativement classique en Médoc. Elle était née sur la presqu'île où elle s'était mariée deux fois, la première avec un homme issu de la communauté des gens du voyage, et la seconde avec un parisien venu s'installer dans le chalet de vacances dont il était propriétaire au sein d'un des camp naturistes de la côte. Elle avait occupé différents emplois sur la presqu'île : longtemps ouvrière viticole dans un château, elle est devenue l'auxiliaire de vie de la propriétaire vieillissante avant d'exercer ce travail pour le compte d'une association dédiée aux activités de services à la personne. Elle était bonne cuisinière en matière de gastronomie du Sud-Ouest mais lui préférait de loin la cuisine crétoise plus légère et plus saine. Peu familière avec la baignade à l'Océan, c'est son second mari qui lui a appris à nager à l'âge de 50 ans. Elle aimait beaucoup le Médoc pour sa nature et son patrimoine bâti (beaucoup d'églises, d'abbayes et de prieurés) qu'elle connaissait par ailleurs très bien, savoir qu'elle affectionnait de transmettre à son entourage.

Il m'a ainsi semblé que se dire médocain n'était pas à comprendre comme une revendication politique régionaliste. Je n'ai d'ailleurs pas été confrontée de façon marquée lors de mon terrain à des discours idéologiques comme d'autres chercheurs ont pu l'être en Pays Corse ou en Pays Basque, lieux de luttes indépendantistes. Au contraire, je rejoins davantage (dans une moindre mesure) les travaux de Colette Milhé sur l'occitanisme en Béarn montrant que l'identité occitane existe davantage par ses pratiques culturelles que par ses revendications politiques, situation visible notamment au travers de l'usage de la langue, de l'adhésion à certaines institutions (*calendreta*-école occitane par exemple) ou la participation à certaines manifestations locales [Milhé, 2008 ; 2010]. Identité culturelle ne rime pas forcément avec identité politique. En Médoc, l'identité locale ne m'a pas toujours été aussi lisible qu'elle a pu l'être pour Colette Milhé en Béarn occitan. Peut-être est-ce dû au fait que mes recherches ne se focalisaient pas sur cet objet précis qu'est l'identité médocaine, sur laquelle mes données sont seulement issues de l'observation flottante. Néanmoins, étant originaire d'une station balnéaire des Landes où les enjeux autour de l'identité et du développement paraissent similaires à ceux observés en Médoc, je pense pouvoir dire que les « spécificités culturelles » qui y sont affirmées, ne le sont que par une minorité d'acteurs et ne reflètent pas un pouvoir politique traditionnel clair, mû par des intentions

précises pour le territoire. Il s'agit davantage de se dire de quelque part, *a contrario* de ceux qui ne savent plus d'où ils viennent, c'est-à-dire de ceux qui vivent l'anonymat et le déracinement propres à l'urbanité, de ceux qui cèdent à la perte de repères liée à la modernité. L'anthropologue André Micoud défend l'idée qu'actuellement les « campagnes » françaises, par le jeu des patrimonialisations et des jeux identitaires auxquels contribuent l'ethnologie et l'écologie, sont devenues un lieu important pour l'articulation du local et du global, dans un contexte de « crise de la modernité » et de mondialisation [Micoud, 2004 : en ligne]. Le rural constitue en effet aujourd'hui le lieu où l'ensemble de « la société se pose symboliquement et matériellement les problèmes de son rapport à la nature, en termes de cadre de vie, de risques ou de patrimonialisation » [Jollivet, 2001b, cité par Aubertin, Pinton, 2006 :25].

René Boucau a écrit une thèse sur le monde de la chasse en Aquitaine en 1998 s'intéressant particulièrement à l'expérience partagée des chasseurs, à leur adhésion à une identité culturelle commune perçue comme menacée de disparition au sein d'un monde changeant et en crise. Interrogeant plus particulièrement la mobilisation du groupe politique « Chasse, pêche, nature et traditions » dans les années 1990, il montre que certains aspects reposent sur des principes populistes contrairement aux mouvements écologistes avec qui il partage néanmoins une certaine critique de la modernité et une volonté de préservation de l'environnement. Pour autant, le sociologue considère ce mouvement protestataire comme un épiphénomène éclairant les enjeux identitaires, politico-économiques et idéologiques d'une France confrontée à la mondialisation de la finance et à une globalisation qui fait craindre aux minorités la perte de leur identité et la disparition de leurs valeurs. Christian Coulon affirme aussi l'idée d'un monde en mutation, au sein duquel l'identité culturelle médocaine et son « art de vivre » constituent un réel mode de vie tribaliste, basé sur une forme de résistance passive face à ce que le sociologue Claude Dubar appelle la « crise des identités » [Dubar, 2000].

«(...) oui, les Médoquins sont, à maints égards, tribaux et tribalistes. Et si l'on peut regretter que leur identité ne soit pas un peu plus poreuse et dynamique, il faut aussi considérer que ce tribalisme est en grande partie un moyen de protection de leur mode de vie. (...) ils ont adopté une logique de communauté afin de pouvoir continuer à être eux-mêmes. Mon maître en anthropologie, Georges Balandier, appelait cela du « traditionalisme de résistance ». [Le mode de vie communautaire] permet à nos Médoquins de se distinguer et de se défendre. Ils le font de manière « traditionnaliste », sans aller jusqu'à réclamer un statut spécifique dans l'espace public (...) C'est une façon de se définir et de vivre ensemble » [Coulon, 2014 :52].

L'auteur explique même que ce tribalisme est également visible dans le rapport particulier des médocains « aux institutions, aux administrations, à ce monde extérieur qui, *a priori*, ne fonctionne pas selon les règles de notre culture communautaire, ni des

relations interpersonnelles qui la fondent » [Coulon, 2014 :54]. Si j'ai quelques difficultés avec l'usage fait du « tribalisme » et du « communautarisme », termes qui possèdent des sens très forts et très connotés alors même qu'il ne reflètent le mode d'appartenance que d'une minorité de personnes, je préfère quand cet auteur parle des « valeurs du lieu » en tant que matière à libre appropriation individuelle (permettant d'adhérer ou non à certaines valeurs dites médocaines tout en adhérant à d'autres valeurs et à d'autres réseaux d'appartenances), dans la mesure où le Médoc est de plus en plus cosmopolite et pourrait être compris comme une mosaïque culturelle. C'est sans doute pour se défendre d'une possible dilution de l'identité médocaine au sein d'un assemblage mouvant et hétéroclite de modes de pensée et de vie que se définissent les appartenances à une prétendue médoquité. Pour autant, tradition et modernité ne devrait pas être toujours comprises en opposition mais plutôt dans leur co-existence :

« En ce débat, il importe de tenir grand compte des illusions de l'optique sociale. Lorsqu'il s'agit des sociétés traditionnelles (et de surcroît exotiques), l'impression de continuité paraît fort accentuée ; les anthropologues commencent seulement à reconnaître leurs dynamismes et à leur restituer une histoire. À l'inverse, lorsqu'il s'agit des sociétés industrielles développées, l'impression de changement est si forte qu'elle impose la certitude de véritables mutations ; alors que survivent des domaines traditionnels, (...) . La tradition n'est pas radicalement incompatible avec le changement, pas plus que la modernité avec une certaine continuité. » [Balandier, 1968 : 10].

Pour les femmes rencontrées, être ouvrière viticole, employée de chai, amatrice de vin, femme de chasseur, cueilleuse de champignons, fan de rugby, surfeuse pouvait signifier à soi et aux autres un désir de continuité, une résistance à l'urbanité, sans pour autant rejeter la modernité dans laquelle leurs vies étaient tout aussi inscrites via d'autres réseaux d'appartenances. En outre, ces pratiques n'étaient pas toujours l'apanage des personnes revendiquant leur identité médocaine ou de leur identité du Sud-Ouest : j'ai pu m'entretenir sur le terrain avec des femmes migrantes ouvrières à la vigne comme avec des touristes pratiquant le surf en Médoc chaque été.

1.3.3. L'autochtonie et l'exclusion

Le projet de PNR en Médoc est à la fois changement politico-administratif, processus de sauvegarde de la nature et engagement dans la reconnaissance de l'identité culturelle médocaine dite traditionnelle. Un effet pervers demeure à prévoir car déjà palpable à mon sens Pour Sylvie Brunel, l'élaboration de nouveaux modes de « développement » s'inscrit notamment dans la revalorisation des cultures paysannes, dans la conservation des modes de vie et des savoir-faire dits « traditionnels » et dans la préservation de la nature alors érigée en valeur absolue. En conséquence, elle dénonce un risque de

fixation des identités locales et de xénophobie, l'allochtone devenant la source de tous les maux face à une « authenticité » indigène [Brunel, 2010] dont on oublie souvent le caractère construit [Morin, 2006]. Alors que le monde se « disneylandise » au profit des élites, des scientifiques, des ONG et des touristes, les populations locales sont effectivement amenées à répondre à la demande exogène de concrétisation des mythes de « bons sauvages », de « paradis perdus » et de « villages pittoresques » [Brunel, 2010 :92-108]. Si nous n'en sommes pas encore à cette « disneylandisation » en Médoc, il reste que la construction de l'identité culturelle locale intègre peu la pluralité des profils que notre équipe de recherche a pu y rencontrer pendant ces trois années d'enquête.

En effet, le Médoc a connu de nombreuses vagues de migrations aux dires de nos interlocuteurs : populations espagnole, portugaise et marocaine se sont installées, motivées par l'emploi disponible comme main d'œuvre dans les travaux agricoles et viticoles. Les gens du voyage et les « jeunes itinérants » ou « en errance » y travaillent également sans que cela ne soit rendu visible⁴³. C'est bien cette même négation et invisibilisation que dénonce d'ailleurs Chantal Crenn dans ses travaux sur les marocains ouvriers viticoles du libournais, de l'autre côté de l'estuaire [Crenn, 2013]. Bien que médocain de sang et de cœur, Christian Coulon déplore que la culture d'une politique participative reste faible dans un contexte où la contestation peut facilement prendre des accents populistes et attribuer de bons scores au parti d'extrême droite du Front National [Coulon, 2014 : 415].

D'origine tunisienne, le travailleur social évoqué un peu plus haut, comprend mal ces résultats électoraux qui perdurent et espère une évolution vers l'ouverture⁴⁴ :

« Je voudrai créer un lieu d'apprentissage et de confrontation citoyenne. Là où on va à un moment donné se confronter à des idées, à des personnes qui sont : « moi qui suis différent de toi ». C'est exactement l'idée de ce qu'on disait. Il y a aussi cette image du médocain qui est fautive : cet homme des cabanes ou ces chasseurs. Moi je pense surtout qu'il faut permettre aux gens d'accéder à d'autres idées, à d'autres identités, d'autres cultures... parce que l'air de rien, ici c'est 41% de personnes qui ont voté Front National, pas dans le Médoc mais sur la commune de P. ! donc ça veut bien dire qu'il y a un souci... ça fait des 41% de racistes pour moi mais 41% de personnes qui ne connaissent pas les autres. Comment faire pour faire qu'il y ait ce lien. Alors je n'ai pas la prétention de faire qu'un lieu va être cela. Mais il faudrait l'ouverture de plein de lieux pour justement se confronter aux autres dans le terme le plus noble. On n'en est pas là pour l'instant. » [Driss, travailleur

43En France, il n'existe pas de statistiques sur la nationalité d'origine des individus ou encore sur leur appartenance ethnique ce qui ne facilite ni leur visibilité ni leur étude dans un contexte culturel où les chiffres sont des indicateurs prisés [Crenn, Kotobi, 2013].

44Voir l'article de presse : <http://www.francebleu.fr/infos/elections-europeennes-2014/elections-europeennes-en-gironde-des-scores-historiques-pour-le-fn-dans-le-medoc-1553665>

social]

Notre interlocuteur, se sentait assez étranger à cette culture médocaine « chasse, pêche et tradition », expression qu'il emploie aussi parce que c'est le nom d'un groupe politique conservateur qu'il n'apprécie guère. Pour Driss « cette image du médocain est fautive : cet homme des cabanes ou ces chasseurs » mais le fait est que « le médocain, non seulement il l'a intégré mais il se valorise à travers ça. Parce que... à travers ça ils parlent d'eux. ». Ces phrases insistent sur la dimension construite et identitaire, donc de représentation sociale, de cette figure du chasseur-cueilleur qui apparaît comme le stéréotype du médocain, dont l'effet pervers de son prétendu isolement insulaire est exprimée par l'image de la « réserve d'indiens ».

Le chasseur-cueilleur médocain, selon l'une des responsables du Pays Médoc, s'autocensure dans le domaine de l'accès aux soins médicaux et sociaux sur la presqu'île. Selon cette médocaine « de souche », il représente une catégorie pertinente et trop peu prise en compte dans les études et les politiques concernant les non recours aux services de soins :

« Si vous voulez rencontrer les publics qui ne viennent pas dans les dispositifs, il faut se rapprocher de la clinique, on les voit aux urgences ou aux colis alimentaires. Beaucoup de gens ici sont durs au mal (...) Les actions sur l'accès au droit sont toujours en direction des mêmes publics cibles. Les gitans par exemple, on les fait venir avec des dispositifs spéciaux et puis ça dure... Ce qui se passe, c'est qu'il y en a qui viennent prendre la place de ceux qui s'auto-censurent. Les chasseurs-cueilleurs sont les oubliés des dispositifs sociaux ». [Mme Delage, Directrice d'une institution locale de développement local]

Les « gitans », pris ici comme exemple en opposition avec les « chasseurs cueilleurs », presque systématiquement l'allochtonie dans les nombreux travaux anthropologiques des mondes tziganes [Clavé-Mercier, 2014]. Les propos tenus ne correspondent pourtant pas vraiment avec la grande diversité de parcours, d'origines, de pratiques des personnes que nous avons rencontrés dans et hors les établissements de soins dans le Médoc. Ils semblent néanmoins traduire le fait que l'identité culturelle médocaine telle qu'elle est déployée permet de penser l'autochtonie. L'autochtonie est d'abord une notion qui a servi à la protection des minorités indigènes amérindiennes dans les années 1970 avant d'être empruntées par de nombreuses autres populations indiennes se sentant menacées par la globalisation et l'économie de marché, dont elles sont devenues des symboles d'opposition, représentant une « mondialisation par le bas » [Morin, 2006]. Mais la définition de l'autochtonie s'accompagne nécessairement de celle de l'allochtonie, de la figure de l'étranger à l'égard duquel on alimente les clivages et les rapports inégalitaires [Daumas, 2015]. Si certaines personnes d'origine maghrébine se présentaient à nous comme médocaines, les catégorisations dont elles faisaient l'objet par les professionnels ou bénévoles interrogés les qualifiaient de migrants, les désignant

comme les « marocains » (même pour ceux qui ne le sont pas mais qui leur ressemblent en apparence), les « espagnols », les « marocains espagnols », les « gitans » ou encore les « pauvres gens » [Kotobi, Jacques, 2013]. Dès lors que nous avons questionné les fondements de ces classifications, elles se sont toujours révélées autant construites socialement que celles qui désignent « les chasseurs-cueilleurs », « ceux de la vigne », les « surfeurs », les « touristes » ou les « néo-ruraux » vus précédemment. Elles se sont également montrées réductrices par rapport aux situations réelles de ces personnes rencontrées. Pour le personnel institutionnel ou associatif, certaines situations avec ces publics ont été marquantes car elles nécessitaient parfois des prises en charge particulières, dans un contexte où les professionnels n'étaient que très rarement formés à l'interculturalité. Les problèmes liés à l'interprétariat observés lors de certaines consultations médicales en sont un exemple : je peux ici citer la situation où, en cours d'observation avec Laurence Kotobi dans la salle d'attente d'un centre de planification familiale, la gynécologue qui d'ordinaire nous refusait l'entrée de sa consultation pour des raisons de secret médical, m'a fait entrer dans son cabinet pour que je traduise les mots et maux de sa patiente issue des gens du voyage et hispanophone. Le Médoc a également connu des événements marquants pendant notre enquête concernant les populations migrantes et celles issues de l'immigration : en octobre 2012 à Pauillac, une violente altercation a opposé une soixantaine de personnes françaises d'origine marocaine et des migrants sahraouis partis d'Espagne faute de travail. Si ces derniers représentaient pour les pauillacais une main d'œuvre clandestine à la concurrence déloyale face à l'emploi dans les exploitations viticoles, l'ultime provocation aurait été l'irruption dans la salle de prière de l'un d'entre eux portant un tee-shirt marqué « Sahara occidental libre », sujet de conflit au Maroc. Pour calmer la situation, les Sahraouis ont été emmenés en convoi à Montalivet où ils sont restés plusieurs semaines.

Il serait abusif de considérer le Médoc comme une terre hostile aux « étrangers » alors même que des discriminations existent aussi « en interne ». Sophie, l'une de mes interlocutrices, me confiait qu'elle ne souhaitait pas habiter à l'Est de la route départementale, côté rivière. Les mentalités y seraient « plus archaïques » qu'à l'Ouest, dynamisé chaque année par la manne touristique. Cette dernière, ainsi que les différents événements internationaux organisés sur le territoire, demeurent la preuve que le Médoc reste une terre d'accueil malgré les difficultés et tensions que cela peut parfois incomber. Contrairement aux présupposés qui le disent isolé et figé, il est un lieu de convergence éphémère pour les uns, durable pour les autres, porteurs d'innovations et de dynamiques. Le Médoc est pluriel, alors même que cette pluralité n'est pas valorisée, voire invisibilisée et rendue problématique. Aux côtés d'une identité culturelle construite pour satisfaire des intérêts politico-économiques ou pour apaiser une crainte de perte identitaire face à la mondialisation, il apparaît nécessaire de penser le brouillage des anciens repères et leur réappropriation comme l'enchevêtrement des appartenances individuelles créatrices d'identités nouvelles.

Conclusion du chapitre 1

Au terme du chapitre 1, nous pouvons retenir au moins trois éléments caractéristiques de la presqu'île médocaine et deux perspectives de discussion. Premièrement, le Médoc apparaît sans identité administrative claire, comme une entité territoriale aux contours changeants, ce qui a rendu difficile la recherche de données démographiques et sociologiques fiables le concernant. A la fois arrondissement, canton, pays et bientôt parc naturel régional, il ne se laisse pas aisément appréhender par le chercheur ni même parfois par les habitants eux-mêmes qui se réfèrent souvent à l'une ou à l'autre de ces catégories selon leur familiarité avec elles ou les enjeux qu'elles traduisent. Elles sont effectivement productrices d'identifications spécifiques renvoyant soit à une négation du Médoc comme espace particulier soit au contraire à son affirmation par le biais des politiques nationales d'aménagement successives ou de revendications plus locales. Dans le domaine de la santé, on observe ce même tiraillement entre l'impossibilité d'obtenir des données homogènes et comparables concernant l'état de santé et l'offre de soins sur la presqu'île et la volonté politique et scientifique de caractériser le paysage sanitaire de cette contrée.

Les données disponibles sont plus ou moins précises et localisées, et font apparaître une seconde caractéristique : elles contribuent à représenter le Médoc comme un territoire en proie à la désertification médicale, et où la population est identifiée comme relativement pauvre et en moins bonne santé par rapport à la Gironde ou à l'Aquitaine.

Les réponses apportées à cette problématique de désertification médicale sont matière à discussion. Essentiellement orientées sur la formation des professionnels de santé, l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans les territoires les plus isolés et la coordination territoriale des professionnels et des soins, ces politiques de lutte contre les déserts médicaux sont pensées au niveau national pour une mise en œuvre par les instances régionales et locales de coordination de la santé et du social, conformément à l'organisation territorialisée du système de santé en France. Le fonctionnement d'une instance comme la Plateforme Santé Social du Pays Médoc par exemple est plutôt soumis aux appels à projets des échelons supérieurs du système ou à des demandes de mise en œuvre de directives décidées nationalement ou régionalement. En ce sens, il n'est pas voué à la production d'informations et d'identification des besoins de santé de la population locale en vue d'élaborer des politiques de santé localisées. La politiste Nathalie Martin-Papineau regrette que l'effort de territorialisation du système de santé ne se soit pas traduite par la volonté d'impliquer l'échelle locale dans la construction des politiques de santé, laquelle est souvent réalisée sans représentants des « territoires de santé », renforçant le pouvoir de l'État [Martin-Papineau, 2012 : 17-33]. C'est aussi l'avis du professeur en droit public Pascal Combeau qui insiste sur le fait que les politiques sanitaires ne sont pas toujours issues des réalités observées spécifiquement dans chaque région - ce qui était le cas en Médoc compte tenu de la faiblesse des données disponibles -, se déployant ensuite sur les « territoires de santé », nouvellement

conçus selon lui pour leur fonctionnalité plus que pour leurs particularités sociales, économiques, géographiques ou culturelles [Combeau, 2012]. La signature du Contrat local de Santé apporte au territoire de santé médocain une meilleure visibilité et de meilleures chances d'être reconnu comme espace spécifique dans le cadre de subventions ou de projets. Toutefois, ce contrat ne permet qu'un travail d'adaptation et de coordination locales pour la mise en œuvre des politiques, ne valorisant pas toujours les expériences locales ni les initiatives émergentes, comme celle du réseau de santé autour de la question des grossesses non souhaitées que nous étudierons dans le Chapitre 3.

Une troisième caractéristique propre à la presqu'île médocaine est son rapport ambivalent et stéréotypé à l'imaginaire lié à la Nature. Le projet de PNR doit faire suite à la dynamique et aux missions du Pays Médoc mais selon une perspective plus environnementaliste et écologiste. Si la Charte de territoire donnait déjà une large place à la dimension environnementale en inscrivant déjà son projet dans la perspective du « développement durable » [Conseil de développement du Pays Médoc, 2003 : 5], la démarche de PNR la renforce en même temps qu'elle promeut « l'identité culturelle médocaine », configuration courante dans ces projets de redéfinition des territoires ruraux qui se généralisent en France, en même temps que se diffuse une tendance au « retour à la nature », à sa protection et à un mode de vie « plus sain » [Brunel, 2010 : 48 ; Chanvalon, 2009 :224]. Alors qu'en Médoc la ruralité des lieux et des pratiques produisaient des stéréotypes stigmatisants, entre mauvais sauvage et paysan arriéré et autarcique, ces mêmes représentations acquièrent une forme de résilience dès lors qu'elles sont exprimées au travers de l'argument écologiste. L'inversion des stigmates conduit alors à une revalorisation de la réputation du territoire et de ses habitants et participe à l'amélioration de son attractivité du point de vue du développement à l'aune des nouvelles valeurs sociétales. Ces constats peuvent alimenter les discussions actuelles sur le recours renouvelé à la figure folklorique du paysan : autrefois pensé comme le gardien du patrimoine rural sous Vichy, il est devenu après Mai 1968, l'emblème de la dénonciation de la modernisation agricole, suite aux scandales de « la vache folle » et des pollutions des espaces ruraux. Il profite toujours d'une forte notoriété dans les discours officiels ou militants qui promeuvent le développement durable et le « retour des paysans », vus comme des gardiens de la diversité culturelle, écologique et territoriale [Aubertin, Pinton, 2006 : 24].

En résumé, ce chapitre montre qu'il existe différentes manières de caractériser le Médoc. La patrimonialisation valorise les espaces naturels et une identité médocaine basée sur la nature et les pratiques associées (anciennes comme la chasse ou nouvelles comme le surf), montrées comme un « art de vivre » ou de « bien-vivre ». La fabrication de stéréotypes stigmatise une population vue uniquement comme pauvres, sauvages et archaïques. Un regard plus institutionnel projette lui une vision du Médoc comme un espace aux possibilités limitées (dans le domaine de la santé par exemple) constitué d'une population majoritairement précaire.

Ces formes identitaires dominantes ne devraient pas invisibiliser d'autres aspects de ce qui fait aussi le Médoc, à l'instar des populations migrantes ou tout simplement des habitants qui se réclament ou manifestent d'autres appartenances, moins pittoresques ou plus ordinaires. Elles ne devraient pas non plus masquer les façons d'être et de faire des femmes, thème resté peu renseigné localement dans ses aspects réels et quotidiens [Traimond, 1982]. Souvent confinées *apriori* à la sphère privée, elles échappent alors aux constructions identitaires socialement partagées quand bien même elles participent, influencent et sont influencées par la vie quotidienne en Médoc.

Chapitre 2. Façons de dire et façons de taire

Nous avons pu examiner sous l'angle du concept d'identité que la presque île médocaine et ses habitants se trouvent marqués par des représentations paradoxales concernant la santé : elles mobilisent à la fois des représentations négatives en lien avec la faiblesse de la démographie médicale et la mauvaise santé de la population jugée archaïque et des représentations positives qui font de cette contrée un lieu qui allie un environnement harmonieux et une culture locale du bien-vivre. Dans ces discours antagonistes et pourtant quelque peu ordinaires sur le Médoc, la question de la santé des femmes n'apparaît que rarement ou sont l'angle des violences qui leur sont faites et de leur déviance par rapport aux normes de planification familiale. La recherche collective MédocIresp ainsi que ma recherche de thèse entendent donner voix aux médocaines afin de rendre compte de ce qui est habituellement tu et de leurs expériences concrètes, en contexte de leurs maux intimes. Nous allons voir que ces derniers ont presque toujours été dévoilés dans la confiance avec les chercheuses et pour cause, nous allons le voir, ils demeurent souvent encore pensés comme indicibles, tabous ou illégitimes.

2.1. De la confiance

2.1.1. *Paroles et silences de femmes*

Le titre de ce chapitre fait écho avec celui l'ouvrage de l'ethnologue Yvonne Verdier qui publiait en 1979 *Façons de dire, façons de faire*, une monographie des mots et des savoir-faire féminins à Minot, village rural de la France des années 1950. Autour des figures emblématiques de la laveuse, la couturière et la cuisinière, elle a décelé les formes de langage souvent métaphoriques qui accompagnaient les différents âges de la vie des femmes ainsi que les pratiques qui y étaient associés et qui en réifiaient les tabous, imposaient le silence ou autorisaient le secret. Dès la publication de son livre, Yvonne Verdier fit savoir à ses lecteurs que ce qu'elle avait observé à Minot n'était déjà que survivances. Si les modes d'expressions anciens des destins de femmes, mais aussi de leurs maux, n'étaient déjà plus ce qu'elle décrivait, alors qu'étaient-ils devenus ? Pour tenter d'éclairer cette question, je me suis penchée sur les façons dont des femmes avec qui j'ai conversé dans le Médoc exprimaient les infortunes, les maux et les maladies dès lors qu'elles les pensaient liés à une certaine spécificité féminine. « Avez-vous des problèmes de femmes ? » avais-je peu ou prou l'habitude de leur demander lors d'entrevues intimes. Je me suis intéressée aux façons dont elles me les disaient – ou ne me le disaient pas – ainsi qu'aux façons dont elles les formulaient à l'extérieur, hors du contexte de l'entretien ethnographique qui s'est presque toujours déroulé dans une atmosphère de confiance, voire de secret.

Bien qu'elles aient toutes accepté de répondre à mes interrogations, certaines de mes questions n'ont jamais pu être posées, notamment quand je soupçonnais qu'elles étaient susceptibles de raviver la douleur ou d'enfreindre les limites de la pudeur de mes interlocutrices. De leur côté, elles ont parfois débouté, contourné ou refusé celles qu'elles trouvaient trop indiscrètes même si j'ai souvent été l'une des très rares personnes à qui elles ont raconté leurs histoires si personnelles. L'indicible parole des femmes s'est ainsi révélé comme un fil rouge dans cette enquête, voie d'autant plus passionnante que dans le registre de la souffrance, le silence apparaît dès lors que le langage - et intrinsèquement la culture - pour la décrypter, la (re)connaître et la décrire ne suffit pas, ne le permet pas ou n'existe pas [Kleinman, 1986 ; Kleinman et al, 1997 ; Morris, 1997].

Les paroles énoncées et les « silences qui parlent » ont révélés ce qui marque et ce qui est interprété comme en lien avec les « maux de femmes ». Pourquoi m'ont-elles dit ce qu'elles m'ont dit et tu ce qu'elles m'ont tu ? Existe-t-il des catégories de l'infortune féminine qui demeurent non prises en compte par le social ? A quelles normes la présence et l'absence de ces discours répondent-elles ? Rapidement j'observai qu'il existait des âges, des espaces et des cultures où ça ne se disait pas, mais aussi des situations où les maux de femmes ne sont pas pensés, pas socialement construits, dits autrement ou déplacés sur autre chose. Dans ce chapitre, nous observerons que paroles et silences sont des révélateurs des différentes dimensions qui influencent le vécu des maux de de femmes, des ressentis phénoménologiques au jeu des dispositifs politiques en passant par les représentations sociales du mal [Lock, Sheper-Hughes, 1987]. Au fil des mots et des non-dits, nous verrons comment l'expérience des maux spécifiques aux femmes vient toujours toucher, le plus souvent dans le secret, la façon de définir son identité.

2.1.2. A la rencontre des femmes

Mes rencontres avec les femmes qui ont accepté de participer et de collaborer à ma recherche se sont déroulées de diverses manières : tout d'abord, je possédai déjà un réseau de connaissances sur la côte atlantique en raison d'amies bordelaises, travailleuses saisonnières dans des stations balnéaires, qui m'avaient présentées à certaines de leurs connaissances, habitantes estivales ou à l'année de « la presqu'île ».

Ensuite, j'ai pu bénéficier des opportunités de rencontres au sein des lieux d'enquête institutionnels ouverts à la recherche MédocIresp grâce à l'obtention d'autorisation en amont.

Certains étaient des lieux de consultations liées aux soins en SRG, comme les Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), des Maisons Départementales de la Santé et de l'Insertion (MDSI) où j'ai réalisé, avec l'équipe anthropologique, des temps d'observations en salle d'attente et fait la connaissance de plusieurs patientes ayant

intégré la recherche collective. Je n'ai pas pu accéder à la salle d'attente ou à la consultation de l'unique gynécologue libérale du Médoc mais j'ai rencontré certaines de ses patientes par d'autres biais. Le service maternité et gynéco-obstétrique de la clinique a été investi par les autres membres de l'équipe ; je n'y ai pas enquêté afin d'éviter « surpeupler » de chercheurs un service hospitalier d'une structure hospitalière déjà réduite.

Dans une perspective élargie de la santé des femmes, des terrains du sanitaire et social non spécialisés ont été investigués ou ont permis la rencontre avec les femmes enquêtées, à l'instar d'une consultation psychologique, de structures éducatives et d'animation ou encore d'associations d'aide aux populations.

Enfin, des terrains plus « hors-champ » ont été abordés, tels que les commerces, les lieux de sociabilité explorés avec l'équipe MédocIresp ou les stages et cours que j'ai suivi en différents endroits du Médoc en permaculture, développement personnel, yoga et méditation. Les participantes à ces manifestations ont le plus souvent été invitées à participer à la recherche, ce qu'elles ont généralement accepté de prime abord.

Les premières femmes de l'échantillon formées m'ont ensuite présentée à leurs amies, voisines, mères, sœurs (méthode snowball) ce qui a facilité par la suite la constitution d'un groupe de femmes aux profils variés. Au total, une soixantaine de femmes ont été rencontrées, âgées de 16 à 76 ans. Elles étaient originaires du Médoc, du Sud-Ouest, d'une autre région française ou d'un autre pays mais possédaient toutes le point commun de résider sur la presqu'île, au moins une partie de l'année. Certaines étaient en études (lycéennes, étudiantes), d'autres occupaient les divers emplois disponibles localement à l'année ou de façon saisonnière (ouvrières viticoles, commerçantes et salariées de commerce, employées dans le service aux personnes, travailleuses sociales...). Une partie demeurait sans emploi sur des périodes plus ou moins longues et régulières compte tenu des possibilités sur la presqu'île. De rares femmes avaient été reconnu handicapée ou nécessitaient un arrêt maladie de longue durée. Certaines étaient mères au foyer, s'occupant de leur progéniture et les plus âgées profitaient de leur retraite. J'ai pu m'entretenir avec des jeunes filles, des femmes adultes, pour la plupart mères de 1 à 7 enfants, célibataires, mariées, pacées, séparées ou divorcées, et d'autres plus âgées, parfois grands-mères. Une minorité avait des préférences homosexuelles et toutes relataient des parcours en santé reproductive aussi variés que singuliers. J'ai choisi ici de ne faire figurer les récits que d'une douzaine d'entre-elles pour ne pas perdre ni impatienter le lecteur. Aussi souvent que possible, le contexte de nos échanges et leurs trajectoires biographiques sont restitués pour permettre l'appréciation des situations ethnographiques, tant du point de vue du processus d'enquête que du point de vue de la vie de ces femmes en Médoc.

2.1.3. Faire parler des maux de femmes

Faire parler des maux de femmes s'est parfois traduit par faire dire l'indicible. La recherche menée comprenait un biais de thématique en s'intéressant à un sujet dont des pans entiers sont marqués par le tabou, la pudeur, la souillure, des normes sociales fortes voire des impensés du langage ou l'absence de signes corporels visibles. Dans la mesure où l'on n'est pas habitué à parler des maux de femmes, obtenir des données ethnographiques nécessitait une posture particulière. Ce point, développé par ma directrice de thèse -qui est aussi infirmière- tout au long de ma formation, a souvent été mis en perspective en équipe lors des débriefings des échanges qu'elle organisait où sous une forme plus informelle, par exemple lors de nos transports en voiture. Une transmission du métier a pu s'effectuer ainsi parfois à mon insu (en tout cas au début de mon entrée sur le terrain commun), sur « comment être à l'écoute », « amener vers » ou encore « savoir répondre » lorsqu'on est sollicitée soit même sur le sujet abordé... Cette initiation s'est d'ailleurs accompagnée d'un changement de relations entre nous, du fait des confidences parfois échangées au cours de cette transmission et de la nécessaire confiance réciproque qui a fait jour notamment autour des secrets partagés qui ont pu nous être confiés.

De plus, lors de son enquête sur la sorcellerie dans le bocage normand (1977), Jeanne Favret-Saada fait l'expérience de ce qu'elle appelle « être affectée » : selon elle, l'observation participante chère aux ethnologues est une situation impossible puisqu'elle engage deux comportements, l'un passif et l'autre actif, difficilement conciliables dans un même temps (2009: 147). De plus, l'observation repose sur des faits empiriques, ce qui bien souvent ne permet pas de rendre compte de la communication peu ou pas verbalisée. Dans l'univers des sorts, les seuls faits « réellement » attestables par cette méthode sont l'énoncé de l'accusation de sorcellerie et l'épisode du désorcèlement. Ce qui se passe avant et après pour les ensorcelés n'est jamais ethnographié [2009 : 14].

Selon la chercheuse, l'empathie demeure également une fausse route pour l'ethnographie. Dans un premier cas, elle consiste à s'imaginer ce que ce serait d'être à la place de l'autre, « quels sentiments, perceptions et pensées on aurait alors ». Pour Jeanne Favret-Saada, il faut plutôt « accepter de les occuper [les places indigènes] plutôt que s'imaginer y être » (2009:156) et considérer les affects qui traversent alors l'ethnographe. Dans un second cas, l'empathie renvoie à une sorte de « communion affective », d'identification fusionnelle avec autrui qui permet de saisir les affects de ce dernier au moment même de l'interaction. Or pour Jeanne Favret-Saada, cette voie est impossible pour la connaissance, car selon elle, « occuper une place dans le système » étudié permet d'expérimenter les affects qui lui sont associés, mais pas de connaître celui de ces partenaires. Elle insiste donc surtout sur le fait qu' « occuper une place et d'en être affectée ouvre une communication spécifique avec les indigènes », cela « branche sur une variété particulière d'expérience humaine » (2009 : 157-158), et que

cette communication est bien plus riche d'enseignements que la communication verbale et intentionnelle souvent revendiquée par l'ethnographie (la situation de l'entretien formel en est un exemple). Ainsi, « être affecté » au sens de Jeanne Favret-Saada signifie pour l'ethnographe d'être socialement engagé, c'est à dire physiquement, intellectuellement, moralement et émotionnellement. Cela implique de pouvoir en reconnaître les caractéristiques dans les situations ethnographiques.

Dans cette perspective, le cadre des entretiens était volontairement souple, au risque parfois de rencontrer des difficultés pour « recadrer » les récits quand ceux-ci déviaient trop de mes thèmes d'intérêts. D'un point de vue réflexif, les femmes rencontrées m'ont tour à tour renvoyée à plusieurs statuts : l'universitaire habituée aux questions médicales et comprenant le jargon des professionnels de santé et leurs prescriptions, et selon l'âge, la confidente-copine ou la jeune femme inexpérimentée à qui les aînées peuvent transmettre leurs secrets. Lorsque nous avons abordé les enquêtées en équipe, nos différences d'âge et de nationalité ont permis diverses approches et dynamiques d'interconnaissances, des affinités sélectives pouvant parfois se créer. Le fait d'être une femme a certainement joué dans la majorité des relations ainsi établies sur le terrain, permettant à mes interlocutrices des projections, des effets miroirs ou tout simplement l'intuition d'être comprise par une pair.

Les statuts évoqués se combinaient entre eux au fil des rencontres, lesquelles obéissaient alors à des logiques conversationnelles particulières n'appartenant pas au registre de la communication ordinaire mais plutôt au secret, professionnel ou amical, ce dernier n'étant possible que dans l'entre soi féminin. Le fil rouge de cette ethnographie et de ce chapitre se trouve marqué du sceau de la confiance. L'anonymat a été préservé et certains entretiens ont été censurés lorsque cela m'est apparu nécessaire. Les façons de dire et de taire se sont révélées comme des données de terrains pertinentes et sont analysées ici selon trois niveaux d'explication, individuel, social et politique comme que le préconisaient déjà Margaret Lock et Nancy Sheper Hughes pour l'étude globale des « mindful bodies » [1987].

2.2. Ne pas trouver les mots

La douleur a souvent été perçue par la biomédecine comme un symptôme à prendre en compte pour l'élaboration du diagnostic, plus que comme une sensation négative à soigner, jusqu'à l'émergence dans les années 1970 d'une réflexion médicale sur la question des « douleurs qui durent » chez les patients atteints de maladies chroniques [Baszanger, 1995]. Ce long impensé médical peut s'expliquer par la conception dualiste de la biomédecine : séparant les signes du corps et ceux de l'esprit, elle ne constitue pas un système d'interprétation adapté à la compréhension de la manifestation douloureuse, laquelle agit à la fois physiquement et psychiquement [Kotobi, 2009]. Prendre en

considération la douleur signifie mettre à distance cette conception dualiste de la santé et des maladies, ainsi que d'accorder toute leur légitimité aux discours des acteurs sur le vécu de la douleur. Cette approche a été développée en anthropologie par Arthur Kleinman avec le recueil des « *illness narratives* » [1988] permettant d'éclairer et de comprendre les dimensions sociales de la souffrance à partir des vécus individuels. L'ouvrage collectif *Social suffering* demeure emblématique de cette anthropologie de la santé [Kleinman, Das, Lock, 1997]. L'un de ses contributeurs met avec intérêt en évidence la relative absence de mots pour dire la douleur :

« Paradoxalement, le cri pourrait servir de puissante image pour exprimer le silence métaphorique loti au cœur de la souffrance. Un cri n'est pas la parole mais la négation du langage la plus intense qu'il soit, le son et la terreur approchant les limites du mutisme absolu. De même que les lamentations lors des cérémonies de deuil, il semble venir d'une région où les mots manquent. » [Morris, 1997 : 27. Trad. de l'anglais].

L'idée que le non-dit peut être une question de manque de mots et de lacunes du langage, trois dimensions du non-dit des maux de femmes sont ici explorées. Qu'il se traduise par des cris ou des silences, le non-dit de la douleur peut signifier que celle-ci n'est pas audible par la société (comme c'est le cas pour les discours sur la mort par exemple). Il peut aussi signaler des souffrances profondes, que la parole peut raviver et que le silence tient enfoui. Il peut enfin éclairer et affirmer l'invisibilité et le silence symptomatique de certains maux de femmes, souvent méconnu et sous-diagnostiqués pour cette raison.

2.2.1. Quand les lacunes du langage montrent ce que cache le social

2.2.1.1. Les cris et silences de l'enfantement

« Criée ou muette, la douleur existe, mais elle est supportable, elle fait partie de la chose » disait une habitante de Minot à l'ethnologue Yvonne Verdier dans les années 1950 [Verdier, 1979 : 94].

Que l'accouchement soit vécu dans le silence ou dans les cris, les douleurs des parturientes ont suscité de nombreuses polémiques sur leurs raisons d'être d'un point de vue médical, tandis que le vécu subjectif des parturientes est resté le plus souvent non exprimé. Parfois partagées avec les professionnels du soin, les confidences des parturientes demeurent en effet le plus souvent réservées aux autres femmes proches et déjà mères, les nullipares et les hommes étant souvent exclus de ces conversations. Malgré mon inexpérience en la matière, certaines mères rencontrées dans le Médoc ont accepté de m'inclure dans ces échanges en raison, semble-t-il, de mon statut de chercheure. Les discussions portaient généralement sur l'intensité de la douleur, la

durée de l'accouchement, le déroulé des événements et les « dégâts » laissés sur le corps. Une description fine et phénoménologique de la douleur était rarement élaborée, peut-être parce que le langage ne possède pas toujours les mots suffisants pour la décrire, révélant une fois de plus son incommunicabilité profonde [Le Breton, 2010].

Toutefois, les cris comme les gémissements des femmes en couches ont depuis longtemps été considérés comme des formes langagières en ce qu'ils traduisaient des douleurs qui ont connu diverses interprétations.

Dans la tradition chrétienne, la douleur apparaît après que Eve ait commis le péché originel en goûtant au fruit défendu de l'arbre de la connaissance du Bien et de Mal. Si la maladie et la douleur n'existaient pas dans le Jardin d'Eden, il a été longtemps considéré que ces états de trouble apparaissent aux humains comme la manifestation d'un péché à expier. Considérée comme la première femme dans la Bible⁴⁵ mais aussi comme la première pécheresse, Eve reçoit la première sentence du Dieu des chrétiens qui lui dit : « J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi » [Genèse III, verset 16].

Si peu à peu les douleurs de la parturition n'ont plus été considérées comme expiatoires, la France des Lumières, initiatrice de la sécularisation de la société française, ne s'est pas tout de suite détachée de certaines idées fortes concernant la souffrance des femmes en couches. En témoignent quelques proverbes, collectés dans la France rurale au XIXe siècle : « Mal de dents et mal d'enfant sont les plus grands qui soient », « Pas de femme enceinte sans douleur », « Les petits os donnent de grandes douleurs » [Loux, Richard, 1978]. A cette époque, « avoir ses douleurs » signifiait l'apparition des contractions accompagnant « la perte des eaux » et annonçant le début du « travail ». Les douleurs ont pu signifier pour les femmes la normalité des situations de parturition qu'elles traversaient, un mal à la fois « naturel » et « normal », comme obligatoire et nécessaire. Les matrones, sorcières, femmes-qui-aident et sages-femmes se sont évertuées au cours des siècles à prendre en charge cet événement et à apaiser ces maux par différents procédés [Gélis, 1977 ; Collière, 1982 ; Laget, 1982 ; Morel, 2007]. Parallèlement, la médicalisation de l'accouchement [Sargent, Stark, 1989 ; Antil *et al.*, 1999 ; Jacques, 2005] a fait émergé deux visions médicales des douleurs de l'enfantement [Vuille, 2006] dont les approches semblent avoir exclu le ressenti des femmes.

⁴⁵Selon les sources Lilith apparaît comme la première femme conçue à l'égal d'Adam avec de la boue. Peu docile, Adam lui préféra une seconde femme que Dieu lui permet de créer avec un morceau de sa côte.

Pour plus de précisions, voir Rousseau Vanessa, « Ève et Lilith. Deux genres féminins de l'engendrement », *Diogène* 4/2004 (n° 208), p. 108-113 URL: www.cairn.info/revue-diogene-2004-4-page-108.htm.

Certains médecins ont en effet pu considérer à partir du XIX^{ème} siècle, que les douleurs, bien que difficilement explicables du fait de l'absence de maladie, étaient indispensables à la bonne marche de l'accouchement car elles semblaient stimuler les contractions. Le fait même de leur existence justifiaient qu'elles aient une fonction physiologique et qu'il faille parfois les provoquer quand elles étaient jugées trop peu intenses [Rey, 1993]. Provoquer un cri de douleur et de surprise en frappant le dos de la parturiente est encore aujourd'hui un procédé thérapeutique parfois utilisé par les accoucheuses traditionnelles indiennes, quand il faut provoquer une poussée énergétique de la mère dont le bébé se présente par les pieds ou en siège [Hancart-Petit, 2011].

Le fait même que les douleurs surviennent en l'absence d'une maladie a suscité l'idée chez d'autres médecins que ces douleurs avaient un fondement irrationnel, qu'elles étaient la conséquence somatique des peurs et angoisses que ressentent les femmes en couches. Selon cette perspective, les douleurs devenaient inutiles à l'enfantement et l'on pouvait dès lors envisager de les supprimer. Toutefois, les analgésiques disponibles au XIX^{ème} siècle ne permettaient encore une utilisation efficiente à cet effet et il fallut attendre le séjour en 1951 du Dr Fernand Lamaze (1890-1957), accoucheur à Paris, chez des confrères soviétiques qui recouraient à l'hypnose et au conditionnement culturel pavlovien pour diminuer les souffrances des femmes en couches. De retour en France, il a introduit l'Accouchement Sans Douleur (ASD) aussi appelé « accouchement psychoprophylactique » [Lamaze, 1956], proche de « l'accouchement naturel et sans crainte » que proposait l'obstétricien anglais Dick Read dans les années 1930 [Dick-Read, 2004(1959)]. Le but commun à ces techniques était de « diminuer la souffrance des femmes [car leur] état émotionnel, et notamment leur degré d'anxiété, accentue leur souffrance. L'information et l'éducation, l'apprentissage des techniques de respiration et de relaxation devaient supprimer leur appréhension et diminuer leur ressenti douloureux (...) La douleur n'était plus considérée comme un destin, un fait de nature, mais plutôt comme un effet de sens, la traduction chez une femme singulière d'un conditionnement social. (...) Pour le Dr Lamaze, l'accès à une meilleure connaissance de leurs corps pour ces femmes (...) vise à détourner leur attention de la douleur en les rendant plus conscientes de leurs mouvements corporels» [Le Breton, 2010 :207-209]. La conscience corporelle développée par les femmes devait permettre de rendre acceptables les douleurs « naturelles », c'est-à-dire en quelque sorte de ne pas les convertir en souffrances. Aujourd'hui, l'ASD a perdu en popularité, ne fonctionnant pas chez toutes les femmes. Il a été peu à peu remplacé par les « cours de préparation à la naissance » et semble connaître un regain d'intérêt au sein des pratiques de soins non conventionnels (Chapitre 5). La quête médicale de l'abolition de la souffrance physique des parturientes a atteint un sommet dans les années 1980 avec la diffusion massive et largement accueillie de l'anesthésie péridurale [Dagnaud, Mehl, 1987 : 101]. Cette « technique d'anesthésie régionale consiste à injecter un anesthésique local ou un morphinique dans l'espace anatomique entourant la dure-mère» [CNRTL] au niveau lombaire de la colonne vertébrale pendant l'accouchement, ce qui conduit à « endormir » les voies de communication nerveuses de la partie basse du corps de la

femme. Malgré son efficacité et sa relative innocuité, cette technologie qui annihilait enfin les souffrances des femmes (à d'infimes exceptions près) et qui s'était largement diffusée au point d'être incluses aux protocoles hospitaliers [Jacques, 2005], a rapidement fait l'objet de controverses. Même si la majorité des parturientes françaises d'aujourd'hui optent pour « la péridurale » telle qu'elle appelée, les polémiques demeurent concernant la nécessité pour les femmes de se réapproprier le ressenti de leurs douleurs, pour diverses raisons, à ce moment fort de la vie. Par ailleurs, j'observai en Médoc une offre et des recours à des soins non conventionnels visant, entre autres choses, à préparer un accouchement dont on souhaite qu'il se déroule « sans péridurale ».

Il est intéressant de constater que dans les sociétés occidentales, où la grande majorité des douleurs sont prises en charge par la biomédecine - il n'est en effet plus question de se faire arracher une dent sans anesthésie par exemple ; des centres « anti-douleurs » sont dédiés actuellement à la prise en charge des souffrances physiques-, la tendance à l'indolorisation ne fait pas l'unanimité dès lors que l'on se penche sur les douleurs de l'accouchement [Vuille, 1998]. Il est donc nécessaire de se pencher sur le sens que revêtent ces maux pour les femmes, mais aussi pour l'entourage et les soignants.

Marilène Vuille explique qu'aujourd'hui le débat ne porte plus sur l'existence rationnelle ou somatique des douleurs chez les femmes mais davantage sur leur utilité : si la douleur est perçue comme inutile et négative, au même titre que les autres douleurs physiques (de dent, fractures osseuses...) et que son absence n'est pas pensée comme perturbant le processus de l'accouchement, le recours aux moyens antalgiques est souhaitable, voire nécessaire. Une seconde acception estime que la douleur est utile non pas au déroulement de l'accouchement lui-même, mais sur un plan moral ou psychique : elle acquiert alors un (ou des) sens positif(s), souvent ancrés dans la valorisation d'une médicalisation moindre, d'un respect de la physiologie et des rythmes féminins [Vuille, 2006]. Nous y reviendrons. Pour la sociologue Marilène Vuille, il semblerait qu'au fond la douleur est pensée comme constitutive de l'accouchement, qu'on l'anesthésie ou qu'on cherche à en contrôler le ressenti. Le débat sur « la péridurale » semblait avoir permis aux femmes de s'exprimer davantage sur les douleurs de l'enfantement. A l'hôpital, certaines ont recouru sans hésitation à l'anesthésie quand d'autres ont attendu que les douleurs ne soient plus supportables pour elles avant de demander l'injection analgésique. Celles qui avaient accouché chez elles avaient de fait refusé cette procédure. Pour celles qui avaient choisi d'éprouver ces douleurs, les échanges concernaient souvent l'intensité de la douleur et la durée de l'accouchement. Celui de Aude avait duré 44 heures à compter de la perte des eaux, c'est-à-dire de la rupture de l'enveloppe placentaire et de l'écoulement du liquide amniotique. Alors que je rendais visite à cette éducatrice spécialisée de 28 ans tout juste devenue mère, elle me confia que bien qu'épuisée, elle était « parvenue à ne pas céder à la panique », car elle s'était « beaucoup préparée à ce moment » et l'avait « vécue comme une sorte de transe », une plongée dans un état de conscience émotionnelle et physique tout à fait particulière qui

l'avait amenée à ressentir les fluctuations de la douleur et presque une sensation agréable pendant un bref moment. Elle avait anticipé la douleur et l'avait comme apprivoisée, grâce à des techniques de sophrologie qu'elle avait appris pendant sa grossesse, auprès d'une praticienne non conventionnelle près de chez elle puis avec une sage-femme bordelaise qui s'y était formée :

« J'avais fait des séances de sophrologie spécialisés dans la grossesse et l'accouchement dans la commune d'à côté. La dame a son cabinet avec d'autres personnes. J'étais sa deuxième patiente pour ça ! J'ai eu un forfait mais ça coûtait quand même 45euros la séance. Après je suis partie sur Bordeaux en fin de grossesse car j'avais prévu d'accoucher là-bas. Je n'avais pas envie d'accoucher à la clinique du Médoc, j'avais pas envie d'être avec des personnes que je suis au travail. Et puis j'avais eu un problème de santé qu'ils n'avaient pas pris au sérieux. Je suis restée chez ma mère à Bordeaux à partir du 6ème mois. J'ai trouvé une sage-femme qui faisait aussi de la sophrologie. En tout, j'ai bien du faire 6 ou 7 séances, d'une bonne heure à chaque fois. C'était un temps d'échanges à chaque fois. On travaillait beaucoup la respiration. J'étais allongée par terre et on faisait aussi des exercices de visualisation de l'intérieur du corps, du bébé ou de trucs qui te relaxent. J'avais aussi des exercices à faire chez moi. 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. C'est un truc qui m'allait bien... Je dis ça parce que j'ai fait du yoga il y a quelques années, mais je ne me suis pas sentie pareil (...). J'y suis allée parce que j'avais peur de l'accouchement. Et là, j'ai pu verbaliser toutes mes craintes, tout ce qui me faisait peur. Après, le cheminement c'était que j'étais pas toute seule à accoucher, il y avait le bébé aussi. Dans ma tête, c'était lui qui faisait le travail et moi qui devait l'aider. A la maternité j'ai fait beaucoup d'exercice avec le ballon, pendant 10heures je crois ! Luc m'aidait à faire mes exercices. Il fallait que je bouge ! La sage-femme a beaucoup apprécié que je fasse tout ça. Ma sage-femme sophrologue qui venait à domicile m'envoyait des textos pour savoir comment ça allait. J'avais des contractions mais le col ne s'ouvrait pas. A la fin, j'ai choisi de faire la péridurale » [Aude, 28 ans, travailleuse sociale, en couple, 1 enfant]

Dans un contexte où aujourd'hui en France, les conditions médicalisées de l'accouchement limitent grandement les risques de mortalité, on peut davantage envisager la douleur comme éphémère, ce qui peut aider à la surmonter. Toutefois, un accouchement qui dure trop longtemps peut susciter l'inquiétude d'éventuelles complications. Malgré un « accouchement actif » comme elle l'appelait, Aude avait eu recours à la péridurale les dernières heures :

« Je me suis posée la question jusqu'à la fin. Et puis, finalement j'ai dit oui. J'avais mal, j'étais fatiguée et puis... Faut vivre avec son temps ! ». [Aude, 28

ans, travailleuse sociale, en couple, 1 enfant]

Cette dernière phrase laissait entendre que la péridurale était une technique de la modernité, peut-être davantage selon elle, que les autres procédés qu'elle avait employés. Son choix a été, comme d'autres femmes rencontrées ou appartenant à mon entourage proche, de se laisser l'éventualité de la péridurale, sans décider à l'avance de son usage ou non. Dans cette perspective, la durée au bout de laquelle il est décidé de recourir à la péridurale constitue une échelle de valeur quant à l'intensité de la douleur et la capacité à la supporter (j'ai pu entendre des phrases comme « j'ai fait la péridurale au bout de 7 heures »). Le degré de fatigue ressentie pouvait également être un indicateur du ressenti de la douleur et de son acceptation. L'épuisement semblait proportionnel à l'endurance au mal.

À 36 ans, Ilham avait accouché de son petit garçon à son domicile, lequel avait tout juste 15 mois quand je l'ai rencontrée. J'avais obtenu son contact par une de mes amies, employée saisonnière sur la côte médocaine. Nous nous sommes donné rendez-vous dans un café qu'elle connaissait bien, elle qui vivait dans le Médoc depuis une dizaine d'années depuis son départ de Bordeaux, et qui y élevait courageusement seule son petit garçon. Elle me fit part des « souffrances » qu'elle a ressenties lors de son accouchement et des difficultés que son bébé et elle ont traversées, malgré la préparation qu'elle avait suivie auparavant avec la sage-femme qui l'a accouchée :

« Le petit a eu du mal à reprendre du poids et des forces après... Notamment parce que mon accouchement avait été très long et très délicat. Ça a été beaucoup de souffrances, pour moi et pour lui, parce que ça a été très long. Il a mis huit heures pour sortir... Il était coincé dans le col de l'utérus. En fait il a eu du mal à s'engager dans le col et une fois dedans, il a eu du mal à passer car il se trouve qu'il avait déjà un torticolis qu'il s'était fait dans mon ventre. Lui et moi étions épuisés. » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, 1 enfant]

L'accouchement à domicile revendique une parturition « démedicalisée » : les douleurs font partie du processus d'enfantement de la femme et de la naissance du bébé, les deux ayant un rôle à jouer. Pour Ilham, il était important de ne pas recourir à la péridurale pour mieux « s'approprier ce moment qui est aussi quelque chose de naturel ! ».

Cette intellectualisation de la douleur et de son « appropriation » semblait assez étrangère à Jennifer. Elle avait 18 ans lorsque nous l'avons rencontrée avec sa Marjorie, sa mère ainsi que Samantha et Cassandra, deux de ses sœurs. Elles attendaient souvent ensemble la distribution de colis alimentaires d'une des associations d'aide aux populations du Médoc. Laurence Kotobi et moi même avons souvent côtoyé cette famille. Deux ans après notre première entrevue, nous rendions visite à Jennifer, mise en ménage avec Bruno et tout juste devenus jeunes parents. Bien que souhaitant accoucher à la clinique, elle avait refusé les cours de préparation à la naissance,

auxquels elle avait préféré les conseils de sa mère (voir aussi Chapitres 4 et 6). L'accouchement avait été «rapide » nous dit-elle avec une once d'effronterie dans la voix:

« Pas besoin de péridurale ! J'ai pas eu mal ! Vraiment, je vous jure, j'ai rien senti ! Je suis prête à recommencer demain ! ». [Jennifer, 20 ans, en couple, enceinte, sans emploi, bénéficiaire d'une aide alimentaire]

Il était difficile de connaître le ressenti précis de Jennifer au moment où elle accouchait de son petit garçon mais il semblait tout du moins que les sensations avaient été très supportables, ce dont elle tirait une certaine fierté qui n'était pas sans évoquer l'idée encore parfois véhiculée qui soutient que l'accouchement est un temps qui éprouve les femmes comme la guerre les hommes, les laissant mortes ou vives mais jamais inchangées. A juste titre, Marilène Vuille pointe néanmoins que si revenir de la guerre ou mourir au combat était publiquement honoré, avoir traversé les difficultés de l'enfantement ne suscitait pas autant de louanges et restait confiné dans l'espace intime des femmes [Vuille, 1998].

Les autres formes de discours sur le vécu de l'accouchement consistaient à relater le déroulé des événements, comme une succession de séquences dont la locutrice avait été la protagoniste. Cela a d'autant plus été le cas que les femmes relataient après coup leur histoire, cédant inévitablement à la reconstitution biographique [Bourdieu, 1986]. Quand l'accouchement avait été compliqué et difficile, ce procédé de récit de soi en permettait une mise à distance. Chez Jeanne, cette distanciation était en partie aussi le fruit d'une thérapie avec la psychologue de la clinique tant son accouchement avait été traumatique. C'est cette professionnelle qui nous avait mises en contact avec cette femme, une auxiliaire de vie âgée de 44 ans, dont la seconde grossesse avait suscité beaucoup de peurs et d'angoisses. Au moment des « faits », elle était ouvrière agricole dans un château qui produisait un vin rouge à la renommée internationale. Elle nous rapporta son histoire en ces termes :

« J'avais un stérilet. C'était un peu avant les vendanges, ici bon, on est dans le milieu viticole et c'était un petit peu avant les vendanges et puis bon, j'attendais mais ça s'est passé très rapidement, j'attendais d'être indisposée quoi et puis j'avais eu très mal au niveau des gencives, c'est parce que c'est hormonal, ça correspond. Et un retard juste une semaine, et là je me suis dit « Non mais il y a un problème » et je vais vite au laboratoire voir mon amie Stéphanie, je lui dis « écoute Stéphanie, tu me fais vite un test de grossesse ». [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

Jeanne connaissait les signes corporels indiquant chez elle la survenue d'une grossesse, que ce soit la disparition des règles comme les douleurs aux gencives « qui correspondent ». Le test s'est révélé positif. Avec son compagnon, issu de la communauté des gens du voyage, et leur fille de quatorze ans, ils ont décidé de garder le bébé. Elle poursuit son activité à la vigne, sans rien dire à son employeur :

« Je l'avais pas dit. Et donc j'ai continué à travailler à la vigne. Et donc, je piochais. Tout ce qu'il fallait pas, et jusqu'au jour où ça a pété. (...) Et là, j'ai eu très mal au ventre ». [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

La douleur a signifié un problème qui s'est confirmé par la perte d'une partie des « eaux » la nuit suivante, dans ses draps de lit. Reçue en consultation d'urgence chez la gynécologue libérale du Médoc, elle apprit qu'elle était parvenue à sa dix-septième semaine de grossesse, que « le bébé était formé mais [qu']il n'y avait plus de liquide amniotique, ou du moins qu'il en manquait la moitié. (...) La poche des eaux était fissurée ». Jeanne a donc gardé le lit jusqu'à la vingt et unième semaine précise-t-elle, époque à laquelle elle a commencé « à saigner » :

« Là c'était hémorragie, je perdais mon sang et c'était que la nuit. C'était curieux, c'était le mental aussi qui fonctionnait parce que c'était que la nuit. Comme j'ai commencé à saigner une nuit, j'arrêtais plus de saigner, toutes les nuits c'était... ça devait être la nuit que ça agissait, j'avais tellement peur que ça recommençait toutes les nuits, pas le jour. C'était curieux. ». [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

L'idée qu'elle pouvait peut-être provoquer elle-même ces troubles était très présente chez Jeanne, mais aussi chez les professionnels de santé à l'hôpital qui, impuissants, lui reprochaient parfois ses somatisations. De retour à l'hôpital, le médecin lui a manifesté des réserves quant aux suites possibles de la grossesse: « C'est une fausse couche, bon le bloc opératoire, vous êtes à côté, d'accord... ? ». Jeanne n'était pas d'accord, persuadée qu'il ne s'agissait pas d'une fausse couche car elle en connaissait les symptômes et sensations dit-elle, puisqu'elle en avait fait une quelques années plus tôt. Pour les médecins qui passent la voir quotidiennement, sa grossesse est trop risquée pour l'enfant à venir qui peut venir au monde avec un handicap, une malformation... De son côté, Jeanne ressentait qu'elle pouvait mener à bien cette grossesse particulière. Elle a alors demandé son transfert dans un hôpital plus perfectionné dans la ville de Bordeaux, situé à une heure et demi de la clinique où elle se trouvait. Elle continue à garder le lit et dit s'être transformée « en couveuse ». Au cours de la trente deuxième de grossesse, « le liquide amniotique sortait la nuit c'était tout vert. Donc là j'ai commencé à m'inquiéter, j'ai dit « Là, il est temps...il faut le sortir ». Jeanne se souvient :

« Ça n'a pas été simple (...) Bon j'ai eu la césarienne, c'est pas par voie basse, césarienne. Quand ils m'ont fait la péridurale, là je n'ai plus senti mes jambes, j'ai commencé à paniquer (...) le souvenir qui me revenait de l'accident, la peur du sang... Et puis je l'ai entendu crier donc je me suis dit 'c'est bon il crie, c'est la vie, on est sauvé, il est sauvé' (...) Ils ont dû lui faire un double pneumothorax. Il a été transféré en service de réanimation où il est resté pendant dix-huit jours. Mais il était beau, (...) il était bien fini, enfin il faisait 2 kilos donc voilà... (...) Alors c'est vrai que j'ai beaucoup pleuré parce que c'est dur, j'ai pleuré de joie, j'ai pleuré de soulagement mais il était entre de bonnes mains... (...) j'avais mis des cartes postales, c'est la psychologue qui m'avait dit... je lui écrivais qu'on l'attendait, que toutes ces infirmières étaient de petites fées qui s'occupaient de lui... je visualisais comme ça pour positiver aussi les choses. » [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

Comme Jeanne, les femmes qui avaient déjà eu des enfants se disaient capables d'identifier les sensations de troubles et de douleurs « normales » et « anormales » quand elles se manifestaient –ce qui n'était pas toujours le cas- même si elles ne me les ont jamais précisément décrites. Pour Marjorie, si les sensations de la grossesse avaient été masquées par un grave problème de hernie abdominale, elle avait pu s'y fier lors de l'accouchement qui s'est révélée assez problématique. Marjorie était la mère de Jennifer dont j'ai précédemment évoqué l'accouchement « indolore ». Elle avait déjà donné naissance à quatre enfants quand elle a appris qu'elle était enceinte, à l'âge de 37 ans, malgré sa contraception :

« En fait j'avais mal à l'estomac donc je suis allé voir mon médecin traitant et il m'a fait passer une échographie. Nous avons découvert que j'avais une hernie. Plus ça allait et plus ça grossissait. Un jour j'ai eu vraiment encore plus mal que la normale et il m'a dit d'aller voir le docteur C. à la clinique. Il m'a dit : 'nous ne pouvons pas vous opérer vous êtes trop forte, il faut perdre du poids'. J'ai perdu du poids sauf que j'ai fini cloîtrée au lit à souffrir le martyr. Je suis allée voir mon médecin et je l'ai presque supplié pour faire une échographie, pour voir ce qui me faisait aussi mal. Et nous avons découvert que j'étais enceinte ! Le bébé était caché derrière la hernie, la hernie était aussi grosse qu'un ballon de rugby... Quand elle m'a annoncé ça, j'ai fondu en larmes, j'ai demandé si on pouvait se faire avorter parce que je souffrais trop et elle me dit non, vous êtes enceinte de 6 mois. Parce que je n'étais pas au courant, parce que j'avais quand même eu mes règles tous les mois, donc je ne m'attendais pas à être enceinte. Donc j'ai accouché, mais avec la hernie, ça a été l'enfer... (...) Je leur disais [aux sages-femmes] : 'ce n'est pas normal il y a un problème'. La petite n'arrivait pas à descendre et après quatre accouchements on sait comment ça se passe... ! On le sait quand même c'est notre corps on sait si ça se passe bien ou pas ! Je leur ai dit : « Ça ne va pas ».

J'ai vu mon mari, je me suis retournée et je lui ai dit : 'ça ne va pas, il y a un problème ». Et la sage-femme, elle, disait : « mais non, mais non, il n'y a rien ». Et puis je fais un malaise (...). En fait j'ai fait un malaise car j'étais montée à 21 de tension, parce que le bébé était pendu en fait, le cordon ombilical était autour du cou. (...) Quand le gynécologue est arrivé, il m'a mise sur le côté et m'a dit : « Ne bougez pas ». Et j'entendais derrière : « ce n'est pas évident parce qu'elle est grosse ça va pas être facile... » Quand ils ont dit ça j'ai pété un câble, j'ai dit : « ce n'est pas la peine de venir, dégagez ! ». Je me suis allongée et la tête a commencé à sortir alors j'ai poussé, et on me dit : « ne poussez pas, elle est pendue car il y a le cordon autour du cou ! » alors j'arrête de pousser et ils se sont tous fait engueuler par le gynécologue. Il leur a dit « si elle vous dit qu'il y a un problème, c'est qu'il y a un problème ». Ça n'allait pas, moi je le voyais, je le sentais. Suite à tout cela, la clinique, ça a été fini ! ». [Marjorie, 42 ans, mariée, 5 enfants, sans emploi fixe, bénéficiaire d'une aide alimentaire]

Marjorie, en donnant naissance à sa fille a senti « que quelque chose n'allait pas ». Cette phrase rend compte du langage de la douleur, qui au-delà des mots, alertent sur un dysfonctionnement : Marjorie a pu différencier les douleurs qui étaient liées à l'accouchement de celles qui signalait une anomalie même si les mots ont manqué pour les décrire. Les interlocutrices d'Yvonne Verdier à Minot rapportaient qu'autrefois à Minot, on se passait souvent de mots pour annoncer l'imminence d'un accouchement :

« En ce temps-là, on criait ! Oh, on criait ! Je ne sais pas mais les femmes ne crient plus aujourd'hui (...). Fallait crier assez fort pour que tout le village entende » [Verdier, 1979 :93].

Aujourd'hui, cette dimension communautaire est plus que réduite, mais le cri des femmes qui accouchent n'a pas totalement disparu. Solène se souvint avoir crié pendant son accouchement, à l'instar d'autres femmes présentes dans les salles voisines du service de la maternité qui la prenait en charge. La première fois que j'ai vu Solène, dans le magasin d'une pépinière horticole où elle travaillait située le long de l'estuaire, ses tatouages ethniques sur les mains m'avaient interpellée. Je lui demandai conseil concernant les plantes que je voulais acheter pour offrir à l'une de mes interlocutrices médocaines qui m'avait conviée à déjeuner et en profitai pour me présenter et lui proposer de participer à ma recherche. Ravie d'une réponse franche et affirmative, je me suis ainsi rendue chez elle la semaine suivante, pendant son après-midi de repos, alors que son compagnon travaillait et que son jeune fils était à l'école maternelle. Je la questionnai sur la naissance de ce premier enfant, survenue 3 ans plus tôt alors qu'elle entraînait dans la trentaine. Le souvenir laissait des traces de douleurs qui n'étaient pas forcément synonymes de souffrance et qui signifiaient autre chose :

« Il y a de la douleur et autres, mais ce n'est pas tout de même pas la majorité des cas... L'accouchement fait peur... A l'hôpital on entend des femmes

hurler, je crois que cela les soulage, mais j'entends plus le cri de l'aboutissement, de la libération. Cela va plus loin que la douleur... On lâche tout, on y est, on donne tout. On a le droit de hurler, pleurer, crier... C'est quelque chose qui t'appartient, un moment à toi. » [Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

La douleur de l'accouchement n'est pas seulement liée chez Solène à son aspect physique mais plutôt à un passage, à la fois réel pour le bébé sortant de son ventre et symbolique pour elle qui a acquis un nouveau statut, celui de mère. Une période liminale s'est dessinée pendant laquelle douleur et dépassement se trouvaient en résonance, situation de « mal joli » comme on a pu l'appeler par le passé et au cours de laquelle seul « l'aboutissement » est important.

L'ensemble de ces considérations semble confirmer que « la mère crée l'enfant et la douleur crée la mère » [Vuille, 1998], qu'elle souhaite ou non la vivre ou qu'elle en ait ou pas le choix. Ce qui reste alors, c'est l'indicible. Les douleurs de l'enfantement sont peut-être les souffrances des femmes les plus visibles et les plus acceptées dans notre société, mais elles restent confinées derrière les barrières du langage, n'offrant à l'ethnologue que cris, silences ou formes de récit socialement construits *aposteriori*. Après la naissance, la pensée commune ne veut-elle pas que les douleurs s'oublient vite ? Il est connu que « Le mal-joli, dès qu'il est passé, on en rit ».

2.2.1.2. Des douleurs difficiles à décrire

Comme cela avait été le cas pour Marjorie quand elle avait découvert que son hernie abdominale masquait une grossesse, ce sont des douleurs dans le bas ventre qui avaient alerté Solène, quelques années avant la naissance de son petit garçon. Prise de contractions sans savoir qu'il s'agissait de cela, elle a consulté un médecin en urgence face à l'intensité des douleurs :

« CL : – Lorsque tu disais que tu avais fait une fausse couche, c'était il y a longtemps avant la naissance de ton enfant ?

Solène : – C'était 5 ans avant la naissance de mon fils environ.

CL : – Est-ce que cela avait été du à quelque chose de précis ?

Solène – Oui... cela s'est passé très bizarrement. En fait, je vivais seule, j'avais quelqu'un dans ma vie. Pour moi, j'avais quelqu'un dans ma vie, pour lui, il n'avait personne. (...) Nous n'étions pas des jeunes stables, standards, comme il faut. On va dire que l'on était des gens polytoxicomanes. Donc cela ne va pas avec...

En fait, j'ai eu des douleurs récurrentes dans le bas du ventre. Un jour, j'ai eu mal à me rouler par terre. J'ai été voir en urgence un gynécologue qui m'a dit que j'étais ... enceinte... Enfin, je ne me souviens plus trop bien... Ce qui est sûr c'est qu'il m'a dit que je devais aller aux urgences... J'étais enceinte de trois mois, j'avais dû faire une fausse couche quelques semaines auparavant et mon

corps n'avait pas évacué cet autre corps. Je commençais seulement à me dire qu'il y avait un truc qui n'allait pas. » [Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

La prise en compte de la douleur a pu être altérée par l'usage des drogues chez Solène, ou par le peu d'attention qu'elle disait porter à son corps, elle qui était « cramée par les deux bouts ». Solène a aussi pu juger ces douleurs « normales » et « supportables », comme c'était souvent le cas chez d'autres femmes rencontrées concernant les douleurs menstruelles, sur lesquelles nous reviendrons plus longuement dans ce chapitre. Chez Solène, c'est l'intensité de la douleur – « à se rouler par terre » c'est-à-dire à ne pas pouvoir maintenir une position « normale » - qui l'a alertée et l'a décidée à consulter un médecin.

Une tumeur avait été détectée dans un sein chez Estelle qui avait subi un premier traitement. Plus tard, un écoulement « couleur café » à l'autre sein l'avait alertée : une tumeur de taille importante a alors été décelée, nécessitant urgemment l'ablation de la glande mammaire. Jusque-là, Estelle n'avait rien senti. Sandra, en rémission d'un cancer colo-rectal au moment de notre entrevue chez elle, m'expliqua avoir tardé à consulter un médecin pour ses saignements et douleurs abdominales et lombaires qu'elle avait d'abord interprétés comme liés à des règles irrégulières. Les cancers touchant les sphères gynécologique ou rectale, anatomiquement proches, faisaient l'objet d'un projet de dépistage précoce par une association nationale sur la presque île médocaine, où des campagnes préventives étaient aussi déjà menées autour du cancer du sein. Ces initiatives s'appuyaient sur le constat que ces pathologies se trouvaient statistiquement parmi les plus fréquentes au sein des différents cancers touchant les femmes, et dont les dépistages demeuraient encore trop souvent tardifs en raison de l'invisibilité des organes et de douleurs généralement attribuées au syndrome prémenstruel ou à la période de règles (saignements, mal au ventre, mal au dos, seins gonflés et douloureux...):

« Lorsque la recherche met en perspective le cancer avec la sphère gynécologique qu'il touche, elle révèle plusieurs problématiques spécifiques concernant la sexualité et le corps féminin. Celles-ci émergent dès le pré-diagnostic de la maladie lorsque les femmes racontent leurs symptômes. Le caractère invisible des organes gynécologiques pelviens (tout comme le caractère "caché" de la vulve), induit une perception et une interprétation spécifique de ces symptômes. Ainsi, les discours de plusieurs patientes informent que les douleurs, les gênes pelviennes (gonflement du ventre) ou les saignements sont envisagés dans un premier temps comme "normaux" et ne les motivent pas à aller consulter. Si ces symptômes ne sont pas associés à un risque ou une menace, c'est parce qu'ils sont assimilés à des ressentis féminins. En effet, les hémorragies sont fortement associées au sang des menstrues de la femme et s'intègrent aux éléments du féminin (...). » [Giacomoni, 2015]

Le caractère invisible des organes reproducteurs des femmes contribue à la difficulté qu'elles peuvent connaître, surtout pour les plus jeunes et les moins expérimentées, à identifier les douleurs « anormales ». Quand elles sont considérées comme telles, cette invisibilité rend par ailleurs complexe l'interprétation étiologique de ces maux, que ce soit par les femmes elles-mêmes ou par les soignants qu'elles consultent. Bien que les progrès de l'imagerie médicale permettent aujourd'hui de visualiser l'intérieur du corps, les prescriptions médicales pour de tels procédés ne sont pas systématiques et les femmes sont contraintes d'expliquer des douleurs difficiles à localiser précisément et dont le langage mais aussi les tabous sociaux (nous y reviendrons) ne permettent pas toujours la description. Béatrice, une femme d'une cinquantaine d'années employée d'un Centre Communal d'Action Sociale d'une commune médocaine, a longtemps souffert de douleurs pendant ses rapports sexuels : elle peinait à les expliquer car elles survenaient pendant des moments très intimes dont elle n'osait pas trop parler et qu'elles étaient « assez diffuses » et « pas forcément systématiques ». Ses plaintes auprès de sa gynécologue ont abouti à un diagnostic en termes de « stress » et « somatisation » qui ne lui est pas paru satisfaisant, car elle disait éprouver du désir pour son compagnon. Ce n'est que tardivement, en consultant un ostéopathe, qu'une nouvelle interprétation de ces douleurs a pu être formulée : « en fait, j'ai l'utérus rétroversé » me confia-t-elle, joignant le geste à la parole en faisant comme un mouvement de balancier avec ses mains. « Donc c'est normal d'avoir parfois un peu mal pendant les rapports à cause de ça, mais du coup je m'adapte ! » plaisante-t-elle, un peu gênée. Si l'ostéopathe n'a pas résolu le problème, il en a donné une explication convaincante pour Béatrice qui a cessé de s'inquiéter de ces douleurs inexpliquées devenues « normales », alors qu'elle pensait qu'elles étaient peut-être signe de quelque chose de plus grave. Elle m'a alors rapporté le cas d'une de ses amies qui avait souvent des douleurs de ventre : elle ne s'est pas tout de suite alertée, habituée à avoir des règles douloureuses et ressentir des sensations désagréables plusieurs jours avant et après la période menstruelle, ce que des médecins anglais ont appelé « syndrome pré-menstruel » à partir des années 1950 [Greene, Dalton, 1953]. Pourtant, l'amie de Béatrice souffrait d'une affection toute autre, l'endométriose, diagnostiquée tardivement du fait de douleurs ressenties très proches des sensations menstruelles et d'une méconnaissance des médecins de ce trouble gynécologique parfois très douloureux qui peut entraîner des infertilités [Decocq, 1997 ; Neukomm, Mueller, 2008].

Les douleurs que pouvaient parfois provoquer le traitement ou les examens médicaux, dans le cadre des cancers de l'appareil reproducteur par exemple, semblaient être perçues comme « un mal pour un bien » difficile à décrire surtout si on y est pas habitué. Estelle se souvint notamment des douleurs ressenties lors d'examens nécessitant l'introduction de cathéter dans le canal, des réveils et cicatrises à la suite de chacune de ses dix-sept opérations : à chaque fois c'est bien l'intensité qui est rapportée dans le récit (« avoir très mal »), parfois par le truchement de soupirs ou de gémissements supposés reproduire ceux qu'elle avait exprimés au moment où elle subissait ces souffrances physiques. Elle confia même que si elle avait su à quel point

cela allait être douloureux, elle aurait sans doute réfléchi à deux fois avant de subir ces pratiques de soins qu'elle considérait néanmoins comme ayant été salvatrices pour ce qui la concernait. Les deux dépressions qu'elle avait traversées ont été elles aussi relativement indicibles pour des raisons de pudeur certes, bien qu'Estelle et moi ayons réussi à établir une relation de confiance, mais aussi parce que la douleur d'être et la « fatigue d'être soi » demeurent difficiles à définir [Ehrenberg, 1998].

On peut s'interroger sur la raison du manque de mots pour dire les maux de l'enfantement ou ceux plus mystérieux de la physiologie féminine. Si le langage permet de dire le monde et confère une existence sociale aux choses dites, le registre du non-dit n'en est pas moins signifiant. Il peut vouloir dire que la société toute entière ne souhaite pas entendre ce que ces maux pourraient dire.

2.2.2. Quand les mots ravivent la souffrance

Estelle et Hélène m'ont toutes deux contactée pour participer à ma recherche après que Coline leur professeur de yoga leur ait parlé de mon travail. Si Estelle m'a rapidement téléphoné, Sandra l'a fait plusieurs mois plus tard. Cette dernière était en rémission d'un cancer du colon qui lui avait valu de graves opérations, une chimiothérapie et une radiothérapie. Autrefois sportive, elle s'est trouvée trop affaiblie par la maladie et les traitements pour poursuivre la course à pied, ce pourquoi elle s'était inscrite au cours de yoga. Nous avons finalement réalisé un entretien enregistré chez elle, autour d'un thé et de *merveilles*, ces petits beignets faits maison qui font partie de la gastronomie du Sud-Ouest. Elle m'a confié s'être plusieurs fois motivée à me contacter puis souvent ravisée:

« Je n'avais pas envie de tout re-déballer, je pensai que ça me ferait du mal de reparler de tout ça, qu'il fallait que ça reste là où c'était. Et puis après, je me suis dit que ça pouvait peut-être servir à d'autres femmes que je raconte ce qui m'était arrivé. » [Hélène, 50 ans environ, mariée, 2 enfants, sans emploi]

Certains maux qui m'ont été confiés semblaient par ailleurs indicibles, non pas en raison de lacunes du langage ou des tabous qui en censurent parfois l'expression, mais en raison du pouvoir qu'avait la parole de raviver les souffrances vécues en relatant certains événements douloureux du passé qui avaient parfois laissés de profonds traumatismes. La parole s'est déliée en prenant la forme d'un engagement en faveur des autres femmes victimes de cancer, particulièrement celles atteintes de cancers gynécologiques ou proches de cette région du corps, particulièrement marquée par la pudeur et les tabous sociaux concernant la sexualité [Giacomoni, Hoarau, 2011].

L'engagement pour les autres femmes, celles dont on ne parle pas ou que l'on n'entend pas, avait également décidé Christine, puis Suzanne, à me parler des relations incestueuses dont elles avaient été victimes pendant leur enfance. J'ai fait la connaissance de Christine par l'intermédiaire de ma directrice de thèse qui l'avait rencontrée sur un marché où elle vendait des produits locaux de sa fabrication. Celle-ci s'était montrée volontaire pour participer à un entretien dans le cadre de la recherche MédocIresp et nous avait invitées à déjeuner chez elle. Nous lui avons demandé ce jour-là de nous raconter son « histoire en tant que femme ». Nous lui avons demandé, comme aux nombreuses femmes rencontrées, de nous expliquer comment elle avait vécu ses premières règles puis les suivantes : pour Christine, les règles avaient disparu suite à un traumatisme qu'elle nous a relaté au cours d'un récit inattendu, empreint de grandes souffrances. Née à l'étranger d'une famille française dans les années 50, elle avait vécu la plus grande partie de sa vie dans sa petite ville médocaine. Elle n'était plus réglée depuis des dizaines d'années :

« J'ai une sorte de blocage du bassin, je n'ai plus de règles. Quand je les avais au début, c'était du sang très noir et c'était très douloureux. N'importe quand.» Elle ajouta : « C'est à cause de ce que m'a fait mon père... Mes ovaires se sont collés contre la paroi et se sont atrophiés. C'est à cause de ça. ». [Christine, 65 ans, commerçante]

Chez Christine, l'absence de règles était directement corrélée au traumatisme sexuel qu'elle avait vécu. Elle semble avoir interprété cette disparition comme symptôme du blocage de toute la zone corporelle qui contribue à la procréation. Ce père, « autoritaire et sévère », a abusé d'elle durant son enfance et son adolescence, laissant de lourds traumatismes psychiques et physiques que Christine tentait de réparer. Son premier mariage n'a pas été très heureux : son mari s'est aussi révélé violent sexuellement et n'a pas pu lui donner d'enfants suite à des activités professionnelles ayant détérioré sa santé. Son deuxième mari ne voulait pas d'enfants. De toute façon, elle a découvert à cette époque qu'elle ne pouvait pas donner la vie.

J'avais rencontré Suzanne par le biais d'un stage de développement personnel auquel j'avais participé suite à ma rencontre avec le couple de thérapeutes non conventionnels qui l'animait. Elle était leur voisine et amie et était venue avec sa compagne. Je lui avais présenté mon travail et lui avais proposé un entretien. « Oh, vous savez ! Je n'ai pas grand-chose à raconter moi ! Je n'ai rien de spécial ! ». A la fin de la journée de stage, j'ai de nouveau sollicité Suzanne au moment de la saluer. Elle a alors accepté de me recevoir et je me rendis chez elle quelques semaines plus tard. Je ne m'attendais pas non plus à ce récit quand je lui avais timidement demandé si elle avait reçu une éducation à la sexualité lorsqu'elle était plus jeune, que ce soit par des proches ou par l'école : « Je n'ai pas vraiment été éduquée à la sexualité, du moins comme tu dois te l'imaginer. Pour moi la sexualité, c'est compliqué » m'avait-elle confié. Elle avait été violée étant enfant par son grand frère, de sept ans son aîné, pendant plusieurs années. Dès qu'elle a

pu fuir son Irlande natale pour la France, elle est venue s'installer dans le Médoc après y avoir trouvé un premier travail saisonnier pouvant assurer ses besoins, souhaitant « refaire sa vie et oublier tout ça ». Sa voix tremblait, comme celle de Christine auparavant. Ce récit de soi n'était pas habituel et faisait remonter les douleurs du passé, mais avec la conviction que cette parole trouverait une utilité et n'était pas vaine. J'espère leur rendre honneur dans ce travail.

2.2.3. Quand les maux sont invisibles et silencieux

Si le célèbre chirurgien Leriche disait en 1936 que « la santé existe dans le silence des organes », rien n'est moins sûr est ce qui concerne la santé des femmes. Parmi celles qui se sont confiées à moi pendant ma recherche, quelques-unes n'avaient pas ressenti dans leur corps les signes de pathologies qui ont été diagnostiquées par la suite. La prévention des cancers du col de l'utérus passait depuis 2007 par une campagne nationale de vaccination préventive gratuite contre le papillomavirus, chez les jeunes filles âgées de 14 ans. Cette affection aux symptômes silencieux était uniquement détectable par un frottis gynécologique. Sophie, peu habituée au frottis de routine annuel préconisé par les instances sanitaires nationales, m'a raconté y avoir recouru, suite au ressenti qu'avait eu un guérisseur à son encontre : la jeune femme, commerçante saisonnière en station balnéaire se rendait tous les hivers en Asie pour se fournir en vêtements, bijoux fantaisies et accessoires à revendre dans sa boutique en été, ainsi que le faisaient la plupart de ces commerçants éphémères. Elle avait pris l'habitude chaque année de consulter Saksak, guérisseur résidant à Bali en Indonésie, réputé localement. En passant la main au-dessus du corps de Sophie, il a un jour repéré chez elle une anomalie dans le bas-ventre : « *Problem here ! Sure ! Here, you have problem* » lui a-t-il répété. En rentrant de voyage, Sophie a pris rendez-vous chez son gynécologue, inquiétée par la prédiction pour le moins inattendue de Saksak. Le médecin lui a diagnostiqué un Papillomavirus qu'elle a rapidement soigné grâce à la prescription du praticien. Ce type de pratiques, sur lesquelles nous reviendrons plus amplement dans le Chapitre 5, existaient aussi en Médoc. Connaissant ma recherche, une amie bordelaise m'avait demandé l'adresse d'un guérisseur, persuadée d'avoir le « mauvais œil » sur elle car la plupart de ses projets échouaient depuis près d'un an. Je l'envoyai chez Sofia, medium et magnétiseuse qui, au cours de leur consultation que me raconta par la suite mon amie, lui préconisa de prendre rendez-vous le plus rapidement possible avec un gynécologue : inquiétée, elle s'exécuta immédiatement. L'analyse du frottis réalisé par son médecin a révélé un stade avancé du papillomavirus dont elle n'avait identifié aucun symptôme. Si nous reviendrons plus tard sur la place jouée par les thérapeutes non conventionnels dans les itinéraires thérapeutiques, retenons ici l'idée que certains maux de femmes sont invisibles et indolores, s'inscrivant dans les discours dans le registre du silence jusqu'à ce qu'ils soient révélés lors des examens de suivi ou de façon improvisée dans de tierces situations.

2.3. Maux tabous

Dans le domaine des maux de femmes, l'indicible ne résulte pas toujours de la difficulté de traduire le vécu des troubles et des douleurs sous des formes langagières, ni de la volonté de tenir enfouie une parole susceptible de faire rejaillir à la surface des souffrances du passé, ni encore de l'absence de ressenti corporel qui caractérise certaines affections de l'appareil reproducteur féminin. Ces aspects du non-dit, examinés à une échelle phénoménologique, sont en effet à comprendre dans leurs enchevêtrements avec les dimensions sociales et culturelles également à l'œuvre dans la production des discours et des pratiques dans ce domaine particulier. Les « problèmes de femmes » et autres « trucs de filles » demeurent marqués par les interdits sociaux et restent pour ces raisons des maux souvent dissimulés dont on ne parle qu'en de circonstances précises, surtout dans l'entre-soi et dans le recours aux soins. Nous allons voir que les discours recueillis auprès des femmes rencontrées pendant l'enquête, ainsi que les contextes d'énonciation de leurs paroles, traduisent l'existence de maux et de mots considérés comme tabous en raison de leur affiliation symbolique aux domaines de l'impur, de la folie et de la monstruosité.

2.3.1. *Impures et impudiques affections*

2.3.1.1. Un secret bien gardé

Lorsque le sujet des menstruations s'est invité dans les discussions avec les femmes que j'ai rencontrées, c'est que celles-ci représentaient un problème régulier ou ponctuel, ou bien que nous avons posé une question du type : « du côté de vos règles, tout est bien ? ». Au cours de ma formation, Laurence Kotobi avait pointé son intérêt à travailler sur ce « fait social partagé par la moitié du monde et qui est pourtant invisible, peu étudié, voire encore perçu comme inconvenant, y compris dans les sphères de la recherche en sciences sociales ». ⁴⁶ La thématique des règles a donc fait l'objet dans l'enquête d'une « attention flottante » selon ses termes.

Pour ma part, lorsqu'elle n'était pas abordée spontanément, je me sentais souvent un peu gênée de cette interrogation qui me paraissait toujours intrusive et embarrassante pour mes interlocutrices, lesquelles détournaient parfois la conversation pour mieux éviter le sujet. Ce qui entoure les règles demeure « un secret bien gardé » ainsi que

⁴⁶ Extrait de son Séminaire « Genre, santé, sociétés » du M1 d'anthropologie sociale, Université de Bordeaux.

l'observait la réalisatrice Diana Fabianova dans son documentaire intitulé *La lune en moi* [Fabianova, 2009]

Les menstruations constituent un objet anthropologique pertinent en ce qu'elles sont un fait biologique universel aux codifications sociales et culturelles très marquées dans de nombreuses sociétés, peut-être toutes [Héritier, 1996; Godelier, 1996 (1982); Cros, 1990]. Lors de mon enquête, le premier malaise ressenti à engager la conversation sur le sujet des règles lors de mes entretiens avec les femmes renseigne, de manière réflexive, sur le caractère tabou des menstruations, qui évoquent à la fois une partie du corps intime, réservée à la sexualité et la reproduction et à la fois un sang sale, qui suit de près les flux des voies digestives. Ce constat de gêne, issu du processus d'enquête et des interactions avec les femmes, constitue à mon sens un résultat de recherche en tant que tel que je propose d'examiner ici. Les ressorts de ce sentiment d'embarras, voire de dégoût, suscité par les menstruations sont appréhendés à partir des récits des femmes rencontrées qui ont accepté d'en parler.

Savoir avant ou pas, en parler ou pas

Pour nombre des femmes rencontrées, notamment pour les plus âgées qui avaient entre 50 et 70 ans, les premières règles sont apparues comme un passage souvent marqué par l'inquiétude et la surprise. Rencontrée par le biais de sa psychologue que Laurence Kotobi avait contactée plus tôt, Jeanne, la jeune cinquantaine, était auxiliaire de vie pour la mère du propriétaire d'un célèbre château viticole du Médoc où elle avait longuement travaillé comme ouvrière agricole. Elle nous a expliqué que ce métier avait aussi été exercé par ses parents avant elle : les femmes occupaient davantage les travaux d'effeuillage, de relevage, de vendanges qui nécessitent une certaine endurance tandis que les hommes participaient aux travaux de la vigne demandant plus de force physique ou une certaine expertise. A notre demande, lors d'un entretien dans un café faisant suite à plusieurs autres, elle se remémore ses premières règles :

« Mes parents... on ne parlait pas de ça chez nous ! Heureusement aujourd'hui, on en parle plus ! Moi je n'étais pas préparée à ça... ma mère ne m'avait rien dit. Mais moi j'en ai parlé à mes sœurs ». [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

Nous n'en saurons pas davantage, les mots manquant ou la pudeur s'imposant. Notons qu'elle a ressenti le besoin de préparer ses sœurs à cet événement auquel elle ne s'attendait pas. Jeanne avait deux enfants quand nous l'avons rencontrée et était alors séparée de leur père, issu de la communauté des gens du voyage, au sein de laquelle sa fille de 20 ans et son fils de 6 ans avaient choisi de rester vivre. Elle se souvint au

moment de notre conversation, sans toujours en dire plus : « A ma fille, je lui ai tout expliqué ».

Après avoir rencontré celui qui est devenu son deuxième mari pendant l'enquête, Jeanne a changé de travail et est devenue auxiliaire de vie pour une entreprise locale qui proposait aux personnes dépendantes une aide à domicile pour assumer les tâches du quotidien. Elle s'est mise à s'occuper chaque semaine de Josette et René, un couple d'octogénaires, autrefois ostréiculteurs à la pointe de la presqu'île, à l'époque où les huîtres prospéraient encore dans les eaux saumâtres de l'estuaire. Après que Jeanne leur ai parlé de mon travail, ils m'ont accueillie chez eux le temps de son intervention hebdomadaire. Autour d'un café servi avec des *merveilles* préparées par Annie (sorte de petits beignets que l'on mange dans le Sud-Ouest de la France), nous conversons sur leur vie dans le Médoc. Voyant que je n'osais pas trop aborder la question des « problèmes de femmes » à Annie, que je ne voulais pas mettre dans l'embarras devant son mari et sachant que le couple n'avait pas pu avoir d'enfant, ce fut Jeanne qui entrepris de lui demander : « comment c'était d'être femme à l'époque, parce qu'il n'y avait pas tout ce qu'il y a maintenant ». « A ça c'est sûr !, répondit-elle. Que voulez-vous savoir jeune fille ? » interrogea-t-elle tout en réaffirmant notre différence générationnelle par cette apostrophe qui signifiait en même temps qu'elle me donnait l'autorisation de la questionner sur son intimité. Je lui demandai comment se passait la puberté à son époque chez les jeunes femmes, évitant de prononcer le mot « règles ». Après un bref silence, elle a résumé la situation ainsi, un sourire aux lèvres : «Ça arrivait et puis c'est tout ! ».

Concernant le secret et la surprise des premières menstruations, ce qui s'est passé pour Annie ou Jeanne s'est également déroulé pour d'autres femmes rencontrées. La plupart du temps, c'est une femme proche, leur mère, sœur, tante, cousine, amie, qui leur ont expliqué sur le moment ce qui leur arrivait. Elle ont appris, à l'instar de nombreuses femmes et jeunes filles que l'on dit « mieux préparées » aujourd'hui, qu'elles étaient dorénavant « réglées », qu'elles étaient devenues des « femmes », que « ça » arriverait chaque mois, que ça voulait dire qu'elles pouvaient tomber enceinte (sans parfois plus d'explications pour les plus anciennes) et qu'il fallait utiliser des protections hygiéniques (tissus ou procédés plus récents) pour ne pas tâcher ses vêtements et pour éviter que cela ne se voit, situation qui serait alors vécue comme embarrassante. Françoise-Edmonde Morin, journaliste et secrétaire de Michel Foucault, avait également perçu que

« la clandestinité imposée à la petite fille sur ses règles peut être perçue de deux façons. La première est celle d'une complicité avec la mère [ou une autre femme proche], le secret que le sexe féminin reçoit en partage, promotion, progression vers l'âge adulte. La seconde impute le secret à la honte. Si l'on cache les règles c'est qu'elles sont sales (...) Et la promotion se transforme en malédiction. La mère a deux façons de se taire. Par le silence total, plus fréquent qu'on ne le

croit. Ou parce qu'on pourrait appeler la ligne hygiéniste : ça saigne, on informe, on garnit. Mais on ne philosophe pas dessus. » [Morin, 1982].

Mes expériences de terrain ne pointaient pas de différences notables, mais plutôt des nuances quelques trente années plus tard. Jeanne nous avait affirmé « avoir tout dit » à sa fille. De même, Marjorie, mère de quatre filles, pointait cette transmission d'information comme un changement par rapport aux générations antérieures : « Aujourd'hui, on en parle plus qu'avant. Moi, mes filles, je leur dit tout. Il faut parler de tout » affirma-t-elle à ma directrice de thèse et à moi-même sur un ton enthousiaste. Mais que voulait-dire « tout dire ? » De quoi était composé cet apprentissage ? Le discours de Marjorie m'était apparu sur le moment très progressiste et moderniste avant d'apparaître construit à notre attention. Ma directrice de thèse s'était présentée comme universitaire et ancienne infirmière et moi comme doctorante en anthropologie, ce qui nous a sans doute valu d'être catégorisée par elle pendant plusieurs semaines comme représentantes d'une institution du sanitaire et social. Nous avons de plus été présentée à elle par « l'éducateur de rue » de la commune qui avait plusieurs fois tenté, souvent en vain, « d'accompagner cette famille » qui le jugeait d'ailleurs intrusif et trop rigide. Grâce à un suivi de longue durée sur le terrain, nous avons saisi par la suite la méfiance qu'alimentait Marjorie à l'égard des institutions publiques, parfois plus enclines selon elle au contrôle qu'à l'aide et au soutien des familles. Dans ce cadre, difficile de savoir comment Marjorie avait effectivement parlé des règles à ses filles. Je tends à penser que son discours enthousiaste et assuré était construit afin de montrer aux professionnelles représentantes de la « bonne » santé que nous représentions à ses yeux, qu'elle connaissait et mettait en œuvre les « bonnes pratiques » qu'elle énuméra comme une liste :

« Vous savez... elles savent tout ! Que ça va être tous les mois, que ça veut dire qu'elles peuvent avoir des bébés, du coup elles savent comment on fait les bébés aussi, comment se protéger, la pilule tout ça, où sont rangées les protections à la maison... Tout quoi ! » [Marjorie, 42 ans, mariée, 5 enfants, sans emploi fixe, bénéficiaire d'une aide alimentaire]

Le fait de « savoir avant » ne préparait pas tout à fait au vécu physiologique et psychologique, ce qui confirme que de l'information délivrée ne correspondait pas au vécu des jeunes filles : Cassandra, la fille cadette de Marjorie, a eu beau « savoir avant » grâce aux discours de sa mère et de ses deux sœurs aînées, elle n'a pu s'empêcher d'avoir peur de ce qui lui arrivait. Sophie, la commerçante trentenaire, rapporte que bien qu'« au courant », elle ne s'était pas rendue compte qu'elle avait ses règles la première fois car la tâche dans ses sous-vêtements n'avait pas la couleur du sang, mais plutôt celle des selles.

« La façon dont les mères passent le flambeau de la spécificité féminine à leur fille est un curieux cocktail fait de silence, de pudeurs, de demi-vérités. Ce qui touche au faire, comment résoudre matériellement la situation, est abordé incomplètement. Ce qui touche à l'être est complètement évité. Leur comportement est dicté aux petites filles davantage par ce qu'on leur tait que parce qu'on leur en dit ». [Morin, 1982 : 57].

En affirmant que ces filles « savaient tout », Marjorie nous renseignait sur la majorité des éléments symboliques et des pratiques attendues relatives à la survenue des règles, ainsi que sur la façon dont se transmet l'information aux jeunes filles dans l'espace domestique à ce moment de la vie : « ça va être tous les mois » est une phrase intéressante par le fait que les règles ne sont pas nommées (« ça ») malgré l'affirmation qu'elles auront lieu régulièrement. Une façon de dire les règles consiste à les taire, ou plus exactement à ne pas les nommer, les femmes disant souvent « les avoir » (« je les ai en ce moment »). En linguistique, ce type de formulation peut indiquer une volonté de dénigrer ou de nier l'existence et la légitimité de la chose que l'on est en train de désigner [Roudière, 2002]. L'exclamation « C'est avec ce machin-là que nous irons sur la Lune ! » lancée par le Capitaine Haddock par exemple, personnage de la bande dessinée Tintin, montre qu'il se refuse à croire que la fusée devant lui va le mener sur la Lune. En ne disant pas « fusée » (mot qu'il connaît) mais « machin » de façon volontaire, il montre le peu de crédit qu'il y accorde et la crainte que l'engin suscite chez lui. L'usage de métaphores peut également servir à contourner une réalité ou à lui conférer une connotation particulière : concernant les menstrues, certaines des appellations relevées au cours de mon enquête ou dans mon entourage évoquaient l'aspect régulier et rythmé de ces écoulements –« avoir ses règles » (idée d'une certaine métronomie), « ses lunes » (en termes de durée, le rythme lunaire est proche de celui d'un cycle menstruel moyen). Nombre des expressions utilisées, comme « avoir ses ragnagnas », « les anglais ont débarqué » ou « être indisposée » permettaient de faire fi d'un discours embarrassant, que l'on partage dans un entre-soi féminin, conjugal ou avec un médecin quand un problème survient.

« Comment Marjorie parle des règles à ses filles à la maison »

Marjorie avait précisé que ces filles savaient où se procurer les protections hygiéniques qu'elle mettait à leur disposition dans un espace dédié (souvent les toilettes ou la salle de bain). L'utilisation de « protections hygiéniques », en plus d'un aspect pratique, doit servir à la femme à masquer cette période auprès de son entourage et à contrôler un maximum cet écoulement. Ainsi que le montre Dania Fabianova dans son documentaire [2009], la façon dont la publicité télévisuelle, par exemple, traite de ces produits en vente dans tous les supermarchés et pharmacies est assez parlante : la plupart du temps, elle met scène une femme à l'attitude terne, anxieuse, qui se contorsionne pour vérifier

dans des miroirs si elle n'a pas tâché ses vêtements. Cette attitude contraste avec le bien-être apparent de celle qui utilise une protection efficace et qui peut ainsi dissimuler sans raté le fait qu'elle est momentanément indisposée. Ce type d'image évoque les pratiques de dissimulation qui marquent socialement ce fait biologique. Un autre point marquant de ces publicités est le liquide bleu versé devant la caméra sur les serviettes hygiéniques qui prouve ainsi les capacités d'absorption et de « protection » de cet objet, parallèlement rendu le plus discret possible de par son format réduit. Ce liquide de couleur bleue, déconnecté du corps et de ses flux, évoque de près les publicités réservées aux lessives chimiques qui entrent elles aussi dans l'économie morale de la propreté et de la pureté. Tacher un vêtement et ainsi faire, montre que son indisposition est source d'inquiétude et de honte pour les jeunes filles et les femmes, qui craignent alors d'être catégorisées comme sales, souillées et peu capables de maîtriser leur corps [fille chemise bleue]. Les tampons hygiéniques, insérés à l'intérieur du vagin pour absorber le sang, peuvent être préférés aux serviettes pour leur discrétion, faisant oublier leurs règles aux femmes et à leurs partenaires intimes. La contraception est parfois utilisée pour supprimer momentanément les menstruations et se tenir à l'écart de la souillure, qui constitue le statut de femme d'une part en même temps qu'un certain désordre qu'il faut veiller à tenir secret d'autre part, conception renforcée par les sentiments de dégoût et de tabou socialement incorporés. Ainsi, le sang qui s'écoule est à la fois constitutif de la féminité et stigmaté latent qu'il faut contrôler sous peine de discrédit [Goffman, 2010 (1963)].

L'analyse comparative des « rites de souillure » de diverses sociétés menée par l'anthropologue britannique Mary Douglas pointe l'existence *a priori* généralisée de pratiques socialisées de purification, religieuses ou séculières, pour traiter des matières marginales du corps : les sociétés humaines manifestent presque toujours, à différents degrés, des réserves, réticences, craintes ou dégoûts à l'égard des excréments, de l'urine, des crachats, du lait maternel, du sang ou encore du sperme. Pour Mary Douglas, qui reprend ici à son compte l'analogie organiciste chère au courant structuro-fonctionnaliste britannique, le traitement rituel de ces matières corporelles jugées polluées et polluantes constitue une grille de lecture pour appréhender la « morphologie » même de la société concernée. Le traitement réservé aux frontières et marges du corps humain renseignent sur ce qui fonde l'ordre social et les contours de la société, dans l'idée que le franchissement des barrières sociales constitue autant de souillures qui menacent la structure sociétale en place. Françoise Héritier faisait également remarquer l'analogie socialement construite rapprochant l'ordre des corps et celui de la société, lui permettant de donner à voir que la différence biologique des sexes est alors construite comme une explication aux inégalités sociales entre les personnes de sexes différents :

« une homologie de nature (...) entre le corps dans ses fonctions vitales, reproductives ou digestives, le milieu où il est plongé et le monde des règles sociales. Des transferts sont possibles d'un registre

dans l'autre. (...) La circulation d'éléments au sein d'un monde qui doit être maintenu en équilibre touche particulièrement une propriété sensible universellement perçue : des flux de tous ordres (pluie, rivières, fluides corporels) sont nécessaires à la production et au maintien de la vie et ils doivent être correctement réglés. (...) Cette interprétation mécaniste du fonctionnement du monde en causes et effets qui s'enchaînent est le substrat sur lequel se développent la ritualisation et l'appareil de prescriptions, interdictions, réparations, sanctions. » [Françoise Héritier, 2003]

Les flux corporels, et le sang notamment, sont très souvent genrés dans les représentations sociales dont ils font l'objet, et leur propriétés positives ou négatives sont pensées par ce prisme : ainsi le sang des hommes, plutôt associé symboliquement au sang versé à la guerre diffère en valeur du sang des femmes qui s'écoule de façon impure [Héritier, 1984], parfois pensé comme chargé de substances capables de donner la mort [Cros, 1990] ou d'alimenter les entités maléfiques qui vivent sous la terre [Godelier, 1996 (1982)].

Les menstruations font donc l'objet de mesures purificatoires, comme l'hygiène et la dissimulation, procédés qui devraient pouvoir traduire les ressorts de l'ordre social selon Mary Douglas, et qui répondent à un certain nombre d'interdits et de prescriptions étudiés par Françoise Héritier. Pour cette dernière, il faut chercher les raisons de l'encadrement social des règles dans l'observation concrète : seules les femmes qui saignent régulièrement sont en mesure de mettre les bébés au monde car la pensée humaine, traditionnelle ou scientifique, s'est construite sur la base de l'observation matérialiste de la différence anatomique des sexes et sur la différence dans les rôles joués par les individus sexués dans la reproduction.

« Il s'agit là du butoir ultime de la pensée, sur lequel est fondée une opposition conceptuelle essentielle qui oppose l'identique au différent. » [Héritier, 1996 : 20]

À une échelle très globale des rapports sociaux de sexe et de leurs représentations, l'étude « des institutions sociales, des systèmes de représentations et de pensée » montrent que si le principe biologique de la procréation est universel, ses traductions sociales sont nombreuses. Pourtant, Françoise Héritier affirme qu'« il existe un domaine où il est probable qu'il n'y ait qu'une traduction de ce donné biologique, c'est ce [qu'elle appelle] « la valence différentielle des sexes » (...) [énoncé qui] exprime un rapport conceptuel orienté, sinon toujours hiérarchique, entre le masculin et le féminin » [Héritier, 1996: 24]. L'origine de la valence différentielle des sexes ne serait pas à chercher dans un potentiel handicap féminin, une éventuelle faiblesse ou vulnérabilité consubstantielle à l'être femme, mais, et c'est ce qui constitue le noyau dur de l'analyse de Françoise Héritier, dans « l'expression d'une volonté de contrôle de la reproduction de la part de ceux qui ne dispose pas de ce pouvoir si particulier » [Héritier, 1996: 25].

Ce concept constitue pour l'anthropologue, un immuable invariant universel et structural, dans le sens où :

« toute société ne pourrait être construite autrement que sur cet ensemble d'armatures étroitement soudées les unes aux autres que sont la prohibition de l'inceste, la répartition sexuelle des tâches, une forme légale ou reconnue d'union stable et (...) la valence différentielle des sexes » [Héritier, 1996 : 29].

Françoise Héritier, « le discours sur les humeurs du corps est toujours inscrit dans l'ensemble des représentations propres à chaque société. (...) Une relation est établie entre la logique qui régit le rapprochement des humeurs entre elles et la norme sociale qu'il faut respecter. » [Héritier, 2003]. Dès lors, une société qui évacue la question des règles et produit un sentiment de honte et de dégoût à leur égard alors même qu'elle valorise la procréation semble également rejeter dans l'impur ce qui rend possible cette dernière, la sexualité, et qui plus est celle des femmes.

Chez Marjorie, affirmer que les règles « ça veut dire qu'elles [ses filles] peuvent avoir des bébés, [et que] du coup elles savent comment on fait les bébés aussi » renvoyait bien au passage du statut de l'enfance à celui de femme en mesure de procréer, une grossesse pouvant survenir à l'issue de rapports sexuels. Le moment de l'apparition des règles ne coïncidait pas pour autant avec celui du premier rapport sexuel, mais en lançait plutôt un compte à rebours dont la famille – femmes et hommes - se devait d'assurer le contrôle. La question de la sexualité des jeunes filles, que l'on souhaite garder vierges (et donc pures) jusqu'à l'âge socialement requis (variable selon les familles et les milieux sociaux et culturels), se répercute parfois jusque dans le choix des protections hygiéniques : les mères préféreront fournir des serviettes, au fonctionnement semblables à des couches, plutôt que des tampons qui supposent symboliquement une pénétration intra-vaginale.

Si Marjorie avait informé ses filles, ainsi qu'elle nous le prétendait, sur la façon de « se protéger » avec « la pilule », c'est bien en raison d'une volonté d'encadrement de la sexualité et de la fertilité. Samantha, sa fille cadette, n'avait pas ses règles à 18 ans, ce qui avait éveillé une lueur d'inquiétude chez sa mère. Celle-ci nous expliqua lors de notre premier entretien :

« Donc on a fait une prise de sang avec le médecin et il faut que je l'emmène voir un endocrinologue parce qu'elle a trop d'hormones mâles ou je ne sais pas quoi, trop de... pilosité je cherchais le mot ! Donc ça lui a bloqué ses règles. Il y a 3 ou 4 mois de délais d'attente. ». [Marjorie, 42 ans, mariée, 5 enfants, sans emploi fixe, bénéficiaire d'une aide alimentaire]

Toutefois, ce rendez-vous a été de nouveau envisagé qu'à la fin de notre enquête de terrain, soit plus de deux ans après cet entretien. Des raisons matérielles et économiques

peuvent expliquer ce « recours différé »⁴⁷, mais il faut surtout tenir compte du fait que l'attention de Marjorie s'est surtout portée sur sa fille aînée Jennifer, âgée de 18 ans au début de notre recherche et qui vivait alors une relation avec Bruno, un jeune homme **âgé** de deux ans de plus qu'elle. Il semble que Marjorie ait concentré ses efforts autour de la jeune femme dès lors qu'elle a commencé à parler d'arrêt de contraception, situation qui s'est confirmée par une grossesse et la naissance d'un petit garçon. Marjorie avait d'abord tenté de retarder l'arrêt de la pilule de Jennifer puis s'était beaucoup investie dans le suivi de la grossesse et la mise en ménage de la future famille. Pendant ce temps, Samantha n'a pas réalisé d'exams complémentaires ni reçu de soins concernant ce trouble hormonal qui lui valait en outre d'être qualifiée de « garçon manqué » ou de « fille qui ne s'intéresse pas aux garçons », termes que Véronique Moulinié analyse comme propres à l'âge de l'enfance, révélant l'absence d'une différenciation sociale des sexes marquée des individus avant leur puberté [Moulinié, 1998].

Dès lors que la configuration familiale ait pu se stabiliser, ouvrant la voie vers d'autres statuts sociaux – Marjorie devenue grand-mère, Jennifer une mère et Samantha une tante – la question du désir de Samantha d'avoir une vie sexuelle au sens large du terme est apparue de façon informelle et a symboliquement été autorisé par sa mère qui a décidé de reprendre en considération et en charge ce problème. Ces transmissions intergénérationnelles des rôles et statuts féminins très codifiés [Fine, Moulinier, Sangoï, 2009] apparaissent ici avec l'accession de Marjorie au statut de grand-mère, généralement associé à la fin de vie procréative et dans la prise en compte du trouble de Samantha, qui non traitée permettait encore pour cette mère de la garder dans l'âge de l'enfance [Kotobi, Lemonnier, 2015]. Ce contrôle de l'arrivée de la sexualité par celui de la survenue des règles n'a pas fait l'objet, semble-t-il, d'une discussion claire entre Marjorie et Samantha, ni du consentement de la jeune fille qui a dû accepter cette surveillance instaurée par la loi du silence, comme souvent lorsqu'il s'agit de sexualité féminine.

Certains rites de passages ouvrant au statut de femmes ont été décrits par les anthropologues, souvent les africanistes et océanistes, comme mis en scène de manière à rendre visibles à l'ensemble ou à une grande partie de la communauté l'accession des jeunes filles concernées à l'âge adulte [Turner, 1972 (1969); Mead, 1993 (1928-1935); Weiner, 1983]. En d'autres lieux, ce passage peut être rendu plus discret, comme chez les Moose du Burkina où les aînées cachent à l'entourage l'arrivée des menstruations des plus jeunes pour retarder le rite initiatique du mariage qui conduit les femmes à

⁴⁷ Cette notion utilisée par Laurence Kotobi est expliquée dans l'article de Laurence Kotobi et Clara Lemonnier paru en 2015 dans le numéro 38 de la revue *Sociologie Santé* qu'elles ont codirigé. Voir : KOTOBİ Laurence, LEMONNIER Clara, 2015, « Ethnographier les itinéraires thérapeutiques en santé reproductive pour mieux comprendre l'accès aux soins : le cas des femmes en difficulté dans le Médoc », à paraître in : KOTOBİ Laurence, LEMONNIER Clara (dir), 2016, *Santé reproductive : routines, normes, invisibilités*, Pessac, Revue Sociologie santé, n°38.

quitter à la fois leur foyer et la période de l'enfance [Vinel, 2008]. En France, Yvonne Verdier a restitué les initiations codifiées réservées aux jeunes filles des campagnes des années 1950 : les jeunes filles pré-pubères étaient regroupées régulièrement autour d'une aînée qui maîtrisait l'art des aiguilles et des tissus. La couturière, en accompagnant la confection du « trousseau » - linge de maison brodé de fil rouge (la « marque », terme qui désignait aussi les premières règles) dont l'usage était réservé au futur foyer qu'elles allaient constituer à l'issue de leur mariage - préparait au statut de femme qui allait s'amorcer à l'arrivée des premières menstruations et se confirmer avec la sexualité conjugale et la naissance d'un premier enfant [Verdier, 1979]. Ces pratiques matérielles et symboliques semblaient toutefois sur le point de disparaître selon Yvonne Verdier : les objets et paroles des contes d'antan ne faisaient plus allusion au quotidien des jeunes filles rencontrées et ne permettaient plus au moment de l'enquête, cette ancienne transmission des codes sociaux liés aux façons d'être et de faire, avant puis après l'apparition des règles. L'histoire populaire du Petit Chaperon Rouge scandait en effet les âges de la vie des femmes tels qu'ils étaient considérés jusqu'au XIX^e siècle, mettant en scène la petite fille, sa mère et sa grand-mère sous la menace du loup et parfois l'aide du chasseur. [Verdier, 2014 (1978)] Anne Monjaret montre les symboliques sous-jacentes du conte du Chaperon rouge, amenée à choisir entre chemin des aiguilles ou chemin des épines, menant tout deux métaphoriquement à l'entrée dans la vie adulte et féconde de la fillette au vêtement couleur sang [Monjaret, 2005]. Les contes et proverbes auraient donc participé métaphoriquement au maintien d'un certain ordre social générationnel.

Aujourd'hui, ces contes ont perdu de leur portée et leur sens caché semble avoir été oublié. Dans le Médoc actuel, le passage au statut de femme demeurerait peu explicite dans ses dimensions sociales et relationnelles (plutôt d'un point de vue « technique ») tandis qu'étaient toujours alimentées les représentations des menstrues comme quelque chose à cacher ou d'inutile. Pour autant, il semble que la sphère médicale ait investi les différents rites de passages intergénérationnels : si les chirurgies qui marquaient certains âges de la vie il y a encore moins de 20 ans – l'ablation des amygdales pendant l'enfance, l'hystérectomie ou « totale » à l'âge de la ménopause- [Moulinié, 1998], certaines prescriptions médicamenteuses aujourd'hui semblent avoir pris le relais. Véronique Moulinié expliquait que l'acné représentait symboliquement une montée de sang à la puberté [1998]. Il n'est pas étonnant que l'on prescrive actuellement la contraception aux jeunes femmes pour traiter leurs problèmes de peau et amorcer son passage vers la vie féconde. De même, Véronique Moulinié souligne « le coup d'état médical » survenu dans les domaines de la ménopause et de l'andropause, notions elles-mêmes issues de la rhétorique médicale et dont le succès et la surveillance accrue par les médecins se sont appuyés sur les anciennes pratiques populaires qui entouraient le passage au dernier âge de la vie [Moulinié, 2015].

Certaines situations d'éléments viennent néanmoins brouiller cette répartition des âges de la vie et des normes de genre, comme la place dans la phratricie parfois recomposée ou

dans une famille monoparentale, la poursuite ou non d'études longues pour les femmes, prendre une contraception qui annule les règles, repousser l'âge de la maternité grâce à la PMA, être ou ne pas être (grand-)parent, être un(e) jeune retraité(e), la possibilité de vivre plus vieux, tandis que déclinent les initiations collectives autrefois observées par Yvonne Verdier. Pour Marcel Gauchet, nous assistons aujourd'hui à un effacement des âges de la vie depuis les années 1970 et à l'élaboration d'une nouvelle temporalité dite « futuriste » car basée sur l'idée d'une éducation précoce et sur le long terme des individus en prévision de leur auto-réalisation au cours de leur vie dont la durée moyenne s'est allongée (il s'agit moins de s'inscrire dans une perspective communautaire que de faire émerger un soi) [Gauchet, 2004]. Si nous verrons plus loin que cette dimension de réalisation de soi était relativement présente chez les femmes rencontrées, il semble néanmoins que la physiologie féminine continue d'agir comme un puissant marqueur de leur condition sociale à différents temps de leur vie : l'apparition et la disparition des règles semblent rester un pilier pour ces femmes, quand bien même elles peuvent aujourd'hui moduler artificiellement les périodes menstruelles pendant leur passage à la vie adulte.

Aujourd'hui, les mères et les femmes proches ne sont plus les seules pourvoyeuses potentielles d'information sur les règles, et par extension sur la sexualité et la procréation. Le programme scolaire de Sciences de la Vie et de la Terre du collège prévoit en classe de 4^{ème} un cycle de cours plutôt naturalistes sur la reproduction chez les végétaux, les animaux ovipares et les mammifères, la reproduction humaine étant abordée dans ce dernier cadre si le professeur n'a pas pris de retard dans son programme [Mardon, 2011]. Les notions de cycles reproductifs chez les femmes, de gamètes mâles et femelles ainsi que de rapports sexuels font l'objet d'un enseignement magistral vu sous l'angle darwinien de la nature et des espèces, des mécanismes biologiques qui intéressent les sciences de la vie et de la santé, sans que ne soit évoquées ni la dimension du vécu phénoménologique des corps qui se transforment pour accueillir leurs fonctionnalités sexuelle et reproductive, ni les dimensions sociales et symboliques qui les accompagnent et qui façonnent les comportements et les interactions.

Il m'est souvent apparu en Médoc que, lorsqu'elle existait, l'information donnée sur les règles - via l'école, la consultation médicale ou le réseau de pairs - appartenait au registre de la technique (de dissimulation, de purification, de prévention) et demeurait déconnectée du champ de l'émotionnel et du rapport à l'autre, même si ces aspects conditionnaient le bon déroulement de la vie affective et de la santé des femmes. Ainsi, « l'information sexuelle à l'école, présentée comme le progrès des progrès, ne change pas grand-chose à la situation du fait qu'elle est calquée sur le modèle parental : expliquer techniquement quelque chose qui ressortit à un rapport au monde, à l'affectif, au relationnel » [Morin, 1982 : 65].

2.3.1.2. Le discret langage des arythmies et autres fluctuations

Bien que contraintes au silence, la plupart des femmes n'apparaissent pas démunies de savoirs quant à leurs règles, notamment en ce qui concernait les aspects observables empiriquement comme la rythmique, la quantité, la durée, la couleur... La plupart des femmes rencontrées qui avaient des « règles normales » « connaissent leur cycle » et en assuraient une haute surveillance selon les termes qu'emploie l'anthropologue Christine Durif-Bruckert qui a enquêté sur les savoirs physiologiques ordinaires de femmes rencontrées à l'occasion de consultations de planification [Durif-Bruckert, 1994]. Comme de nombreux travaux d'histoire et d'anthropologie le montrent, la périodicité particulière des menstruations (de *mens*, mois en latin) a souvent été identifiée en analogie avec l'écoulement du temps selon les astres, en particulier avec la Lune [Bonnet, 1988 ; Durif-Bruckert, 1994 :62]. L'expression « avoir ses lunes » renvoie ainsi aux temporalités des lunaisons (21 jours). De nombreuses femmes que j'ai rencontrées « comptaient les jours », certaines étant « réglées comme des horloges », d'autres étant fières de me dire : « je sais au jour près ! » sans souvent considérer l'éventualité d'un lien entre les effets des hormones contraceptives, quand elles en consommaient, sur cette mécanique du corps.

Une rupture dans la rythmique habituelle pouvait alors révéler un problème de santé et susciter un recours à des soins :

« C'est n'importe quoi ! D'habitude c'est tous les 20 jours, là un jour par-ci, deux jours par-là ! Je sais pas ce qu'il se passe ! ». [Hanaen, 38 ans, restauratrice, mariée, 2 enfants]

Hanaen et son mari se sont montrés assez inquiets de constater un écoulement anarchique à l'horloge d'ordinaire bien réglée. Notre équipe d'anthropologues a eu de nombreux échanges formels et informels, avec ce couple de restaurateurs originaires de Meknès au Maroc et parents d'un petit garçon. Une communauté marocaine était en effet visible et présente dans les communes implantées le long de l'estuaire où il était possible pour la plupart, d'aller travailler à la vigne. Alors que nous passions régulièrement prendre un café ou un repas dans leur commerce, Hanaen nous considérant à la longue comme dignes de confidences, n'hésitait plus à nous faire part des problèmes qu'elle rencontrait occasionnellement. Un matin où j'allai boire un café chez elle, elle m'annonça l'air alerté qu'elle avait eu ses « règles pendant deux semaines en continu » avant de constater un « n'importe quoi », des écoulements irréguliers et imprévisibles, puis un retard de règles au point de se demander si elle n'était pas enceinte. Ainsi, des règles au rythme régulier, c'est-à-dire tous les 20 jours environ est gage de normalité tandis que leurs variations alertent et peuvent susciter un recours à des examens et à des soins.

Certaines femmes préféraient opter pour les moyens de contraception qui ne suppriment pas les cycles, afin d'être chaque mois rassurées sur le bon fonctionnement de leur corps. En effet, l'absence de règles chez une femme en âge de procréer suscitait parfois la peur de l'infertilité, parallèlement à l'idée toujours présente que le sang des règles est un sang vicié à évacuer pour une meilleure santé. Le principe de la saignée procédait de ce même principe [Laznik, 2005].

Une autre solution consistait en l'arrêt de toute contraception hormonale, en lui préférant ou en se résignant selon le vécu des femmes rencontrées, à des méthodes locales ou mécaniques. Séverine, agricultrice de 34 ans engagée dans la filière biologique et installée sur les terres limoneuses de l'estuaire, avait ainsi arrêté sa contraception hormonale débutée à la puberté car elle en ressentait excessivement les effets sur son corps. Son petit garçon était âgé de 3 ans au moment où je la rencontrai à sa ferme, rencontre organisée par ma directrice de thèse qui achetait parfois les produits de Séverine sur Bordeaux par le biais d'une Association pour le Maintien de l'Agriculture Paysanne (AMAP). Elle nous expliqua avoir décidé de ne pas reprendre de contraception après son accouchement : « Avec la pilule, les deux dernières années, je n'avais pas de règles. J'ai mis trois ans à récupérer mon cycle ! ». Ainsi, c'est moins une contre-indication médicale qu'une gêne ressentie (mais aussi d'autres effets indésirables que je décrirai plus loin) qui la poussait à refuser une contraception hormonale. En disant « *mon cycle* », Séverine laissait entendre une conception selon laquelle chaque femme connaît naturellement un cycle différent de celui d'une autre qui ne peut ni ne doit être appréhendé selon le schéma fixe généralement pré-indiqué sur les plaquettes de pilule (prise du comprimé pendant 21 jours puis arrêt pendant 7 jours qui déclenche la survenue des règles).

L'absence de règles constitue fréquemment une alerte quant à une potentielle grossesse, même en contexte de traitement contraceptif suivi. L'échec contraceptif, dû à un oubli ou à une défaillance technique du dispositif, représente en effet la raison la plus fréquente de recours aux interruptions volontaires de grossesses, bien devant l'absence totale de contraception [Bajos, Ferrand]. Jeanne s'était ainsi rendue compte qu'elle était enceinte à l'âge de 46 ans, malgré son stérilet.

Des règles trop abondantes pouvaient également être signe d'un problème pour certaines femmes rencontrées. Malika avait 24 ans quand nous lui avons parlé pour la première fois au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) de sa commune de résidence. Elle était née à la clinique du Médoc de parents marocains. Elle habitait avec eux tandis que sa grande sœur, qui venait d'avoir un bébé, vivait dans un appartement tout proche. Malika était mariée depuis quelques années à peine mais sa relation avec son mari, rencontré dans le Médoc quelques années auparavant, s'était dégradée depuis peu. Elle avait fait un mariage traditionnel au Maroc : « Attends, les sept robes je les voulais ! T'es folle ou quoi ! » me dit-elle lors d'un entretien sur la terrasse d'un café. Ce jour-là, elle voulait se séparer définitivement de lui. « Au début, il

était gentil et tout, mais maintenant... C'est bien la merde ». Elle m'expliqua qu'elle avait rencontré quelqu'un d'autre, qu'elle fréquentait un peu. C'est un homme qui faisait la sécurité d'une discothèque où elle allait parfois avec Zorah, sa cousine. Son mari s'était lui aussi engagé dans une autre relation. Malika était donc revenue chez ses parents très récemment car les disputes conjugales n'étaient plus supportables. Je la questionnai sur son parcours scolaire et professionnel : « en fait, j'ai une maladie grave » expliqua-t-elle. Découverte lorsqu'elle était au lycée, elle a dû être hospitalisée puis alitée pendant des semaines. Elle a vécu les douleurs et la souffrance de l'isolement, avec le sentiment que son père et sa mère l'avaient un peu abandonnée pendant cette période : « On aurait dit qu'ils avaient démissionné ». Sa sœur a été davantage présente. Elle a beaucoup maigri et n'a plus beaucoup de force alors qu'elle était très sportive. Elle a fréquemment besoin de dormir car elle se sent souvent très fatiguée. « Alors c'est dur d'essayer de travailler ou quoi, parce que j'ai tout le temps envie de faire la sieste... J'suis tout le temps crevée... ». Concernant ses ressources financières, elle explique recevoir des aides parce qu'elle a « été reconnue adulte handicapée ». Elle dit détester ce mot, se mit à pleurer et à expliquer que c'était dur pour elle d'être malade. Elle avait un carnet où elle écrivait des poèmes très sombres quand ça n'allait pas et aurait aimé trouver un lieu dans le Médoc pour en parler, ce qui suggérait qu'elle n'en connaissait pas ou qu'il n'y en avait pas.

Cela faisait deux ans que Malika essayait de tomber enceinte sans y parvenir et sans comprendre pourquoi. Je n'osai pas demander si ces échecs répétés étaient en rapport avec sa maladie. Au moment de cet entretien puis plus tard, alors que nous la croisions dans une des rues piétonnes de sa commune en compagnie de sa cousine, elle affirmait avoir ses « règles tout le temps » sans que « les médecins n'arrivent (pas) à trouver pourquoi ». Sur le ton de l'humour, elle nous glissa qu'elle se rendait au supermarché pour aller acheter des tampons hygiéniques car « comme d'habitude, c'est l'hémorragie ! C'est la cascade ! ». Derrière le rire se cachait l'incompréhension de ces règles trop abondantes et la souffrance face à l'incertitude de pouvoir tomber enceinte un jour. Zorah, la cousine de Malika qui l'accompagnait au CPEF quand nous l'avons rencontrée dans la salle d'attente la première fois, pensait que ce problème datait du jour où pour maigrir, la jeune fille avait « bu 1 litre de vinaigre ». « Elle paye sa bêtise maintenant. Elle a ses règles tout le temps. Et elle (ne) fabrique plus de globules rouges » déplorait-elle, soulignant par là les éventuels problèmes d'anémie que peuvent susciter des règles trop abondantes.

Lors d'un entretien informel dans un café, Malika m'expliqua utiliser des tests de grossesse, malgré leur coût, chaque lendemain de rapports sexuels avec son mari pour « voir si ça avait marché ». Je lui demandai alors si elle avait déjà entendu parler de « période d'ovulation ». Malika répondit à la négative et je lui réalisai le schéma approximatif du cycle sur mon carnet – selon un dessin linéaire d'ailleurs, à l'image de celui appris en cours de SVT et reconfirmé par mon observation en CPEF -, démarrant avec les jours de règles puis indiquant qu'*a priori* autour du 14^{ème} jour, le corps de la

femme était plus enclin à être fécondé. La jeune femme ne connaissait pas ce schéma, qu'elle demanda à garder pour augmenter ses chances les prochaines semaines, tout en spécifiant que ses « règles, c'est pas ça, c'est plutôt n'importe quoi », sous-entendant par là des menstruations anarchiques. J'ai été surprise de sa méconnaissance car, étant patiente régulière d'un des centres de planification, elle y avait rencontré une conseillère. Malika avait-elle reçu l'information compte tenu du fait que sa demande concernait davantage un désir d'enfant ?

D'une façon plus générale, Christine Durif-Bruckert constatait l'importance de la surveillance des règles et du sens accordé à ses fluctuations :

« les brisures spontanées de l'écoulement, que ce soit sous la forme d'une interruption radicale, ou de façon plus modérée, d'une modification de la quantité, et même de la texture ou de la couleur du sang, sont à des degrés divers, vécues comme des remises en question fondamentales de l'équilibre corporel et de la capacité « à le faire tenir » » [Durif-Bruckert, 1994 : 64].

Les discours des femmes rencontrées illustraient cette surveillance accrue des fluctuations du cycle menstruel, par des savoirs et moyens empiriques ou médicalisés, le plus souvent dissimulés, dont elles s'attribuaient régulièrement la responsabilité en cas d'échec. Si j'ai été d'abord étonnée quand deux de mes interlocutrices m'ont parlé de leurs maladies graves et évolutives comme des maux de femmes, il semble *a posteriori* que cette construction soit à comprendre avec le fait que ces maladies affectaient toute la rythmique de leurs corps et faisaient disparaître leurs règles et avec elle toute la symbolique qu'elles contiennent. J'ai été toutefois étonnée de voir que, contrairement à ce que je présageais, les femmes ne m'ont pas parlé de leurs troubles circulatoires à l'évocation de leurs « maux de femmes », alors que varices, phlébite, diabète, ou tension artérielle auraient pu y être associés par analogie symbolique, de même que les problèmes de peau qui sont autant de « montées de sang » dans certaines représentations populaires françaises.

2.3.1.3. La banalisation des douleurs menstruelles

Nous avons vu que les règles constituaient un secret bien gardé selon les termes utilisés par Diana Fabianova dans son documentaire [2009]. Ce dernier a vu le jour en raison d'une question très personnelle que se posait la réalisatrice : « si les règles sont normales pourquoi ai-je si mal et pourquoi personne n'en parle ? ». Pour elle, cette question est peu posée car la dissimulation des douleurs menstruelles s'inscrit dans l'entreprise collective d'invisibilisation des règles. Pourtant, comme elle et les femmes qu'elle a interviewées, de nombreuses femmes interrogées dans le Médoc ont fait part, toujours à ma demande, des douleurs qu'elles supportaient chaque mois et qui annonçaient ou accompagnaient leurs règles : les seins gonflaient et durcissaient, le ventre faisait mal, le transit se déréglaient, les migraines attaquaient, le mal de dos

surgissait en autant de signes de troubles corporels le plus souvent calfeutrés. Pour Solène, la question des règles s'était très tôt révélée compliquée :

« J'ai toujours eu des règles douloureuses. Adolescente, c'était horrible. J'ai été indisposée très tôt, à 10 ans. Elles étaient importantes et puis cela a suivi... C'est la nature. J'ai eu des douleurs à me rouler par terre. C'est une question de circulation du sang. ». [Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

Pour la jeune femme de 35 ans, qui souffrait également de « douleurs au dos insupportables » depuis l'âge de 15 ans (lesquelles s'accroissent pendant le cycle), l'étiologie de ces douleurs était en partie à chercher dans la circulation sanguine mais constituait en quelque sorte des douleurs « naturelles ». Ce dernier point montre que les douleurs menstruelles sont avant tout pensées comme inhérentes à la biologie féminine, même si elles bousculent les conceptions habituelles du « normal et du pathologique » [Canguilhem, 1966] reposant sur la douleur comme signe d'un problème. La naturalisation des douleurs menstruelles semble justifier, leur invisibilisation et leur banalisation dans la sphère quotidienne : il est rendu normal d'avoir mal et de le taire, de se soulager par auto-médication ou par des remèdes domestiques (voir Chapitre 6). Cette situation peut s'expliquer par la tendance des sciences humaines et sociales occidentales *a minima* jusqu'aux années 1970, à cliver nature et culture [Descola, 2005] et à superposer à cette dichotomie les catégories femme et homme [Ortner, 1972] dans la majorité des sociétés étudiées de par le monde. L'ethnologie a ainsi longtemps proposé une vision « naturelle » des catégories de sexe dans une vision structuraliste, fonctionnaliste ou simplement descriptive sans chercher à les déconstruire. Pour Sherry Ortner, les descriptions produites, et notamment celles liées à la procréation et à la maternité, ont largement contribué à naturaliser la femme, alors même que l'on projetait plus volontiers l'homme au cœur d'analyses du symbolique. Les modes d'expression de la douleur variant d'une société à l'autre [Kleinman, Das, Lock, 1997], il apparaît donc que celles construites comme naturelles et causées par un objet tabou ne soient pas facilement révélées ni racontées.

2.3.1.4. Silences sur les maladies honteuses et les maux d'amour

Comme vu précédemment, les maux en rapport avec les organes génitaux et la sexualité demeuraient peu dicibles pour des raisons de pudeur et de connotations liées à la souillure. Les pertes vaginales, visibles dans l'intimité sur les sous-vêtements, peuvent parfois signaler un problème interne, invisible et parfois indolore. Elles étaient néanmoins souvent perçues comme sales, voire honteuses et m'ont presque toujours été tues ou cachées par les femmes rencontrées à qui je n'osai presque jamais poser la question par crainte de les embarrasser. Seules deux femmes, alors devenues des amies, m'ont parlé de leurs problèmes de cystite, incontinence et pertes blanches anormales

(malodorantes, colorées) bien que ces problèmes touchent de nombreuses personnes. En effet, à regarder les forums de discussion internet consacrés à la santé des femmes, il était clair que les internautes, dont l'anonymat est préservé par l'écran de l'ordinateur, n'étaient pas avares de nombreuses interrogations, témoignages et conseils avisés sur les pertes blanches, mycoses ou herpes. Autrefois appelées « fleurs blanches » et répondant aujourd'hui au terme médical de « leucorrhées », les pertes blanches sont historiquement documentées car elles constituaient un motif de recours aux soins récurrent chez les femmes qui souffraient de désagréments gynécologiques. Leur odeur, leur quantité et leur odeur sont des éléments surveillés par les femmes elles-mêmes sur leurs sous-vêtements : si elles ont longtemps été considérée comme une maladie en soi (regroupant les mycoses, les streptocoques, les staphylocoques, les blennorragies) nécessitant recours au médecin ou remède domestique [Shorter, 1984 : 241], elles sont aujourd'hui perçues comme les symptômes d'un dérèglement de l'équilibre vaginal ou le signe d'une infection. Elles font l'objet de recours aux soins et d'automédication en obéissant à des règles de pudeur strictes car elles demeurent marquées par les représentations de mauvaise hygiène intime et de sexualité débordante, voire déviante :

« L'herpès génital, ce mal qui ronge la peau et pénètre par effraction dans les zones érogènes, est un parfait exemple de ces maux secrets dont on n'ose pas parler. Honte, silence, tabou et leur cortège d'effets pervers pèsent sur cette maladie qui prolifère à vive allure, d'autant plus insidieusement, d'autant plus profondément que son avancée est souterraine, muette. Pourtant, les lésions herpétiques sont tellement parlantes... » [Dréno, 1999 :178].

2.3.2. L'hystérie, un stigmaté latent

2.3.2.1. Les hormones, une étiologie mystérieuse

La physiologie profane des hormones, notamment féminine, semble avoir été peu travaillée en anthropologie alors que ces substances font aujourd'hui partie du langage commun aux mondes médicaux et profanes. Elles sont le plus souvent désignées comme la cause de troubles divers : « C'est les hormones ! » entend-on pour expliquer absence ou excès des menstruations, migraines, infertilité, sautes d'humeurs... Elles revêtent chez les femmes la dimension d'un agent assez mystérieux car invisible, impalpable, produit par le corps par des glandes parfois mal connues ou apporté de l'extérieur par ingestion (pilule contraceptive, traitements hormonaux), par diffusion à partir d'un dispositif positionné dans le corps (implant contraceptif, DIU hormonal) ou par injection (comme pour le contraceptif injectable *Depo Provera*). Nécessitant un parfait équilibre, à l'instar des humeurs dans la médecine hippocratique, les hormones sont souvent perçues comme des entités difficiles à réguler pour les femmes qui souffrent d'« en avoir en trop » ou « pas assez », tout en y associant souvent des catégories de

genre, à l'instar de Samantha dont la mère disait qu'elle n'avait pas ses règles à 18 ans car des examens médicaux révélaient « trop d'hormones mâles ».

Les hormones constituent une nouvelle entité étiologique depuis l'accélération des progrès de l'endocrinologie au XX^{ème} siècle. Chez Fadila, elles étaient responsables de son infertilité mais aussi, selon elle, de son état dépressif. La jeune femme était en France depuis 4 ans au moment de notre rencontre dans la salle d'attente d'un centre de planification et d'éducation familiale, alors qu'elle attendait de voir une gynécologue. Venue du Maroc et mariée depuis trois ans, elle s'exprimait encore difficilement en français et se débrouillait toujours pour se faire accompagner d'une amie en capacité de traduire de l'arabe au français. Quand je lui demandai les raisons de sa visite, par le biais de la dame interprète qui l'aidait ce jour-là, elle raconta qu'à 29 ans, cette ouvrière viticole saisonnière avait déjà vécu sept fausses-couches en trois ans. Elle ne se décourageait pas d'avoir des enfants un jour et poursuivait différents traitements, craignant que son mari ne se lasse de son infertilité et trouve ailleurs une femme en mesure de fonder une famille avec lui.

Je l'interrogeai sur la cause de son problème par l'intermédiaire de la dame interprète, Mme Zerrifi me répondit :

« Elle a un problème au goitre. Ça ne marche pas bien et ça fait tomber les bébés» [.Mme Zerrifi, à propos de Fadila, 29 ans, mariée, sans enfant]

J'appris quelques semaines plus tard, lors d'une seconde rencontre avec Fadila dans cette salle d'attente, qu'elle souffrait d'un « problème de thyroïde »⁴⁸ expression que j'entendrais d'autres fois par d'autres personnes, sans qu'elles soient toujours en capacité d'expliquer précisément de quoi il s'agit - et que ses douleurs à la gorge étaient omniprésentes. Elle était parvenue à me le signifier en me montrant ses résultats d'analyse et les médicaments qu'elle devait prendre, dont les notices indiquaient qu'ils étaient prescrits en cas d'hypothyroïdie. Si les hormones n'étaient pas nommées ici en tant que telles par manque de maîtrise des mots en langue française, elles étaient la cause du malheur selon le médecin de Farah, laquelle souffrait physiquement et moralement. Elle me montra avec nostalgie une photo d'elle, datant de cinq ans auparavant, alors qu'elle vivait au Maroc, sans titre de séjour pour la France ni de problème de santé – la survenue du problème ayant été concomitante à son arrivée dans ce pays -. L'image faisait figurer une jeune femme fine et élancée, aux yeux maquillés de Khôl et aux cheveux tels une crinière noire, brillante et volumineuse. Elle me montra cette photo pour me signifier qui elle avait été, une femme belle, riante et dynamique, alors que ce que je voyais devant moi était une femme ronde, mal apprêtée, aux cheveux négligemment attachés et au regard triste.

⁴⁸Expression récurrente, « avoir un problème de thyroïde » désigne généralement un dérèglement hormonal et des troubles corporels causé par un dysfonctionnement de la glande thyroïde.

Les hormones constituaient également la cause d'autres maux en lien avec le cycle menstruel. Chez Solène la pépiniériste, les maux de ventre pendant les règles s'étaient amenuisés après son premier enfant, mais avait été relayés par d'atroces migraines. Je lui demandai pendant notre entretien :

« CL : Ces maux de têtes sont-ils également liés au cycle ?

Solène : Je pense. Tout est lié. C'est hormonal. »

[Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

Les hormones amenait l'idée de quelque chose qui liait différents lieux du corps, notamment le haut et le bas [Moulinier, 1998 : 64], et en orchestrait plus ou moins précisément les mécanismes, parfois dans la douleur. Pour certaines, aux phases douloureuses des règles s'ajoutaient des « sautes d'humeur » difficilement contrôlables et attribuées aux « hormones ». Julie, 26 ans, saisonnière en restauration plaisantait en nous confiant, à demi-sourire, lors de l'entretien mené chez elle : « J'ai arrêté la pilule en Août dernier (soit 3 mois plus tôt). Mes règles ont mis du temps à revenir ! Mais depuis, quand je les ai, je suis à moitié dépressive ! J'ai envie de pleurer, parfois pour rien. Et puis, ça revient à la normale après. ». Les « hormones des femmes enceintes » les pousseraient à une hypersensibilité et à des envies alimentaires particulières, qui existaient auparavant dans les récits mais auxquelles on n'attachait pas la cause hormonale, peu connue. Enfin, les femmes en ménopause demeuraient régulièrement considérées dans mon enquête et dans mon entourage, comme étant sous l'emprise des « hormones » : cette période où les femmes cessent peu à peu d'avoir leurs règles, étaient en effet accompagnée de troubles corporels qui y étaient associés. Ils étaient évoqués soit sur le ton de la plaisanterie et de la dérision - « avoir ses bouffées de vieille » -, soit sur le ton d'un certain agacement - « j'ai des chaleurs constamment, surtout dans les moments où il ne faut pas ! », « je dors mal car j'ai chaud de l'intérieur, comme quand je mange du piment », « je bous de l'intérieur ». Quel que soit le registre utilisé, il était question du passage à un autre âge, forcément plus vieux, plus ou moins bien vécu et accepté. L'excès de chaleur corporelle rapporté constitue une gêne pour accomplir les tâches du quotidien, d'autant plus que comme les règles, il est socialement préférable de masquer à l'entourage les suées et montées de températures dont elles disaient faire l'objet. L'anthropologie structurale et symbolique notait par ailleurs que le sang qui coule est associé au froid, à l'inerte, à la mort, aux femmes ; le chaud est masculin [Héritier, 1996], ainsi les bouffées de chaleur des femmes vieillissantes les conduisent à un statut où comme les hommes, elles sont caractérisées par le chaud et l'incapacité d'enfanter.

« Avoir un problème hormonal » pour les femmes signifiait de façon générique, évasive et énigmatique, souffrir de troubles corporels variés tant par leur nature que par leur intensité, leur localisation et leurs manifestations, parfois accompagnés d' « idées noires » et de sentiments mélancoliques et liés aux menstruations, à la sexualité ainsi qu'à la procréation. Il est intéressant de constater que l'étiologie hormonale est

invoquée, par les femmes plus que par les hommes, pour désigner sous un même vocable des problèmes qui dépassent la conception cartésienne de l'humain : les hormones touchent à la fois le corps et l'esprit, féminins de surcroît. Ces maux qui m'avaient été confiés par les femmes dans le Médoc n'étaient pas sans rappeler les causes et traitements de l'hystérie au fil des époques (j'y ai consacré un historique disponible dans l'Annexe n°6), trouble qui semblait toujours agir comme une catégorie nosologique populaire pertinente.

2.3.2.2. Dissimuler le stigmate hystérique

L'histoire de l'hystérie [Annexe n°6] montre à quel point cette maladie s'est trouvée au cœur de certaines découvertes de la médecine et des sciences humaines, générant parfois des idées devenues courants épistémologiques. Cette histoire permet également de se saisir des façons dont se sont constitués les savoirs successifs sur l'esprit et le corps des femmes et comment ces savoirs ont contribué à façonner le féminin. Elle permet de comprendre pourquoi les femmes interrogées dans le Médoc sur leurs maux faisaient allusion à une grande variété de symptômes à la fois physiques et psychiques, imputables « aux hormones » qui semblaient être une version nouvelle des étiologies utérine et ovariennes de la polymorphe et caméléonesque maladie hystérique. Les récits recueillis sur le vécu du « syndrome pré-menstruel », ainsi nommé en 1953 par les médecins britanniques Katharina Dalton et Raymond Greene et relayés par les magazines féminins, entraient dans cette catégorie nosologique populaire ancienne et sans cesse renouvelée sans que les femmes en soient forcément conscientes. Concernant les douleurs de règles, certaines racontaient avoir été soulagées par leur première grossesse, thérapeutique préconisée pour lutter contre les symptômes hystériques dès l'Antiquité :

« En buvant un café dans le restaurant d'Hanaen, alors qu'elle me racontait ses inquiétudes quant à son cycle menstruel habituellement bien régulier, je lui demandai si elle avait des règles douloureuses. Elle répondit en souriant : « Ça s'arrête quand vous avez des enfants ! Moi, c'est comme ça que ça s'est fait. Quand j'ai eu mon premier enfant, ça s'est arrêté. J'ai des fois un peu mal au dos mais ça va. ». [Hanaen, 38 ans, restauratrice, mariée, 2 enfants]

Considérer l'hystérie comme une entité nosologique a également permis d'éclairer les raisons de discours collectés pendant mon enquête au sujet des « maux de femmes » auxquels je ne m'attendais pas. Les uns portaient sur des troubles de la sexualité et les autres sur des sentiments profonds de mal-être, voire de dépression. Frigidité et vaginisme m'ont été rapportés lors de discussions informelles par des femmes, inquiètes de ne pas réussir à « s'épanouir sexuellement » avec leur(s) partenaire(s). La sexualité des femmes comme vecteur d'épanouissement (et non plus comme thérapeutique du

symptôme hystérique ou comme devoir conjugal) apparaît avec la vague féministe des années 1970 et le droit à la contraception et à l'avortement [Rebreyend, 2003]. Ne pas y souscrire peut constituer un « trouble sexuel » que la sexologie, née après-guerre et renforcée par la révolution sexuelle, propose de traiter. Le fait que les femmes qui m'ont dit souffrir de ces maux l'aient fait dans un contexte de confiance, alors que je n'avais ni carnet ni dictaphone, montre le caractère intime de ces affections mais aussi la crainte d'être considérée comme déviantes du point de vue de la sexualité dont on valorise l'émancipation et les bienfaits. Elles ne souhaitaient pas être qualifiées de « mal-baisées », expression vulgaire pour désigner les femmes aux humeurs contrariées voire aux tempéraments rigides auxquelles on attribue une activité sexuelle inexistante ou peu satisfaisante. Les causes de la frigidité et du vaginisme aujourd'hui, tout comme celle de la nymphomanie pour laquelle je n'ai pas recueilli de témoignage, sont presque toujours associées au psychologique et à ses somatisations [Crépault, Lévesque, 2001].

En ce sens, il semble que la discrétion des discours sur les troubles sexuels féminins résulte autant de la pudeur et de l'inaccoutumance des femmes à parler de leur sexualité que de la réticence à dévoiler ce qui peut être interprété comme le signe d'un problème mental, aux représentations encore proche de la folie. Les maladies de femmes, nous l'avons évoqué, sont souvent appréhendées dans le registre des « maladies de nerfs », lesquels recourent différents stades plus ou moins graves dans la physiologie profane et populaire du système nerveux :

« Le stress se caractérise au sein de la théorie profane par une lente installation du déséquilibre, qu'il soit de l'ordre du débordement ou de la chute d'énergie. (...) [il] se définit comme l'absence de limites solides et adaptées aux assauts de la vie moderne. (...) La dépression, du fait de la référence quasi-inévitable « au mental » se présente comme un état de déséquilibre plus inquiétant, « plus profond » (...) plus facilement reliée à l'image du retrait d'énergie du fait du sentiment d'apathie qui la caractérise (...) Lorsque le déséquilibre nerveux, plus grave encore, est nommé « folie », il fait presque inévitablement intervenir l'idée d'une coupure, d'une cassure de la communication entre corps intérieur et cerveau. C'est un « court-circuit ». (...) Le plus souvent la folie se conçoit comme de fausses informations fournies par des nerfs « débordés » ou « vidés » en permanence(...) [ou comme] la conséquence d'un cerveau qui, pour diverses raisons, « ne marche plus au bon rythme », dont le fonctionnement est « enrayé ». » [Duriff-Bruckert, 1994 :117-120].

On comprend alors que du stress à la dépression et à la folie, il n'est question que de degrés et que pour les femmes, le fantôme de la démence hystérique n'est jamais loin. Or il s'agit pour elles d'éviter cette catégorisation stigmatisante dont ont fait l'objet les malades mentaux étudiés par Erving Goffman [1979 (1961) ; 1975 (1963)] et qui leur

vaut diverses formes d'exclusion sociale depuis l'âge classique analysé par Michel Foucault [Foucault, 1972]. Pour Erving Goffman, le dévoilement d'un stigmaté latent, c'est-à-dire non visible, peut ainsi entraîner la stigmatisation voire l'exclusion de la personne. Dès lors on peut comprendre les silences ou les discours confidentiels des femmes de l'enquête, notamment sur des sujets aussi sensibles et intimes que la frigidité et le vaginisme, comme autant de situations de dévoilement du stigmaté au cours d'une interaction sous-contrôle, dont on sait qu'elle n'aboutira pas à une catégorisation négative en termes de « folle », « dingue », « tarée » ou encore « hystérique ».

2.3.2.3. Dépression et identité incertaine

La dimension psychologique de l'hystérie, comprise en tant que catégorie nosologique polymorphe, est apparue à de nombreuses reprises dans les discours recueillis qui faisaient état de sentiments mélancoliques, d'idées noires, de solitude, de mal-être voire de dépressions. Ces maux étaient régulièrement évoqués en réponse à la question « pensez-vous souffrir de maux de femmes ? ». Deux catégories semblent néanmoins se détacher : le mal-être aux âges de la vie des femmes, et celui qui s'imisce insidieusement dans le quotidien ou qui fait suite à un traumatisme. Mais nous allons voir que dans les deux cas apparaît la question d'une identité incertaine.

Véronique Moulinier observait pendant son enquête que les adolescent(e)s se montraient particulièrement sensibles, émotifs et irritables, comportements désormais caractéristiques voire attendus des jeunes gens qui traversent le moment de la puberté. L'arrivée des premières règles chez les jeunes filles qu'elle avait enquêtées pouvait parfois susciter des émotions vives, ce qui se confirmait en Médoc comme nous l'avons vu précédemment.

Les « sautes d'humeur » mais aussi les sentiments de rancœur et de tristesse ressurgissaient parfois avant, pendant ou après les règles chez les femmes qu'elle avait interrogées, ainsi que chez celles avec qui je m'étais entretenue. Julie se disait « à moitié dépressive » à cette période, quand d'autres se disaient « vite agacée de tout » ou « facilement triste ou en colère ». Solène redoutait beaucoup ses règles autrefois car les douleurs la terrassait littéralement, à en faire des « crises de nerfs » ou à en « péter un plomb ».

Aude n'a « pas été bien » après son accouchement. La « dépression du post-partum », la « déprime post-natale » ou le « baby blues » représente un mal désormais connu et qui fait l'objet d'une reconnaissance médicale et d'une diffusion récurrente d'information dans les magazines féminins.

Enfin, certaines femmes, la cinquantaine approchant, disaient à l'ethnologue lot-et-garonnaise qu'elles « travaillaient du chapeau », « se sentaient en pleine descente ». Si elles en référaient à la survenue physiologique de la (pré)ménopause, elles évoquaient

en même temps un sentiment de mal-être, de baisse de moral, de tristesse irraisonnée. En Médoc, j'ai un jour accompagnée une femme de 46 ans à sa consultation gynécologique pour lui servir d'inter prète : Maria Argentina parlait espagnole et était issue de la communauté des gens du voyage. Elle n'avait plus ses règles et avait des montées de lait. La gynécologue lui fit passer un test urinaire de grossesse qui indiqua que la patiente n'était pas enceinte. La médecin lui expliqua qu'elle éprouvait les symptômes de la ménopause, chose que Maria ne voulut croire. Peut-être niait-elle son passage vers un autre âge de la vie ? Suzanne me confia avoir mal vécu sa ménopause, parce qu'elle s'était « rendue compte que la vie était vite passée » et que chaque saignement, chaque bouffée de chaleur, chaque vertige était là pour le lui rappeler, comme une ritournelle lancinante la menant vers la fin.

Ces états dépressifs, souvent accompagnés de troubles corporels plus ou moins douloureux et dérangeants, semblent toujours consécutifs aux passages des différents âges de la vie des femmes. Elles ont du mal à faire le deuil de leurs anciens statuts et accepter celui qui s'ouvre à elles, de la naissance à la mort. Comme l'hystérie, maladie aux contours mouvants, ces états de détresse accompagnent et cristallisent la différenciation sociale et le façonnement des sexes. Les sept fausses-couches de Fadila créaient l'angoisse de ne pouvoir accéder au statut de mère de famille auquel elle aspirait et qui lui aurait conférer une certaine identité et légitimité sociale. Claire quant à elle, souffrait de la perte tragique de son fils qui, en plus du deuil, contraignait cette femme à ne plus être mère et à ne jamais accéder au statut de grand-mère.

Il faut toutefois observer que la définition des âges de la vie, malgré leur persistance à des degrés divers, a été bousculée il y a près de 30 ans après la deuxième vague féministe. Cette dernière a mis en lumière l'essentialisation des femmes, pensée s'appuyant sur certains des savoirs médicaux et psychanalytiques évoqués mais aussi à des savoirs populaires, les cantonnant à leur destin maternel et sexuel et justifiant leur subordination sociale et politique aux hommes, du fait supposé d'une faiblesse et d'une débilité innées. En matière de santé, les droits des femmes ont été marqués par l'accession à la contraception en 1967, permettant une sexualité sans procréation et au droit à l'avortement en 1975 qui différencie les grossesses qui ont fait l'objet ou non d'un projet parental. Aujourd'hui, certains moyens contraceptifs permettent de ne plus avoir ses règles chaque mois, ce qui revient symboliquement à être une femme en âge de procréer dont le corps est assimilable à celui d'une jeune fille prépubère, une femme ménopausée ou un homme. La procréation médicalement assistée permet à des femmes à l'âge physiologique avancé d'enfanter. Du point de vue du politique, la dichotomie qui assignait les femmes à la maison (sphère privée) pour assurer les charges de reproduction et les hommes celles de production dans la sphère publique [Delphy, 1998 (1977)] semble révolue : l'emploi salarié ou entrepreneurial des femmes a redessiné la division sexuelle du travail, pas encore de façon toujours paritaire.

Gilles Lipovetski appelle la « troisième femme » celle qui multiplie les différents statuts de mère, d'épouse et de travailleuse de façon encore inédite [1997]. Dans ce contexte, que reste-t-il des âges de la vie tels que décrits par Yvonne Verdier et Françoise Loux puis par Véronique Moulinié et qui auraient été constitutifs de l'identité féminine? Marcel Gauchet plaide pour sa part pour la reconnaissance de la dissolution de ces âges de la vie dans la société actuelle [2004]. Le brouillage des âges de la vie et la dissolution des affiliations identitaires qui y étaient liées auraient-ils une incidence sur le mal-être et états dépressifs chroniques de certaines femmes médocaines que j'avais rencontrées? Leur mélancolie peut-elle être considérée comme le témoin ou la traduction d'une souffrance sociale latente et diffuse? Estelle, dont l'itinéraire thérapeutique a été restitué en introduction de cette thèse, fait état de trois dépressions consécutives ayant fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique : la première, avait eu lieu après un épisode d'anxiété au travail :

« Une vie pleine d'imbécilités, je le dis ! On a un enfant, on le laisse pour aller travailler... Je n'avais vraiment pas eu ce modèle chez moi ! Et donc je me rends compte aujourd'hui ! Moi mon modèle c'était maman au foyer. Donc j'essayais de faire la même chose en rentrant chez moi... Être disponible pour ma fille, lui faire faire ses devoirs, jouer avec elle, faire à manger, être une épouse parfaite... ! On ne peut jamais faire tout et bien ! Et j'ai dérapé... En beauté. » [Estelle, 50 ans environ, mariée, un enfant, sans emploi]

Le second « dérapage », c'est-à-dire la perte du contrôle de ses émotions, a eu lieu parallèlement à un problème de santé qui lui créait de grandes douleurs (calculs à la vésicule biliaire). Enfin, le dernier « pétage de plomb » est survenu à l'annonce de son deuxième cancer, dont elle pensait souvent ne pas « en revenir ». Chez Estelle, le premier épisode dépressif n'était pas spécifiquement lié à la maladie physique qui s'est immiscée par la suite dans sa vie et a contribué à alimenter l'anxiété (« se faire de la bile ») et l'incertitude (face à la mort) déjà présentes. En effet, sa patronne au travail était tyrannique et menaçante, peu soucieuse du bien-être de ses employées ni de leurs prérogatives à la maison. Estelle expliqua avoir voulu être une mère au foyer en même temps qu'une femme salariée et indépendante, deux modèles qu'elle n'est pas parvenue à faire co-exister comme elle l'entendait, et qui se sont plutôt révélés marqués par une forte tension. La dépression a alors acté ce qu'elle a vécu comme l'échec d'une affiliation identitaire multiple, conciliant les rôles et statuts attendus dans la conjugalité et la maternité et ceux prévus par le salariat. La concurrence des modèles s'est révélée trop rude à dépasser.

D'autres, comme Solène ou Lisa témoignaient de cette difficulté à trouver sa place dans un système de sens où les différents modèles identitaires habituels étaient remis en cause par les courants féministes et où ceux proposés par le salariat étaient perçus comme une nouvelle forme d'aliénation par le travail. Solène avait vécu plusieurs années « cramée par les deux bouts » à cause de l'usage de drogues dures et d'un mode

de vie en « marge de la société » dont elle rejetait les fondements inégalitaires tout en s'installant peu à peu dans un processus d'exclusion. Ce mode de vie semblait néanmoins traduire concrètement le sentiment d'une perte de repères à l'échelle du social dans un contexte de multiplication des normes ; il est comme le revers d'une même pièce où c'est justement l'absence de repère qui est structurante, ce que Victor Turner appelle l'anti-structure, dont l'expression dénonce l'ordre social en même temps qu'elle est nécessaire à son maintien [Turner, 1972 (1969)].

Lisa élevait seule son enfant avec le RSA, l'aide de sa famille et un potager bien garni. Cette femme avait suivi une formation en BTS de commerce dans laquelle elle ne s'était pas du tout « retrouvée » :

« Lisa : - D'ailleurs, le prof avait une question à la fin de l'année. Il nous dit : « vous allez me dire un par un quel est votre but dans votre vie aujourd'hui ! » (rires) Alors on a fait le tour et c'était : « avoir mon BTS. Réussir mon BTS. » Whaou (ironique) ! Bon moi ce n'était pas l'idée quoi ! Moi j'ai dit que je voulais juste être heureuse. Je ne savais pas mais John Lennon a dit « quand j'étais à l'école on m'a demandé ce que je voulais être quand je serais grand, j'ai répondu heureux. Ils m'ont dit que je n'avais pas compris la question, je leur ai répondu qu'ils n'avaient pas compris la vie ». Je me revois : c'est exactement ce que j'ai ressenti et ce que je leur ai dit quoi. Ils m'ont cataloguée comme « rebelle ! »

CL : Et tu es allée au bout de ton BTS ?

Lisa : Oui mais je ne l'ai pas eu. (...) j'étais tellement pas dans mon truc que au final, j'en voulais même pas quoi ! Je ne suis pas passée loin, mais honnêtement, je n'avais pas envie. Non, ce n'était pas possible !

CL : - Qu'est-ce que tu as fait après ça ?

Lisa : - Oh là... 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 la recherche de ce que je pouvais faire pour être heureuse !

CL : - C'est le fil rouge ! (...) Et tu as fait différents boulots jusqu'à aujourd'hui ?

Lisa : - Oui, j'ai fait des trucs de réorientation, des trucs en intérim... Et puis après j'ai rien fait ! J'ai essayé, essayé, essayé, mais après c'est mon ressenti, à chaque fois que je mets les pieds dans un boulot qui ne me convient pas, ça va pas ! Donc c'était, soit je suis malheureuse et je travaille, donc tu rentres dans le cadre d'une société et tu n'es pas bien, mais c'est bien aux yeux des autres, soit t'es pas comprise par les gens parce que tu ne travailles pas, mais tu es bien. Et bien c'est mon choix.» [Lisa, 33 ans environ, célibataire, 1 enfant, sans emploi, en formation d'hypnothérapie]

La quête du bonheur chez Lisa ne passait donc pas par un épanouissement potentiel au sein d'un rôle de mère ou d'épouse – qu'elle a très rarement mentionnés au cours de nos entretiens- et certainement pas par une forme d'émancipation par le travail. « Travailler pour être heureux ? » se demandaient Christian Baudelot et Michel Gollac dans leur

sociologie du rapport des individus à leur travail [2003]. Pour Lisa, la réponse était franchement négative en l'état des choses au moment de nos entretiens. Citant John Lennon, chanteur de la *beat generation* ou Kenny Arkana, rappeuse contestataire et libertaire actuelle, elle cherchait des repères différents dans diverses formes de culture alternative, notamment dans les soins non conventionnels, pour se détacher du travail salarié vu comme aliénant. Ilham avait également 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 connu se révélant trop souvent « machos, des fois même de façon inconsciente » alors qu'elle avait un tempérament « à ne pas se laisser marcher sur les pieds » : « Bobonne à la maison, c'est pas pour moi ! » dit-elle en souriant ! Sa « petite dépression » a marqué un temps fort dans sa trajectoire biographique, expliquait-elle *a posteriori*, où elle s'est rendu compte qu'il lui fallait se construire un mode de vie propre, ne trouvant pas de modèle qui lui convenait. Quand nous nous sommes vues, elle cherchait à monter son entreprise, ne souhaitant « plus travailler pour un patron », tout en élevant seule son enfant.

Christine pour sa part, traversait encore des moments de souffrances, liée à son histoire traumatique (que je ne relaterai pas ici pour des questions d'anonymisation) mais aussi au poids de la solitude au quotidien : elle ne vivait pas toujours bien d'être célibataire alors qu'elle avait longtemps vécu en couple (deux mariages et deux histoires d'amour avec des femmes) tandis qu'une maladie l'empêchait d'aller travailler comme elle en avait auparavant l'habitude. Ici la souffrance exprimait davantage l'isolement et la difficulté de se penser soi, de se construire une identité dans un quotidien qui l'enfermait, à cause de la maladie, de l'absence d'un travail socialisant et de la perception négative de l'homosexualité que j'ai pu parfois sentir et entendre en Médoc. Qui être pour ne pas être « la malade », « l'handicapée » ou « la lesbienne » ? Nous verrons plus loin (Partie II) que Christine a pu dépasser ces catégorisations qui la figeaient littéralement en investissant d'autres, plus tournées vers l'abstraction, l'intellect, le mental et la spiritualité en devenant « inventeure » et « sorcière de la lumière ».

Certaines études ont montré une prévalence féminine pour la dépression [Ferreri et al., 2003] ou considèrent ce mal comme typiquement féminin comme dans le Sud de l'Italie par exemple⁴⁹, ce qui ne faut pas confondre avec une prédisposition féminine au mal-être compte tenu du fait que le suicide est plus fréquent chez les hommes Alain Ehrenberg, sociologue propose une lecture socio-historique des troubles assimilés à la dépression :

⁴⁹ A l'occasion d'un séminaire doctoral à l'Université de Bordeaux, l'ethnologue Stéphanie Rolland-Traina commenta mon travail en faisant remarquer qu'à Palerme, la dépression est une maladie féminine qui peut se soigner à l'Eglise.

« La dépression décline aujourd'hui les différentes facettes du malheur intime. Au cours des années 1940, elle n'est qu'un syndrome repérable dans la plupart des maladies mentales et ne fait l'objet d'aucune attention dans nos sociétés. En 1970, la psychiatrie montre, chiffres à l'appui, qu'elle est le trouble mental le plus répandu dans le monde, tandis que les psychanalystes perçoivent une nette croissance des déprimés parmi leur clientèle. (...) C'est sa réussite médicale. Parallèlement, quotidiens et magazines la tiennent pour une maladie à la mode, voire pour le mal du siècle. La dépression s'est transformée en outil pratique pour définir nombre de nos malheurs et les alléger éventuellement par des moyens multiples.(...) C'est sa réussite sociologique » [Ehrenberg, 2000 :9]

Cette catégorie nosologique devenue « maladie » rassemble une variété de signes et symptômes, comme l'hystérie à différents temps de son histoire. Elle est un puissant révélateur des dilemmes qui se pose à l'individu contemporain et la peine qu'il endure à devoir être lui-même et entrepreneur de son propre destin :

« La dépression amorce sa réussite au moment où le modèle disciplinaire de gestion des conduites, les règles d'autorité et de conformité aux interdits qui assignaient aux classes sociales comme aux deux sexes un destin ont cédé devant des normes qui incitent chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même. Conséquence de cette nouvelle normativité, la responsabilité entière de nos vies se loge non seulement en chacun de nous, mais également dans l'entre nous collectif. (...) la dépression en est l'envers exact. Cette manière d'être se présente comme une maladie de la responsabilité dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance. Le déprimé n'est pas à la hauteur, il est fatigué d'avoir à devenir soi-même. » [Ehrenberg, 2000 : 10-11].

Les vécus dépressifs des femmes médocaines qui ont bien voulu se confier à moi peuvent être compris comme autant de formes de « fatigue d'être soi » et invitent à se questionner sur la fabrique actuelle des identités féminines dans le contexte actuel de post-féminisme, c'est à dire dans un temps d'éclatement des anciennes normes et contraintes sociales liées au fait d'être une femme. De plus, la construction identitaire de sexe et de genre s'enchevêtre avec d'autres dimensions de la vie sociale – le fait d'appartenir à une telle classe sociale, d'être de telle origine culturelle - au sein d'une société que la sociologie dit marquée par l'incertitude idéologique, économique, politique et religieuse [Giddens, 1991 ; Castel, 2009 ; Hervieu-Léger, 2001]. La question de la fabrique identitaire des femmes rencontrées en Médoc est apparue de façon récurrente en filigrane de mon enquête de terrain. En me racontant leurs histoires, elles ont cherché à me dire qui elles étaient, notamment dans leur intimité. J'ai donc retenu ce fil rouge pour la restitution de mon ethnographie qui, en donnant à voir les types de recours (Partie II) ainsi que les dynamiques et le sens donnés par ces femmes à leurs itinéraires thérapeutiques (Partie III), se veut illustratrice du caractère sensible,

tâtonnant et relationnel qui influence le façonnement de soi, nécessaire à la vie sociale contemporaine.

2.3.3. Des maux qui troublent les identités de genre

La question de la construction des identités, notamment de genre, passe aussi par la constitution physique des corps, comme en témoignent les revendications des personnes transgenres qui souhaitent changer de sexe physique pour mieux vivre en adéquation avec la perception qu'ils ont de leur genre ou de leur sexe social [Alessandrin, 2011]. En effet, excepté pour une minorité d'individus qui ne sont pas ou ne veulent pas être catégorisés dans un sexe ou dans l'autre – comme les chamans Inuit appartenant à un « tiers-sexe » ni homme ni femme [Saladin d'Anglure, 1988], ou la reconnaissance dans les registres d'état civil d'un troisième genre « neutre » ou « unisexe » en Allemagne, Australie et Nouvelle-Zélande -, l'observation des corps a quasi-universellement conduit à une dichotomie entre attributs physiques masculins et féminins [Héritier, 1996], lesquels assignent une identité de genre selon que l'on possède les uns ou les autres.

2.3.3.1. L'artifice esthétique, masque du corps meurtri

Qu'il s'agisse de « malformations congénitales », de signes ou de conséquences physiques de certaines maladies, j'ai pu observer que les façons de se définir en tant que femme étaient ébranlées dès lors qu'étaient touchés les organes reproducteurs. Jade, jeune musicienne d'une trentaine d'années chargée de projets culturels, m'a ainsi confié ne pas pouvoir avoir d'enfants en raison d' « ovaires poly-kystiques » responsables de son aménorrhée chronique et de son infertilité. Elle était très affectée de ne pas pouvoir devenir mère, d'autant plus qu'elle éprouvait des difficultés à « se sentir femme » à cause de problèmes de vaginisme survenant pendant les rapports sexuels ; pendant l'enquête, elle a subi une opération chirurgicale au niveau de la vulve qui ont un peu diminué ses douleurs pendant les rapports et les infections urinaires à répétition dont elle souffrait. Ses problèmes d'infertilité et de vaginisme bouscullaient les conceptions de la femme qu'elle connaissait et provoquaient chez elle de violentes angoisses, qu'elle tentait d'apaiser par le biais de diverses approches thérapeutiques (Partie II). Dans la difficulté de se définir en tant qu'amante et que mère potentielle, et ayant toujours été considérée par son père comme un « garçon manqué », elle investissait sa féminité en jouant de la séduction et de l'attraction qu'elle savait provoquer chez les hommes. « C'est assez facile ! Une petite robe, un petit coup de mascara, un regard accrocheur et ils craquent ! » disait-elle en riant. Tout se passait comme si chaque homme séduit venait re-confirmer qu'elle était bien « femme ».

Ainsi, être, ou du moins paraître femme, passait aussi par certaines techniques du corps [Mauss, 1936], de présentation de soi [Goffman, 1997(1973)] susceptibles d'exacerber les caractéristiques attribuées au féminin. Lors de son expérience du cancer du sein, Estelle a relaté son besoin et son attrait pour les soins que lui prodiguait son esthéticienne. Elle se souvint aussi avoir manifesté l'envie de changer sa garde-robe au profit de « chemisier décolleté » et de se maquiller pour aller travailler (mi-temps thérapeutique), ce qui n'étaient pas sans susciter des jalousies et suspicions de la part de ses collègues femmes, à qui elle n'avait pas souhaité dire qu'elle était en rémission d'un cancer qui lui avait coûté l'ablation d'un sein, ce qu'elle camouflait à l'aide d'une prothèse.

Rencontrée également grâce à sa professeure de yoga, Sandra était en rémission d'un cancer colo-rectal au cours duquel elle avait subi l'ablation du colon, d'une partie du gros intestin, de l'utérus, des trompes et des ovaires lors de notre unique entretien à son domicile. Pour elle, la question de la féminité avait été source de souffrances pendant les deux années précédentes :

« Ils m'ont fait la totale et j'avais un tube avec une poche, vous savez, pour les déchets... les excréments quoi... Ça a été dur, pour moi et aussi pour mon mari ! Je n'osai même plus dormir avec lui, de peur que la poche se déchire ou quoi. On se sent mal, croyez-moi ! Heureusement après, ils ont pu me la retirer !

Comme j'avais toujours été sportive, pour la forme et pour garder la ligne, j'ai commencé le yoga. Ça m'a fait du bien de rencontrer d'autres femmes. (...) Il y en a une qui fait des massages que je suis allée voir, une autre qui fait des lotions pour le corps et des savons très naturels qui sont merveilleux pour la peau. » [Hélène, 50 ans environ, mariée, 2 enfants, sans emploi]

Dans le cas des prises en charge de cancers de la zone pelvienne, la sexualité des femmes, entendue au sens de tout ce qui constitue le sexuel et la vie sexuelle (le génital, le physique, l'intime, l'érotique, l'amour, le plaisir, l'identité) est évacuée, contrairement aux prises en charge de cancers de la prostate par exemple chez les hommes à qui on va accorder une attention particulière à la question de la vitalité sexuelle et du sentiment de virilité [Giacomini, 2015]. Or chez les femmes, les organes atteints, voire enlevés, impliqués dans la sexualité sont invisibles ce qui renforce chez elle l'imaginaire d'un espace pelvien « vide » [Hoarau : 2005] peu propice au plaisir et suscite des réticences à recouvrer une vie sexuelle, même après la fin des traitements car « certaines femmes craignent que les cicatrices ne se rompent et/ou entraînent des douleurs lors des relations sexuelles, ce qui peut conduire à l'arrêt de la sexualité par pénétration. » [Giacomini, 2015].

L'hystérectomie endurée par Sandra n'était pas sans rappeler « la totale » que l'on pratiquait encore il y a une quinzaine d'années chez les femmes au moment de la ménopause, « pour être plus tranquille » quant aux dysfonctionnements du cycles et aux risques de grossesse à un âge de la vie où la procréation est socialement contre-indiquée. Pour Véronique Moulinier, cette chirurgie largement répandue a fait l'objet de fortes représentations sociales liées au passage du statut de mère à celui de grand-mère : ce faisant, cette dernière amorce, de même que les hommes de sa génération, un processus de dé-sexuation. L'âge de la vieillesse en effet, de même que celui de l'enfance, ne revêt pas la nécessité sociale de différencier les sexes en jeu dans la procréation [Moulinier, 1998]. Dans les premiers temps de sa rémission, Sandra n'avait pas désiré reprendre une activité sexuelle avec son mari, par peur pour sa santé et à cause de la « sensation de ne plus être désirable », comme ont pu l'être les vieilles femmes à qui l'on faisait subir « la totale ».

Sandra expliqua avoir ressenti plusieurs mois plus tard, quand la peur de la mort s'était dissipée, le désir et la force de se réapproprier son corps par la pratique sportive, les soins au corps et à la peau. Estelle avait fait de même, alliant le yoga et un régime alimentaire particulier qu'elle trouvait plus sain et qui lui permettait de « garder la ligne ». Par des pratiques de soins esthétiques, elles quittaient peu à peu leur identité de malades du cancer et recouvraient leur identité de femme : l'importance de l'apparence physique, notamment chez les femmes, a été reconnue par les associations de malades qui facilitent l'accès à des soins de « socio-esthétiques » visant au maintien de l'estime de soi grâce à des professionnels intervenant sur des séances de soins de beauté (maquillage, coiffure, perruquerie) et de bien-être (massages).

L'apparence physique semblait en effet importante pour de nombreuses femmes rencontrées : certaines ont même abordé la question du surpoids et de l'obésité en réponse à ma question sur les maux de femmes, ce qui montre la place faite à la ligne corporelle et à l'apparence physique au sein des définitions du normal et du pathologique. Si l'obésité entraîne des problèmes de santé évidents, au niveau des articulations et de la circulation sanguine par exemple, ou encore lors d'un accouchement comme ce fut le cas pour Marjorie, les souffrances qui y étaient liées semblaient souvent provenir du regard discriminant que les autres pouvaient porter sur ces corps déviant à la norme longiligne.

Des représentations de la beauté féminine comme l'esthétisme et la santé sont souvent très liés d'un point de vue socio-culturel. La laideur du corps peut être signe de mauvaise santé alors que l'on associe plus aisément un corps sain à un corps considéré comme beau. Pour l'anthropologue spécialiste de l'Iran Niloufar Jozani, de nombreuses maladies – les maladies visibles de la peau et d'autres, moins visibles mais qui répondent à la même étiologie, c'est-à-dire à des déséquilibres du sang- sont considérées comme relevant plus ou moins du registre pathologique et comme étant

plus ou moins grave selon la menace ou la détérioration qu'elles entraînent sur la beauté :

« Il est indispensable de nous tourner vers ce qui constitue le substrat de toute pensée iranienne à propos des maladies cutanées, c'est-à-dire vers la conception de la beauté : c'est elle qui définit la notion de normalité, qui régit l'idéal à atteindre et qui informe toute l'attitude de la société, de la famille et du malade lui-même vis-à-vis de l'affection dont il est atteint. (...) La beauté en soi ne peut être complète que si le regard de l'autre l'admet : c'est lui qui conditionne cet état de beauté. » [Jozani, 1994 : 53].

L'état de beauté varie donc selon le regard de l'autre et varie selon les époques et les cultures :

« Les phénomènes esthétiques forment une des plus grandes parties de l'activité humaine sociale et non simplement individuelle : une chose est belle, un acte est beau, un vers est beau, lorsqu'il est reconnu beau par la masse des gens de goût. C'est ce qu'on appelle la grammaire de l'art. Tous les phénomènes esthétiques sont à quelques degrés des phénomènes sociaux. » [Mauss, 1967 :85].

En France, il faut se rappeler qu'au cours de la Renaissance, la faiblesse pensée comme inhérente à la nature féminine est peu à peu perçue comme pouvant être contrebalancée par sa beauté : le sexe faible devient conjointement le beau sexe qui inspire les artistes et séduit les hommes par ses charmes maniés avec art et doigté. Réinterprétant les codes antiques, Aphrodite et Pandora sont redécouvertes après l'époque médiévale au cours de laquelle la tradition judéo-chrétienne voyait dans la beauté des femmes l'expression rusée des tentations du Diable [Lipovetski, 1997 : 132-138]. En Médoc et plus généralement dans les Landes de Gascogne, les légendes qui se racontaient encore les années 1940 semblent peu attribuer aux corps des femmes les agissements du Diable. Celles-ci incarnent plutôt le rôle de fées bienfaitrices ou malfaisantes qui se font passer pour de simples (mais toujours belles !) mortelles, ou de sorcières jeteuses de sorts et désenvoûteuses [Viaut, 1981].

Le « culte de la beauté féminine » pris racine dans le Quattrocento florentin où Vénus remplaça peu à peu la Vierge dans les milieux artistiques, ce qui aura pour effet de diminuer l'attrait pour les œuvres représentant la femme mère ou la femme pécheresse, remplacées par la femme comme œuvre divine de bonté, d'harmonie et de pureté (caractéristiques empruntées à la Vierge puis réinterprétées). Au cours de la Renaissance puis pendant le reste de l'époque moderne, les canons de beauté sont devenus objet de débats : les courbes du corps ont d'abord été exacerbées, l'opulence des corps féminins étant valorisée et mis en avant par l'usage des corsets. Pour le philosophe Gilles Lipovetski, les attributs de la beauté et les conduites vestimentaires, loin de redéfinir la division des sexes, participaient de l'institutionnalisation de leur

différenciation sociale et hiérarchique, notamment chez les élites à qui était réservé l'usage des cosmétiques et des vêtements soignés [Lipovetski, 1997 : 153]. Sur ce dernier point, les travaux de Françoise Loux sur les soins du corps dans la société traditionnelle ont montré l'usage des simples pour le soin des de la peau, des cheveux ou des ongles [1990] tandis que Yvonne Verdier faisait état de l'importante place donnée aux épingles et aux aiguilles pour orner les cheveux et les habits des jeunes filles engagées dans des relations de séduction jusque dans les années 1960-1970 [1979].

Le XX^e siècle a ensuite constitué un grand tournant quant aux représentations de la beauté et l'usage des soins esthétiques :

« s'il y a sens à parler d'un âge démocratique de la beauté, c'est d'abord en ceci que les soins esthétiques se sont diffusés dans toutes les couches sociales. La consommation cosmétique augmente modérément jusqu'à la Grande Guerre et s'accélère dans les années 20 et 30. Le rouge à lèvres connaît un immense succès à partir de 1918 ; les huiles solaires et les vernis à ongles font fureur dans les années 30. Mais le plein essor de la consommation de masse des produits cosmétiques date du second demi-siècle. (...) Du fait des progrès scientifiques, des méthodes industrielles et de l'élévation du niveau de vie, les produits de beauté sont devenus, dans nos sociétés, des articles de consommation courante, un « luxe » à la portée de tous. » [Lipovetski, 1997 : 156].

Cette massification de la consommation des produits esthétiques industriels qui ont remplacé les procédés artisanaux a été profondément reliée à l'importante diffusion médiatique des nouveaux idéaux de beauté :

« Au cours du XX^e siècle, la presse féminine, la publicité, le cinéma, la photographie de mode ont propagé pour la première fois les normes et les images idéales du féminin à l'échelle du grand nombre. Avec les stars, les mannequins et les images de pin-up, les modèles superlatifs de la féminité sortent du royaume de la rareté et envahissent la vie quotidienne. Les magazines féminins et la publicité exaltent l'usage des produits cosmétiques pour toutes les femmes. (...) L'essor de la culture industrielle et médiatique a permis l'avènement d'une nouvelle phase de l'histoire du beau sexe, sa phase marchande et démocratique » [Lipovetski, 1997 : 159].

Les nouveaux canons de beauté féminine vont s'attacher à la minceur et à la jeunesse : régimes amaigrissants et cosmétiques anti-vieillesse sont vantés dans les médias spécialisés, touchant même les hommes aujourd'hui. Pour être belle ou beau, il ne suffit pas d'être mince, il faut aussi être tonique, musclé, dynamique et avoir le plus

longtemps possible la vitalité caractéristique des jeunes années de l'existence, des années de pleine santé. En ce sens, la beauté du corps, contrainte ou entretenue volontairement, est une façon de faire preuve du contrôle et de la maîtrise de soi par le biais de l'apparence. Lors de mon enquête, Marjorie a raconté avoir fait l'objet de représentations négatives de la part de certains professionnels de la santé et du social souffrant d'obésité relativement à son obésité : il est probable, compte tenu des propos relevés chez certaines de ces personnes, que son surpoids est interprété comme le reflet de son incapacité à gérer son corps, tant dans son apparence que dans son maintien en santé (Marjorie avait de nombreux problèmes de santé) ainsi que dans la fonction procréatrice de cette mère de cinq enfants, ces derniers constituant une progéniture bien au-dessus de la moyenne. Il est intéressant de noter qu'*a contrario*, dans la culture traditionnelle, l'embonpoint féminin était signe de bonne santé dans la mesure où il cristallisait à la fois l'image de la femme pouvant vaquer à ses occupations domestiques plutôt sédentaires et celle de la femme féconde et nourricière.

Les préoccupations de Hélène et Estelle à retrouver un corps de femme mince et tonique témoignent de ces représentations liées de la beauté et de la santé, mais aussi de leur volonté de réinvestir les attraits de la féminité mis en branle par la maladie, ici des cancers qui ont touché les organes de la reproduction et de la sexualité.

2.3.3.2. Occulter les maux qui troublent le genre

Parfois le corps malade se trouve déformé par le développement de l'affection ou par son traitement : les radiothérapies font par exemple tomber cheveux, cils et sourcils, qui sont des parties du corps constitutives de la féminité, laissant apparaître des visages chauves et fatigués. Les chirurgies, bien que faisant apparaître des cicatrices de plus en plus discrètes, peuvent être à l'origine d'« anormalités » corporelles visibles : suite à son deuxième cancer, Estelle a subi une ablation du sein. D'abord choquée, elle a ensuite accepté son buste qui n'arborait plus qu'un unique sein et une cicatrice qu'elle trouvait « assez jolie ». Elle expliqua avoir porté des soutiens-gorge et un maillot de bain équipés d'une prothèse plus pour le confort de son mari et de son entourage que pour elle qui s'était habituée. Après seize opérations curatives, elle consentit à la demande de son époux et aux conseils de ses proches la conduisant à recourir à une chirurgie esthétique réparatrice. Concernant les difformités liés aux maux de femmes, il apparaît que les pratiques corporelles visaient soit à masquer des « stigmates latents » au sens défini par Erving Goffman, ce que faisait Estelle en portant une prothèse, soit plus rarement, à les dévoiler et en opérer une forme de retournement, ce qu'elle n'a pas osé faire par crainte de choquer ses proches et d'être stigmatisée par ses collègues de travail. Faire d'un stigmate latent un élément valorisant et constitutif de son identité n'est pas une démarche aisément réalisable à l'échelle individuelle. Concernant la beauté des corps, notons l'emblématique mouvement noir américain *Black is beautiful !*

dont les membres ont revendiqué collectivement la valeur esthétiques des traits phénotypiques caractéristiques des personnes noires dans les années 1960 jusque-là considérés comme laids par essence.

Chez Estelle, il semblait que la difformité et l'éventuelle laideur de sa poitrine amputée venait également confronter son mari à une vision d'elle qui ne correspondait pas à ses attentes ou à ses représentations de la féminité : notons ici que dans la mythologie gréco-romaine, les amazones sont un peuple de guerrières combattant à cheval notamment en tirant à l'arc qui coupaient leur sein les empêchant de tendre confortablement la corde de leur arme. La légende d'Hercule, entre autres récits, rapporte qu'elles excluaient la compagnie des hommes. [Phillibert, 1998 : 12] La difformité de sa femme rebutait-elle le mari d'Estelle ? Craignait-il le regard discriminant des autres porté sur elle ? Redoutait-il une émancipation trop farouche de son épouse devenue amazone ?

Face aux anormalités corporelles, à l'origine de maux ou causés par eux, leurs modalités d'interprétations et les expériences vécues sont diverses mais recourent souvent la question de l'identité incertaine. Lors de l'enquête, certaines femmes ont privilégié des voies interprétatives originales pour faire face à leurs maux et à leurs effets sur l'apparence physique : elles suggéraient notamment des moyens de se définir socialement dans un au-delà du genre, dans un inédit nécessitant la construction d'un discours bricolé et particulier. Ce fut le cas d'une des femmes de mon enquête qui m'a confié, en pleurs, lors d'un dîner chez elle après que nous ayons établi une relation de confiance au fils des derniers mois, ses difficultés à se construire en raison de son hermaphrodisme. Cette discussion survint alors que nous évoquions le soin énergétique que lui avaient prodigué conjointement deux thérapeutes non conventionnelles, lequel avait un double objectif : le premier visait à « purifier le corps et surtout les orifices » suite à des viols répétés qu'elle avait subi plus jeune. La suite du soin consistait à réconcilier « la part du féminin et la part du masculin » en elle :

« La femme : - Tu sais que je suis un ange ?

C.L. : - Si c'est comme ça qu'on appelle les gens généreux, alors sûrement !

La femme : - Les anges ne sont ni homme ni femme, et ils souffrent souvent au cours de leur vie terrestre...

C.L. : - Hum !

La femme : - Tu sais, à l'époque... quand je suis née... en Tunisie, on se posait pas trop de questions. Je suis née hermaphrodite, à la fois fille et garçon, avec un vagin et un pénis. (...) Le médecin, il a dit à mes parents qu'il fallait choisir, alors le plus facile c'était de couper. C'est pas beau à voir. Quand j'étais petite fille, j'ai demandé à ma mère. Elle m'a raconté, m'a dit que j'étais une fille et m'a dit de ne plus jamais en parler. [Elle se mit à pleurer] Si tu savais, c'est horrible à voir, c'est de la torture. (...) C'est peut-

être pour ça que j'ai toujours trouvé les filles plus attirantes que les garçons. »
[Extrait d'entretien anonyme]

Pour cette femme, les anges sont des êtres divins et asexués, extrêmement bons malgré le fait qu'ils aient connu le martyr au cours de leur incarnation dans le monde des humains. même si elle était socialement considérée comme une femme, son vécu de cette identité de sexe assignée à la naissance semblait moins pragmatique que ne l'avait été le discours de sa mère! Peu familiarisée avec les théories et pratiques transgenres et les revendications des groupes LGBT à faire reconnaître une troisième catégorie de genre [Butler, 2005; Alessandrin, 2011] elle faisait face à son sentiment d'anormalité en mobilisant des représentations culturelles propres au religieux et à l'occultisme, plus proches de son univers et susceptibles de la valoriser dans sa différence. Dès la Grèce Antique, hermaphrodites et androgynes ont été considérés comme monstrueux, c'est-à-dire à la fois comme des déviations à la norme ou une menace à l'ordre établi mais aussi comme un prodige ordonné par les Dieux, illustré par le mythe d'Hermaphrodite et celui du banquet de Platon tel que l'a rapporté Aristophane [Brisson, 1997]. La souffrance éprouvée secrètement par mon interlocutrice résidait dans l'impossibilité de révéler au grand jour son anormalité et de néanmoins devoir se définir en tant qu'individu sexué dans une société structurellement fondée sur l'appartenance à l'une ou à l'autre des catégories de genre [Héritier, 1996]. Sa faculté à élaborer une stratégie de dépassement de ses catégories devrait pouvoir se comprendre dans une analyse du « *dépassement du genre* ». Pour Nicky Le Feuvre, la bi-catégorisation sexuée permet une intégration des individus, mais ceux-ci disposent également d'une marge de manœuvre, d'un libre-arbitre, et mettent en place des jeux stratégiques au sein du cadre sociétal. Ils mobilisent « ressources matérielles, cognitives et symboliques [pour tendre] soit vers le pôle d'intégration normative (reproduction de la domination masculine sous ses formes connues), soit vers des formes radicalement discordantes et novatrices d'action [transformations et adaptations des comportements aussi bien chez les hommes que chez les femmes], susceptibles d'éroder les principes fondateurs du processus de genre » [Le Feuvre, 2001 : 214].

Pour finir cette brève réflexion sur les stigmates visibles féminins, il est important de remarquer que je n'ai jamais recueilli pendant mon enquête de paroles de femmes concernant des troubles anorexiques ou boulimiques, pourtant considérés comme des « troubles alimentaires » touchant le plus souvent les jeunes femmes. En proie à un obsédant désir d'un corps mince délesté de la chair inutile et des graisses jugées répugnantes, les anorexiques et les boulimiques se privent de leur alimentation ou la régurgitent, se donnant ainsi la sensation d'une maîtrise de soi, même si ce contrôle peut sembler sacrificiel et auto-destructeur [Durif-Bruckert, 2003]. D'un point de vue psychanalytique, ces troubles prennent racine dans une impossibilité de se détacher de la mère nourricière tout en refusant de l'incarner soi-même et de devenir un être sexué après le temps neutre de l'enfance [Le Breton, 2007]. Peut-être est-ce là une des raisons du silence de mes interlocutrices sur l'anorexie et la boulimie : s'ils sont bien des maux

touchant à la sexuation et au fait d'être femme, il paraît logique *a posteriori* que celles qui étaient visiblement susceptibles d'en souffrir ne les aient pas évoqués dans la mesure où je leur demandais justement de me parler de leur « santé en tant que femme », sujet à l'origine des troubles. En ce sens, il apparaît là encore que réaliser des entretiens sur les « maux de femmes » n'est pas chose facile malgré les précautions prises pour ne pas heurter les personnes enquêtées.

Sur le corps des femmes pèsent lourdement le poids de l'esthétisme, qualité reconnue aux femmes dès la fin du moyen Age en compensation de leurs lacunes intellectuelles. Être femme est souvent associé aux marques esthétiques de la féminité, ce qui peut être rendu parfois difficile par l'épreuve de la maladie : ne plus être belle, ne plus avoir de poitrine suite à une mammectomie, ne plus avoir de cheveux en raison des traitements du cancer, sont autant de situations qui m'ont été décrites comme des maux de femmes et qu'il m'est paru nécessaire de rendre compte ici. Ne pas ou plus correspondre aux canons de beauté, aux rôles assignés et plus généralement aux normes de genre peut être difficilement vécu, comme ce fut le cas des femmes rencontrées ayant subi une ablation du sein ou étant née hermaphrodite.

2.4. Maux illégitimes

Certains maux étaient tenus au secret, voire parfois n'étaient pas pensés, car ils revêtaient un caractère illégitime aux yeux des femmes et de leur entourage. Cette illégitimité s'articulait autour de la responsabilité des femmes dans l'apparition de maux évitables pour lesquels elles n'avaient pas suivi les principes de prévention ou avaient adopté des pratiques dites « à risque » par les politiques de santé publique. Il est ainsi apparu difficile de dire la maladie quand la société en impute la responsabilité voire la cause aux individus eux-mêmes. Dans le domaine de la santé des femmes, appelé « santé sexuelle et reproductive » (voir Chapitre 3), la responsabilisation des personnes quant à la prévention des risques passe (entre autres dispositifs) par des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective en CPEF à destination des adolescents, souvent tournées vers la prévention des MST et des grossesses non souhaitées. L'ethnographie d'une de ces séances est restituée dans le Chapitre 3 et montre l'accent porté sur ces aspects particuliers de la sexualité et de la procréation. La responsabilité des femmes en matière de contraception y est soulignée, comme dans d'autres instances sanitaires ou ordinaires (consultations médicales et gynécologiques, groupe de pairs) dans un contexte où 97% des femmes en âge de procréer en France utilisent une contraception. Peut-être pour cette raison, les souffrances en lien avec les IVG étaient très souvent tues dans les entretiens réalisés sur le terrain, jugées illégitimes parce qu'elles résultaient le plus souvent d'un échec contraceptif de la part des femmes mais aussi en raison d'un

contexte encore marqué par la morale judéo-chrétienne défavorable à cette pratique sur laquelle nous reviendrons plus longuement en divers lieux de cette thèse.

Conclusion du chapitre 2

Dans ce chapitre, une analyse réflexive de mes échanges avec mes interlocutrices sur le terrain, m'a permis d'observer que j'ai souvent adopté auprès d'elles un rôle de confidente, ce qui m'a incitée à construire mon analyse en fonction des façons de dire et des façons de taire les maux de femmes. L'étude des paroles et silences qui ont pris place dans ce cadre précis du secret partagé a permis de souligner le caractère souvent indicible des maladies et affections dans ce domaine particulier et d'éclairer les ressorts de cette incommunicabilité.

Il apparaît premièrement que le silence ou le registre de la confiance peut correspondre à leur manque d'habitude de parler de « ces choses-là ». Les femmes ne trouvent pas toujours les lieux ni les mots pour exprimer les douleurs et les souffrances ressenties, situations témoignant peut-être d'une volonté sociétale de les tenir à distance de la vie sociale, de ne pas leur accorder d'existence ni de valeur réelles. Seulement certains maux font l'objet de campagnes de prévention et de prises en charge systématisées par le système de santé, ce qui renforce l'invisibilité des autres.

Deuxièmement, il semble que le registre de la confiance témoigne du tabou et de la pudeur qui caractérisent la majorité des maux de femmes, perçus en lien avec les menstruations, l'hystérie ou une sexualité déviante. Ces trois domaines assignaient déjà historiquement aux femmes des caractéristiques de faiblesse et d'impureté, et leur associaient des difficultés de contrôle de soi tant dans leurs pratiques sexuelles que dans la maîtrise de leurs émotions, frisant constamment avec la folie.

Du côté des menstruations, j'ai pu observer l'apprentissage de pratiques de dissimulation des règles et des douleurs aux jeunes filles, à qui l'on transmet un savoir sur la question essentiellement technique et biologique, pratique et naturalisant. La clandestinité des discours sur les règles implique une surveillance autonome du cycle, permettant de détecter le signe d'un problème de santé gynécologique ou la survenue d'une grossesse.

Du point de vue de la sexualité féminine, il semble que le silence imposé permette un contrôle familial et social de l'entrée dans la sexualité des jeunes filles, tout en rendant inaudible les discours sur certains maux, comme l'herpès ou les mycoses vaginales. Catégorisées au sein des maladies sexuellement transmissibles, elles répondent aux représentations populaires d'une sexualité déviante, trop fréquente, avec de multiples partenaires, parfois des deux sexes et hors union stable. La norme est à la sexualité hétérosexuelle, régulière et protégée dans le cadre d'un mariage ou d'une union libre. Nous reviendrons sur le fait que les instances de santé publique mandatées pour des missions de planification familiale insistent massivement sur l'incorporation individuelle des pratiques préventives, les unes pour éviter ces maladies par l'usage des préservatifs, les autres pour réduire le risque de grossesse non voulues par le biais de la

contraception. Le vaginisme, la frigidity ou encore la nymphomanie sont des problématiques très peu abordées dans les consultations et dans mes entretiens car ils touchent à la sexualité féminine et à des troubles régulièrement interprétés au prisme de la psychologie et de la santé mentale. Peu d'espaces thérapeutiques existent pour en parler, parallèlement au fait que les dévoiler pourrait jeter sur soi un profond discrédit.

Enfin, les façons de dire et de taire les « problèmes hormonaux » et les troubles dépressifs semblaient correspondre aux représentations attribués autrefois à l'hystérie. Discréditée en tant que pathologie dans les espaces médicaux actuels, elle paraissait agir comme une entité nosologique populaire, bien que sous des formes pas toujours explicites. Comme les troubles hormonaux aujourd'hui, les troubles hystériques avaient pour origine un déséquilibre des flux corporels selon une vision galénique de la santé, dont les conséquences se manifestaient sur l'ensemble du corps, affectant parfois la fonction reproductive et entraînant presque toujours des troubles de l'humeur. Le siège de l'hystérie s'est successivement trouvé dans l'utérus puis dans la tête, cette mobilité faisant alors écho avec l'actuelle connaissance de la circulation endocrinienne, ainsi qu'avec la représentation selon laquelle les troubles psychiques logent dans le cerveau. Ces troubles contrastaient avec une vision cartésienne de l'être humain puisqu'ils agissaient sur l'ensemble du corps, et constituaient là encore des stigmates potentiels. Dire d'une femme qu'elle a « les hormones qui la travaillent », qu'elle est « hystérique », qu'elle « est en dépression » tend à la catégoriser comme entrant dans la vieillesse ou comme étant anormale, à l'humeur inconstante et imprévisible, incapable de maîtriser ses nerfs, atteinte de maladie mentale ou folle.

Je n'ai pas pu le mesurer mais on pourra se demander si cette incommunicabilité des maux de femmes ne répond pas à une volonté sociétale de ne pas les entendre. On pourrait en effet réaliser une analyse fonctionnaliste de ce constat à la manière de Mary Douglas [1971] pour voir si l'indicible a pour but de préserver l'ordre établi, concernant particulièrement les inégalités de genre en santé ainsi que la conception biomédicale du corps sain qui, ancrée dans le dualisme cartésien, est mis à mal par les dimensions à la fois psychiques et physiques de la douleur en générale, et des douleurs féminines en particulier.

PARTIE II. Les soins de « santé sexuelle et reproductive » en Médoc

Chapitre 3. Une pluralité de professionnels de santé pour des soins ciblés

Le premier chapitre de la thèse a permis d'appréhender à différentes échelles les problématiques de désertification médicale que connaît le Médoc où la rareté et la répartition géographiques des professionnels de santé rendent l'accès aux soins difficile. Le deuxième chapitre donne à voir un ensemble de maux de femmes, tels qu'ils m'ont été confiés par mes interlocutrices sur le terrain, plus ou moins visibles et dicibles, impudiques et tabous, et pour lesquels la plupart des femmes tentent de se soigner sur le territoire.

Le troisième chapitre interroge l'offre officielle de soins qui leur est spécifiquement proposée localement compte tenu des particularités du système de santé sur la presqu'île : pour ce faire, j'ai choisi de restituer, à la manière d'études de cas, l'ethnographie réalisée dans le cadre de la recherche MédocIresp sur la mise en place d'un projet de coordination territoriale orienté sur le contrôle des naissances chez les jeunes (Projet GNS-Grossesses Non Souhaitées) ainsi que celle que j'ai réalisée au cours d'une séance d'éducation à la vie sexuelle dans une institution de soin spécialisé. Ces expériences ont permis de soulever trois caractéristiques de l'offre de soins aux maux de femmes encadrée par le système de santé, que nous aborderons successivement comme autant d'éléments de compréhension du pluralisme thérapeutique à l'œuvre.

Premièrement, nous verrons que les intentions du projet GNS s'inscrivaient dans le domaine nationalement et internationalement institutionnalisé de « la santé sexuelle et reproductive » (SSR). L'histoire de cette notion contextualisera la restitution ethnographique en rappelant les enjeux sociaux, politiques, idéologiques, religieux et sanitaires qui traversent la prise en charge médicalisée de la vie sexuelle et procréative des femmes.

Une analyse des profils des professionnels participant au projet GNS dans le Médoc montre ensuite la pluralité des acteurs de la SSR : les spécificités de l'offre de soins qu'ils incarnent sera examinée à partir de la diversité de leurs formations, spécialisations, missions, cultures institutionnelles et adaptations aux réalités de terrains. Certains acteurs rencontrés sur le terrain n'ont pas été conviés au projet GNS ce qui apporte aussi des éléments de compréhension sur les caractéristiques du pluralisme thérapeutique dans ce domaine.

Enfin la troisième caractéristique de la SSR que l'ethnographie choisie semble refléter, dans un contexte de désertification médicale, concerne les logiques préventives et les orientations de soins privilégiées dans ce domaine. La définition de thématiques autour du contrôle et de la sécurisation des naissances ainsi que de la prévention des MST et des cancers gynécologiques s'articulent autour de populations considérées comme « à risque », spécialisant une prise en charge pas toujours accessible et évacuant certains maux de femmes.

3.1. Le domaine particulier de la santé sexuelle et reproductive : entre santé, social et droit

3.1.1. Aux prémices d'un projet de coordination territoriale

Comme de nombreuses zones rurales françaises, le Médoc connaît un processus de désertification médicale concernant notamment les médecines de spécialité dont la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie font partie [Chapitre 1]. Trois grandes orientations de lutte contre les déserts médicaux ont été envisagées nationalement puis régionalement par les différentes institutions en charge de l'accès aux soins sur les territoires. Il s'agit de la formation des professionnels de santé, de la coordination territoriale des professionnels, des soins et d'une attention spécifiquement portée sur les populations vulnérables. Le réseau Solidarité Médoc Santé (SMS) de la Plate-forme de développement sanitaire et social du Pays Médoc s'inscrit pleinement dans ces orientations. En témoigne leur travail de coordination entre les acteurs professionnels concernés par la question des Grossesses Non Souhaitées et de la contraception chez les jeunes dans le Médoc auquel notre équipe de recherche MédocIresp a été conviée⁵⁰.

Ce projet faisait suite à la campagne de sensibilisation à la contraception pour les jeunes de 16 à 25 ans réalisée en 2010 par le Conseil Régional d'Aquitaine dans le cadre de sa politique de promotion de l'égalité entre hommes et femmes. La première phase s'est concrétisée par la diffusion d'affiches et d'un site internet⁵¹, précédant une seconde phase de financement de projets au sein des lycées ou des « territoires » aquitains qui s'est appuyée sur la mission de coordination de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé d'Aquitaine (IREPS), instance de santé publique créée en 2008 par regroupement d'anciennes entités d'éducation à la santé [FNES, 2012 :2].

La première réunion de préparation du projet GNS, à laquelle notre équipe de recherche a été conviée, s'est déroulée dans les locaux du Pays Médoc en compagnie de Mme

⁵⁰ Ce projet appelé « projet GNS » a fait l'objet d'une parution dans *La santé en action* [Kotobi, 2013], la revue de l'Inpes- Institut National de Promotion et d'Education à la Santé, destinée aux professionnels du système de santé.

⁵¹ Le site internet est accessible à l'adresse suivante :

Boisvert, la chargée de mission de la Plateforme santé du Pays et Mme Poumard la chargée de mission à l'IREPS, mobilisée pour coordonner certaines des actions financées par la seconde phase de la campagne régionale de sensibilisation des jeunes à la contraception. Elle nous a expliqué que sa structure avait décidé pour cette action de favoriser l'accompagnement « d'une dynamique de territoire plutôt qu'une action en lien avec l'éducatif », dans l'idée qu'après le financement, les actions mises en place pourraient quand même devenir pérennes. Elle souligne que le Médoc a été choisi notamment du fait de la présence du réseau SMS « qui fonctionne bien » et parce qu'elle « avait eu vent de problématique de contraception dans le Médoc ».

Pour Mme Boisvert en effet, l'idée d'organiser une journée de réflexion puis des ateliers entre professionnels autour de l'accès à la contraception est d'abord née du constat, rapporté par certains acteurs de MDSI, CPEF et des infirmières scolaires, de situations de « grossesses précoces et de jeunes filles en situation de maltraitance dans la famille ». Toutefois ce constat restait selon elle à affiner, ce qui suggérait de commencer le projet par une sensibilisation à ces questions en direction des professionnels pour ensuite engager une démarche de « diagnostic partagé » (à laquelle notre équipe était invitée à participer) et enfin, par le biais d'un groupe de volontaires, pour « élaborer une stratégie sur le territoire » [Pays Médoc, Mars 2012].

Le programme de la journée de sensibilisation déclinait plusieurs objectifs : il s'agissait de « mobiliser les acteurs du territoire autour de la question des grossesses non souhaitées chez les jeunes » et de « mieux cerner les problématiques propres aux jeunes sur les questions de grossesses non souhaitées, de contraception, d'accès aux structures et personnes ressources et les réponses à y apporter ». En faisant intervenir une conseillère conjugale du Mouvement Français pour le Planning Familial MFPF de Bordeaux, association militante reconnue d'intérêt public en France dans le domaine de la santé et des droits des femmes et notre équipe, le but visé était d'amener les professionnels à « interroger les représentations autour des jeunes, de leurs rapports/perceptions à la contraception, IVG, grossesse... et les difficultés auxquelles ils sont confrontés » ainsi qu'à actualiser leurs connaissances du cadre législatif français sur ces questions [Pays Médoc, Mars 2012]. Des techniques d'animation proposées par Sandrine devaient favoriser le partage de leurs constats et leurs propositions de réponses aux problématiques soulevées.

Ni le choix du thème des grossesses non souhaitées chez un public spécifique – « les jeunes » -, ni celui de faire intervenir une représentante du MFPF ne sont anodins. Ils témoignent des orientations idéologiques et institutionnelles propres au domaine de « la santé sexuelle et reproductive » (SSR), domaine situé au croisement de la santé publique et des associations féministes, présent aux niveaux international, national et local. La procréation en constitue un aspect important traité sous l'angle de la gestion et de la sécurisation des naissances par la médicalisation de la planification familiale, de la grossesse et de l'accouchement ; certains travaux montrent aussi la part de contrôle

politique des taux de natalité et des conditions de reproduction des individus inscrits dans la société dans ces prises en charge souvent normalisatrices [Browner, Sargent, 2005 ; Bozon, 2005, Sosa-Sanchez, 2010]. La SSR est en effet traversée de normes concernant les conduites sexuelles et reproductives jugées conformes. La notion de risque permet d'identifier des populations spécifiques dont les pratiques sociales paraissent trop éloignées de ces normes, comme les populations précaires ou migrantes [Fassin, Fassin, 2006 ; Kotobi, 2012 ; Charuty, 2015]. La question des grossesses non souhaitées chez les jeunes, considérée comme problématique, répond à ces modes de catégorisations et aux volontés de normalisation des conduites [Uzan, 1998]. Enfin, la présence de l'intervenante du MFPF rappelle la place du militantisme féministe dans la l'obtention historique des droits des femmes à disposer de leurs corps paradoxalement à leur médicalisation croissante.

Avant d'aller plus loin dans l'analyse, je propose maintenant de présenter un cadrage historique et légal de la SSR, en croisant les niveaux international et national, pour mieux cerner le contexte social qui encadre les ressorts de l'offre de soins destinée aux femmes dans le Médoc pour leurs maux spécifiques. Ceux-ci seront ensuite examinés au travers de la pluralité des professionnels concernés par le projet GNS et par la logique préventive ciblée mobilisée.3.1.2. La santé sexuelle et reproductive : médicalisation et droits des femmes

3.1.1.1. Les enjeux de pouvoir liés à la médicalisation du social

Jusqu'au XIX^e siècle, le concept de santé est pensé dans une dimension négative, celui du « silence des organes », subjective et statique. Au cours du XX^e siècle, dans un contexte d'accélération du phénomène de médicalisation, c'est-à-dire de multiplication des professionnels de santé et de leur utilisation ainsi que d'« extension du champ de compétence de la médecine » [Aïach, 1998 : 20,24], la santé devient un « processus » devant être maintenu, conquis et développé par différentes méthodes supposées responsabiliser les individus quant à leurs comportements face aux risques évitables. La santé, comme forme du bien-être individuel et collectif, est ainsi devenue une des valeurs centrales du monde contemporain [Vigarello, 1993, Rossi, 2007, 2008], voire une utopie [Sfez, 1995].

Au sortir de la guerre, la santé devient un droit international. Adoptée par 61 États lors de la Conférence internationale de la Santé tenue à New York en 1946, la Constitution de l'OMS définit officiellement la santé qu'elle érige en droit fondamental:

Encadré 14 : Le droit à la santé dans le Préambule de la Constitution de l'OMS, 1946

Source : OMS, 2006

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

Dans ce cadre, le droit à la santé « suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée, (...). Pour que le droit à la santé soit une réalité, les États doivent créer des conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible. Le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé. » [OMS, 2013]. Il est par la suite consacré par plusieurs traités des Nations Unies relatifs aux Droits de l'Homme et incite les États à l'appliquer. Sa mise en œuvre passe par l'amélioration de l'accès aux soins primaires, à une alimentation minimale, à des moyens d'assainissement, à de l'eau potable et aux médicaments essentiels [OMS, 2013]. A sa création, le droit à la santé s'est imposé comme un droit inaliénable et universel, inscrits progressivement dans de nombreuses constitutions nationales. Il est dit de « deuxième génération »⁵² en rapport aux droits énoncés au siècle des Lumières :

« (...) à la différence des précédents, il s'agit d'un « droit-pouvoir » ou encore d'un « droit-créance », étroitement lié à des conditions concrètes de réalisation, c'est-à-dire à une offre de soins matérialisée dans un système de santé, ceux-ci représentant une gamme étendue de dispositifs, placés le plus souvent sous la tutelle des états modernes qui ont assumé parmi leurs tâches la garantie de la santé publique. » [Moulin, 2010].

Le système de santé français, présenté dans le chapitre 1, s'inscrit dans cette volonté de garantir ce droit à l'ensemble des individus, se dotant d'appuis auprès des professions biomédicales détenant le monopole de l'expertise en termes de gestion de la maladie et de la santé, ainsi que des professions la santé publique, capables de proposer des données sur l'état de santé des populations (et non pas des individus) puis de formuler des recommandations.

⁵² Les droits de la première génération concernent les droits civils, juridiques et politiques, c'est-à-dire qu'ils garantissent la liberté individuelle et la protection de la liberté individuelle contre les violations de l'Etat.

Les droits de la deuxième génération se rapportent aux champs des droits économiques, sociaux et culturels. Ils reposent sur les idées d'égalité et d'accès garanti aux opportunités et aux biens et services essentiels dans les sphères économique et sociale, ainsi que le droit à participer librement à la vie culturelle de la communauté et, éventuellement aussi, le droit à l'éducation. Enfin, les droits de la troisième génération sont des droits collectifs, fondés sur l'idée de solidarité (comme le droit à la paix, le droit à un développement durable) [Conseil de l'Europe, 2015 : 320-325]

Les premiers travaux en sciences humaines et sociales sur la médicalisation se sont d'abord attachés à montrer que cette double alliance médicale et politique, tout en se donnant le rôle d'organisateur et de dispensateur des soins, a permis l'instauration de mécanismes de domination, de normalisation et de contrôle social de la société et des individus. La jeune sociologue Mélissa Nader pointe trois types d'analyses en ce sens [2012]: la première est constructiviste et considère que la profession médicale reconfigure constamment les limites du normal et du pathologique (dont on sait la plasticité socio-culturelle depuis les travaux de Georges Canghilem [...]) non pas sur des bases uniquement biologiques mais aussi en fonction d'une volonté corporatiste d'étendre sa sphère d'influence et de pouvoir. Pour la sociologue, les travaux d'Eliot Freidson et de Peter Conrad sont emblématiques de cette pensée : Eliot Freidson s'est employé à déconstruire *La profession médicale* [1984 (1970)] son monopole, son autonomie, sa légitimité et ses liens avec le politique. Peter Conrad a travaillé sur la prise en charge de la déviance par l'activité médicale [1975] et explique que les représentations des problèmes sociaux, la délinquance juvénile, l'alcoolisme, l'homosexualité, réinterprétés en termes médicaux, deviennent de façon légitime et consensuelle des maladies qui impliquent nécessairement une prise en charge appropriée parfois assimilée à une tentative de contrôle social [Conrad, Schneider, 1980]. J'ajouterai à cette contribution aux travaux constructivistes sur la médicalisation ceux du sociologue Pierre Aïach qui complètent le propos de Peter Conrad en constatant que l'expertise médicale est sollicitée voire imposée dans des domaines où elle n'avait jusque-là pas lieu d'être ni compétence, comme dans le milieu scolaire, les assurances, la prise en charge des personnes âgées, le sport... [Aïach, 1998 : 25]. Dans le domaine des maux de femmes, Carole Browner et Carolyn Sargent observent une accélération de la médicalisation du corps des femmes dans les années 1960 : certains aspects de la vie « normale » des femmes comme la grossesse, l'accouchement ou la ménopause sont peu à peu associés à la notion de risque qui justifie une prise en charge préventive et la technologie de l'intervention médicale [Browner, Sargent, 2005 : 357-382].

Mélissa Nader a identifié un deuxième type d'analyse du pouvoir lié à la médicalisation. Il s'agit de travaux d'inspiration marxiste :

« Ces analyses suggèrent que la santé et la maladie soient appréhendées au travers de mécanismes d'expropriation du sujet et de marchandisation dont les conséquences iatrogéniques sont néfastes pour le bien-être des populations. La « production » de la santé passe dorénavant par un processus hétéronome où la logique marchande fait que la santé peut désormais être consommée, achetée et vendue au même titre que n'importe quel autre bien ou service. » [Nader, 2012 : 280].

Dans ce cadre, la médicalisation de la société apparaît comme un avatar du système marchand capitaliste, dont les dérives sont dénoncées en termes d'expropriation de la santé, des effets pervers des systèmes biomédicaux créateurs de mal-être et de maladies nouvelles ainsi que vecteurs d'accentuation des inégalités sociales. La sociologue pointe Yvan Illich comme auteur emblématique de ce courant de pensée, dont je livre ici un extrait de son célèbre ouvrage *Némésis médicale* [1975]:

« L'entreprise médicale menace la santé. La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. (...) Une structure sociale et politique destructrice trouve son alibi dans le pouvoir de combler ses victimes par des thérapies qu'elles ont appris à désirer. Le consommateur de soins devient impuissant à se guérir ou à guérir ses proches. (...)

La médicalisation de la vie est malsaine pour trois raisons : au-delà d'un certain niveau, l'intervention technique sur l'organisme ôte au patient les caractéristiques du vivant qu'on désigne communément par le mot de « santé » ; l'organisation nécessaire pour soutenir cette intervention devient le masque sanitaire d'une société destructrice ; et finalement, la prise en charge de l'individu par l'appareil biomédical du système industriel ôte au citoyen tout pouvoir de maîtriser politiquement ce système » [Illich, 2013 (1975) :585-586]

A mon sens, Yvan Illich dénonce un pouvoir abusif exercé par l'institution en même temps qu'il souligne une nouvelle tendance, à savoir la santé comme objet de consommation que Sarah Cant et Ursula Sharma observent comme dépendant de l'offre et de la demande au sein d'un marché thérapeutique libéralisé et globalisé [2004].

Enfin, Mélissa Nader rappelle à raison l'analyse du pouvoir par l'entremise des dispositifs politico-sanitaires du philosophe Michel Foucault. Ce dernier n'entend pas uniquement le pouvoir comme injonction ou répression directes entre dominants et dominés, entre souverain et gouvernés, mais comme un rapport de forces multiples qui se joue à l'échelle des individus, comme autant de micro-pouvoirs pour lesquels les normes sociales prévalent aux lois [Foucault, 1975]. Dans le contexte de la modernité et de diffusion naissante de la pensée libérale à l'Age classique, le politique n'exerce plus son pouvoir sur la vie de façon autoritaire et par la menace de la mort mais par le recours à ce que le philosophe appelle la « discipline » et la « biopolitique » :

« Concrètement, ce pouvoir sur la vie s'est développé depuis le XVII^{ème} siècle sous deux formes principales ; elles ne sont pas antithétiques ; elles constituent plutôt deux pôles de développement reliés par un faisceau intermédiaire de relations. (...) le premier à s'être formé a été centré sur le corps comme machine : son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, son intégration à des systèmes de contrôle efficaces et économiques, tout cela a été assuré par des

procédures de pouvoir qui caractérisent *les disciplines : anatomo-politique du corps humain*.

Le second qui s'est formé un peu plus tard vers le milieu du XVIII^{ème} siècle, est centré sur le corps-espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier ; leur prise en charge s'opère par toute une série d'interventions et *de contrôles régulateurs : une biopolitique de la population.*» [Foucault, 1976 : 183].

Les techniques de pouvoir nécessaires pour légitimer les disciplines et régulations de la population sont constitutives du « bio-pouvoir » et sont à l'œuvre à tous les niveaux du corps social et au sein d'institutions diverses comme la famille, l'armée, l'école, la médecine. Pour Michel Foucault, la force de cette modalité d'exercice du pouvoir, au service de l'économie capitaliste, tient de sa capacité à faire que les individus s'assujettissent d'eux-mêmes, sans contrainte apparente : les instances de régulation de la population prennent en charge tous les aspects de la vie des individus en même temps qu'elles en produisent un certain savoir, comme c'est le cas pour la médecine clinique [1988], dans une visée de normalisation des conduites selon l'orientation attendue [1976].

En anthropologie de la santé, il me faut préciser que les notions de « biopouvoir » et de « biopolitique » ont été réinvesties pour mettre en lumière les liens entre pouvoir et gestion de la maladie [Fassin, 1992]. La focale est portée sur les logiques et les dynamiques de l'acculturation sanitaire des populations ciblées par les politiques de santé publique [Dozon, Fassin, 2001], ainsi que les mécanismes d'incorporation des normes de santé (dans le champ de l'alimentation, de la sexualité, du tabagisme...) s'effectuant à la manière d'un *Gouvernement des corps* dont les contours demeurent souvent flous aux individus [Fassin, Memmi, 2004]. En France, les techniques médicales liées à l'IVG [Ferrand, Jaspard 1987 ; Bajos, Ferrand et al 2002 ; Lemonnier, 2010] ou celles utilisées pour le suivi de grossesse ou la procréation médicalement assistée [Tain, 1999] sont légitimées par la sécurité et l'efficacité qu'elles offrent. On peut toutefois penser qu'elles permettent une forme de contrôle social par des pratiques professionnelles visant à réguler l'accès et à normaliser les conduites en matière de gestion de la fécondité.

Le domaine de la santé des femmes est crucial pour l'exercice d'une biopolitique qui permettrait d'inculquer aux patientes les moyens d'une régulation de la procréation par elles-mêmes par le biais d'un discours et de pratiques préventives (prévention des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées). La prévention, cheval de bataille de la santé publique, est parfois considérée comme une idéologie

propre à l'Etat moderne industrialisé qui fait reposer sur les individus la responsabilité de leur santé :

« Cette idéologie repose sur la promesse que l'absence de maladie grave et le maintien d'une grande vigueur physique et intellectuelle sont aujourd'hui possibles à condition d'agir selon les préceptes de l'évangile hygiéniste. Cette promesse est faite par la médecine par l'intermédiaire de ses porte-parole les plus autorisés et les plus médiatisés. Les progrès réels de la médecine et l'efficacité récente des thérapies renforcent la croyance en cette promesse (...).

Cette idéologie tend à envahir l'ensemble du champ social (...) à travers l'extension de la compétence médicale à des problèmes d'ordre social et d'ordre psychologique. Cette extension est en partie à l'origine du phénomène de pathologisation (...) et du rapport des individus à leur corps, à la maladie et aux professionnels de santé (...)

La prévention accompagne et même amplifie ce mouvement de médicalisation du champ social, dans la mesure où il dépendrait du comportement individuel d'accroître ou de diminuer les risques potentiels d'attraper une maladie » [Aïach, 1998 : 30-31].

Nous allons voir que l'histoire de la prise en charge de la santé des femmes en France par les institutions sanitaires s'est surtout construite autour de la gestion de la sexualité et de la procréation, domaines très contrôlés par l'Eglise puis par l'Etat, et pour lesquels les féministes du XVIIIe siècle comme celles des années 1960 ont milité en faveur d'une libéralisation. Ces domaines de la vie des femmes mêlent presque toujours la santé au droit, comme nous allons le voir pour ce qui concerne la planification des naissances, la contraception et l'IVG. Cette particularité peut être comprise comme une volonté de contrôle des capacités reproductives de cette partie de la population (dont on cible certaines sous-populations) par le monde médical pour le compte de différentes instances du social (politiques, religieuses) productrices de normes de genre et de rapports sociaux de sexe particuliers. En même temps, nous allons voir que cette médicalisation n'a pas toujours été imposée aux femmes mais parfois sollicitée par les mouvements féministes à des fins stratégiques pour défendre le droit des femmes à disposer de leur corps, ce qui tend à nuancer une lecture du phénomène uniquement au prisme des mécanismes de domination et plus précisément de l'exercice d'un biopouvoir, sans pour autant dénier les processus de normalisation des conduites féminines à l'œuvre.

3.1.1.2. La santé des femmes en France, des droits entre contrôle et libéralisation

Les débuts d'une gestion étatique de la sexualité et de la procréation des femmes

Concernant la sexualité, l'approche historique de Michel Foucault montre que si l'histoire des relations sexuelles entre les humains n'a pas d'âge, le concept de sexualité est lui relativement récent. En Occident, il fait d'abord son apparition au XVII^e siècle au sein de l'Eglise catholique: les pratiques sexuelles sont frappées par l'interdit du plaisir de la chair et par la finalité reproductive tandis que la chasteté est très valorisée. Nous avons vu dans le chapitre 2 combien ces constats se vérifiaient pour le cas des femmes, à une époque où la sexualité féminine frôlait avec la diablerie et la folie, et où il était de bon ton d'envoyer au moins une de ses filles mener une vie monacale. Avec l'apparition de la confession, l'Eglise va inciter officiellement, de manière collective et systématique les discours, voire les aveux, sur le sexe, que les individus le pratiquent ou seulement le désirent. Pour le philosophe, il est intéressant de voir que la répression de la chair s'est moins accompagnée d'un tabou que d'une injonction à produire du discours sur soi :

« C'est peut-être pour la première fois que s'impose sous la forme d'une contrainte générale, cette injonction si particulière à l'Occident moderne. Je ne parle pas de l'obligation d'avouer les infractions aux lois du sexe, comme l'exigeait la pénitence traditionnelle ; mais de la tâche, quasi infinie, de dire, de se dire à soi-même et de dire à un autre, aussi souvent que possible, tout ce qui peut concerner le jeu des plaisirs, sensations et pensées innombrables qui, à travers l'âme et le corps, ont quelque affinité avec le sexe. » [Foucault, 1976 :29].

A partir du XVII^e siècle, les discours sur le sexe vont se propager à d'autres sphères, notamment politique et scientifique. L'âge classique serait caractérisé par de nouvelles techniques de pouvoir s'exerçant sur un nouvel objet qu'est la « population », laquelle est quantifiable, variable, modulable contrairement au « peuple » qui désigne plutôt des individus vivant ensemble et reconnaissant des éléments de culture communs. La natalité, la morbidité, la fécondité ou l'espérance de vie sont des variables propres à l'objet « population » dont la croissance et la richesse sont pensées concomitamment : en effet, que les thèses soient pro-natalistes ou malthusiennes, l'économie politique fonde une grande part de son analyse et de son intervention sur les pratiques sexuelles des individus :

« Au cœur de ce problème économique et politique de la population, le sexe : il faut analyser le taux de natalité, l'âge du mariage, les naissances légitimes et illégitimes, la précocité et la fréquence des rapports sexuels, la manière de les rendre féconds ou stériles, l'effet du célibat ou des interdits, l'incidence des pratiques contraceptives (...). Mais c'est la première fois, qu'au moins d'une manière constante, une société affirme que son avenir et sa fortune sont liés non seulement au nombre et à la vertu des citoyens, non seulement aux règles de leurs mariages et à l'organisation des familles, mais à la

manière dont chacun fait usage de son sexe. » [Foucault, 1976 : 38].

Ce que Michel Foucault ne mentionne pas, c'est que cette intervention dans les pratiques sexuelles s'est surtout dirigée vers les femmes que l'on tenait pourtant déjà pour responsables dans le cas d'enfantement hors mariage, les hommes étant davantage excusés du fait d'un prétendu « besoin naturel » à assouvir leurs « pulsions » sexuelles [Boltanski,]. Plus que la question du sexe, c'est plutôt celle de la maîtrise de la fécondité qui semblent alors animer les femmes. Si des techniques empiriques connues d'elles, plus ou moins efficaces et dangereuses, existent depuis la médecine hippocratique et a traversé le Moyen Age occidental, on peut considérer les travaux de Louise Bourgeois comme une première pierre dans le processus de médicalisation des soins portés au corps reproducteur des femmes, non pas à dessein de contrôle mais de sécurisation des pratiques. En 1609, elle est la sage-femme de la reine Marie de Médicis et publie *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-nés*, ouvrage dans lequel elle consacre quelques pages à la pratique de l'avortement dans le cas où la vie de la mère est mise en péril par sa grossesse. Elle pose alors publiquement en France la question de l'avortement thérapeutique comme une question de santé. À cette époque, les théologiens de la Sorbonne récusent formellement l'avortement thérapeutique: la sacralité de la vie ne permet à quiconque de choisir entre deux vies, que ce soit celle de la mère ou celle de l'enfant à venir. De plus, ils conviennent que de se sacrifier pour mettre au monde une nouvelle âme est la marque suprême de la charité maternelle. La plupart des médecins se range à cette idée. Toutefois le débat est lancé, et s'il a difficulté à faire son chemin en France, où le Code Napoléon fixe la répression de l'avortement sans faire cas des opérations thérapeutiques, il gagne plus favorablement l'Angleterre vers 1750, l'Allemagne puis les Pays Bas et l'Italie dans les années 1820 [Le Naour, Valenti, 2003].

Pour Michel Foucault, la sexualité à l'Age classique devient quelque chose qu'il convient de gérer et d'administrer, par l'entremise étatique mais aussi par le contrôle individuel, idée qui laisse apparaître en filigrane l'exercice du pouvoir par la biopolitique, thème central dans son œuvre, par l'instauration d'une norme sexuelle qui enjoint à une sexualité pratiquée par le couple monogame et légitimée par le mariage à des fins de procréation. Cette norme s'inscrit comme une réponse aux confessions qui ont mis en lumière la diversité des pratiques sexuelles aux XVII^e et XVIII^e siècles en France. Au XIX^e, certaines d'entre elles, c'est-à-dire celles qui s'accordaient avec le devoir conjugal et la fonction reproductive légitime, ont fait l'objet d'une attention particulière, faite de conseils et de recommandations. Les autres pratiques, celles des enfants, des fous ou des criminels vont être jugées contre-nature ou immorales ; apparaît alors le champ de la perversion et de ses dispositifs de contrôle [Foucault, 1976 : 50-56].

Dans le contexte de l'entreprise scientifique qui a animé le XIX^e siècle et du phénomène de médicalisation des sociétés modernes, Michel Foucault explique la production d'un nouveau discours sur le sexe qui s'érige en vérité en vertu de ses ressorts rationnels et médicaux. Le philosophe remet en cause ce principe de vérité sur le sexe compte tenu de la nature de sa source : si « dans l'art érotique, la vérité est extraite du plaisir lui-même, pris comme pratique et recueilli comme expérience » [Foucault, 1976 : 77], la *scientia sexualis* est originale en ce qu'elle a « développé au cours des siècles, pour dire la vérité sur le sexe, des procédures qui s'ordonnent pour l'essentiel à une forme de savoir-pouvoir rigoureusement opposée à l'art des initiations et au secret magistral comme l'*ars erotica* (l'art érotique) des Grecs anciens ou des orientaux: il s'agit de l'aveu. Depuis le Moyen Age au moins, les sociétés occidentales ont placé l'aveu parmi les rituels majeurs dont on attend la production de vérité » [Foucault, 1976 : 78]. L'aveu sexuel généralisé s'est doté des formes du scientifique en procédant selon cinq principes : 1. La codification clinique du « faire-parler » qui mobilise confession et examen, récit de soi, questionnaire, associations libres, 2. le postulat que le sexe est doté d'un grand pouvoir de causalité, à la fois inépuisable, diffus et polymorphe, 3. le principe d'une causalité latente de la sexualité, avec l'idée que les individus ne cachent pas toujours leur sexualité, mais que ce domaine est si obscur qu'il est parfois caché à soi-même, 4. par la méthode de l'interprétation, c'est-à-dire de la production d'une vérité scientifique à partir de l'aveu sexuel, 5. par la médicalisation des effets de l'aveu, c'est-à-dire la transformation du discours en éléments renseignant le diagnostic d'une pathologie dont le sexe est la cause. [Foucault, 1976 : 87-91]. L'approche historique développée par Michel Foucault permet d'appréhender le passage d'une conception séculière de la sexualité néanmoins contrôlée par l'Eglise à une conception médicalisée de ce domaine et de sa gestion. Il a toutefois tendance à évacuer la place particulière des femmes comme si leur sexualité avait connu les mêmes représentations sociales et les mêmes pratiques au fil des époques. Or en France par exemple, les développements de la sexologie débutent au XIX^e siècle avec la participation de nombreux intellectuels, comme Sigmund Freud, qui se sont intéressés aux « pathologies psycho sexuelles » surtout chez les femmes dites « hystériques » ou « nymphomanes », maladies non attribuées aux hommes [Voir Chapitre 2]. Concernant le domaine de la maîtrise de la fécondité, l'Académie de médecine forte d'une légitimité grandissante, reconnaît l'avortement thérapeutique le 30 mars 1852, ainsi que la supériorité des droits de la mère sur ceux du fœtus après de longues réflexions qui l'oppose à l'Eglise et au Code Napoléonien [Le Naour, Valenti, 2003]. Cependant, la question de la responsabilité de l'acte se révèle aussi matière à discussion : l'avortement est-il un droit de la femme ou une pratique de soin décidée par le docteur ? Juristes et médecins s'accordent pour dire qu'une mère n'a pas l'éclairage technique pour décider de la dangerosité de sa grossesse. Derrière ces propos, la crainte de voir devenir l'avortement un droit de la femme à disposer de son corps ?

Rejoignant davantage en ce point l'histoire de la sexualité de Michel Foucault concernant la volonté de gestion politique de la procréation, les historiens Jean-Yves Le

Naour et Catherine Valenti font remarquer qu'à la fin du XIXe également, le courant néo-malthusien prône une nécessaire administration collective des naissances, moins comme solution pour rétablir l'équilibre population/subsistance, que comme un moyen de lutte contre la société capitaliste. La restriction de la natalité chez les prolétaires est vue comme pouvant renverser le rapport capital/travail et permettre ainsi mécaniquement une augmentation des salaires. « *Assez de chair à plaisir, de chair à travail, de chair à canon! Femmes, faisons la grève des ventres !* » scande Paul Robin, fondateur en 1896 de la première ligue néo-malthusienne française, La Ligue de la Régénération Humaine qui promeut les procédés anti-conceptionnels et l'avortement. Le mouvement sera davantage suivi par les anarchistes et les individualistes que par les marxistes et les socialistes. Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti précisent que ce courant n'a pas bénéficié du succès escompté car dans les premières années du XXe siècle, avec les tensions franco-germaniques, s'amplifie en France une sorte de souci nataliste. Les historiens précisent que l'avortement est alors vu comme un crime contre le fœtus qui ne demande qu'à vivre, contre la femme qui au péril de sa vie, nie son instinct de reproduction et refoule son désir de maternité, et enfin et surtout, contre la nation car il en constitue le suicide. La loi de 1920 est alors mise en place : elle réprime à la fois « la provocation à l'avortement et la propagande anti-conceptionnelle ». Aux Etats-Unis pourtant se développe à cette époque le Birth Control qui va introduire en France la notion de « *planification familiale* ». Le médecin français Jean Dalsace en 1937 expose un stand de contraceptifs lors de l'Exposition internationale avec des slogans tels que : « *Avoir des enfants, c'est bien ; avoir des enfants désirés c'est mieux.* » [Le Naour, Valenti, 2003 : 18], jetant avec d'autres les bases du féminisme à venir après-guerre, période qui a aussi vu naître une prise en compte internationale de la condition féminine.

Féminisme d'après-guerre et enjeux de la médicalisation

En 1946, 45 Etats membres de l'ONU sont représentés au sein de la nouvelle Commission de la condition de la femme créée pour définir les droits de la femme (intégrité corporelle, autonomie, vote, égalité devant la loi, le travail, l'éducation...) et étudier les facteurs qui en empêchent le plein exercice. Du point de vue des ONG féministes, la plus connue reste l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). Formée à l'issue du Congrès international sur la population et les ressources mondiales de 1948 et formalisée en 1952, l'IPPF se donne pour mission de diffuser des informations (conférences, programmes d'action) concernant la reproduction humaine, le contrôle des naissances, l'éducation à la sexualité, les problématiques liées à la

population⁵³, la construction de nouveaux plannings familiaux nationaux ainsi que le développement et l'accessibilité de la contraception.

En France, les avancées ne semblent pas aussi rapides que le préconisent les instances internationales. Si les femmes obtiennent le droit de vote et d'éligibilité en 1944, le code de la famille de 1939 continue à réprimer les avorteurs et la politique du Général de Gaulle reste résolument nataliste [Le Naour, Valenti, 2003 : 201]. Néanmoins, le préambule de la Constitution de 1946 déclare la femme égale de l'homme dans tous les domaines. L'oppression des femmes, considérées inférieures, condamnées à des emplois de second rang et aux tâches domestiques et maternelles, est décriée dans l'ouvrage éblouissant de Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe* [1949]. Dans un même temps, l'Eglise catholique n'a de cesse de rappeler la vocation sacrée du mariage que représente la procréation. Les années 50 vont être le siège d'un fervent débat sur la contraception.

La méthode contraceptive du japonais Ogino (méthode aussi dite couramment « du calendrier ») est approuvée par le Pape Pie XII en 1951: il s'agit d'identifier le cycle ovulatoire et ainsi de déterminer les périodes plus ou moins propices à la fécondation. Mais tout comme la méthode des températures, elle montre une efficacité plutôt aléatoire. En Grande Bretagne, depuis la fin du XIXème, diaphragme, capes cervicales et crèmes spermicides sont sur le marché. Par ailleurs, l'entrée massive des femmes à l'université et sur le marché du travail va peu à peu changer les mœurs. Le médecin Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé visite en 1947 une clinique américaine spécialisée en BirthControl et s'étonne devant des médecins déploient tant d'énergie à permettre aux femmes de ne pas enfanter et à faire disparaître le nombre d'avortements [Le Naour, Valenti, 2003 : 222]. En 1956, Marie Andrée Lagroua Weill Hallé décide, malgré l'hostilité du corps médical, des catholiques et des parlementaires, de créer l'association *La Maternité heureuse* aux objectifs soucieux de ne pas trop s'opposer au politique : dissociant contraception et avortement, elle dit lutter contre les dangers de ce dernier en préconisant les procédés anti-conceptionnels, lesquels ne limitent pas les naissances mais au contraire en améliore la qualité, préservent les mères et rendent les politiques d'aides à la famille d'autant plus profitables. La diffusion de ces idées passe par l'ouverture de centres spécialisés dans le conseil aux femmes et aux couples et la formation de médecins hommes et femmes à l'étranger sur les techniques de contraception. Malgré sa contradiction avec la loi de 1920, la *Maternité heureuse* ne fait pas l'objet de poursuite judiciaire car elle revendique une action essentiellement tournée en faveur de l'harmonie familiale [MFPP, 2006 : 24]. En 1958, elle adhère à l'IPPF, l'International Planned Parenthood Federation et capitalise notoriété et crédibilité.

⁵³Voir le site internet *Margaret Sanger's papers*, l'article « The ICCP » :
in: http://www.nyu.edu/projects/sanger/secure/aboutms/organization_icpp.html consulté le 04/04/13

En 1960, la *Maternité heureuse* devient le *Mouvement Français pour le Planning Familial* (MFPF) dont le caractère militant s'intensifie. Le MFPF et ses avocats proposent en effet de contourner les lois de 1920 et 1923 : puisque c'est la « propagande » anti-conceptionnelle qui est prohibée, l'usage des contraceptifs, leur prescription ou leur vente ne sont pas concernés par la loi... Ils ne seront pas punis pour ces affirmations, ce qui témoigne d'une évolution des mœurs en leur faveur. En 1962, vingt six nouveaux centres sont créés et rencontrent désormais des difficultés d'approvisionnement en produits contraceptifs. L'association, forte de son expansion, se structure davantage et reçoit le soutien de médecins hommes et de l'Association française des femmes médecins, tandis que le Conseil de l'ordre des médecins déclare en 1962 qu'ils n'ont aucun rôle à jouer dans le domaine de la planification et de la contraception, craignant sans doute des mésententes avec le monde politique [MFPF, 2006 : 33]. Au milieu des années 1960, la contraception est pourtant au cœur des discussions : en juin 1966, le député UDR Lucien Neuwirth soumet à l'Assemblée Nationale française une proposition de loi légalisant la contraception par l'abrogation des articles 3 et 4 de la loi de 1920. Dans la même lignée que le discours du Planning familial et avec la « bénédiction » du Général de Gaulle, le député conçoit un plaidoyer en deux arguments : le premier vise à rassurer les natalistes en disant que la contraception diffère les naissances plus qu'elle ne les empêche. Deuxièmement, il faut que la loi s'adapte à la réalité sociale. Pendant de long mois, la proposition de loi de Lucien Neuwirth fait la navette entre Assemblée et Sénat avant d'être votée en décembre 1967. Elle autorise la vente en pharmacie des contraceptifs sur ordonnance médicale pour les majeures de plus de 21 ans. Les mineures doivent être munies d'autorisation parentale [MFPF, 2006 : 54-55].

On comprend ici le rôle ambigu du monde médical dans le domaine de la sexualité et de la procréation chez les femmes : d'un côté, la médicalisation des savoirs et des pratiques a permis une relative libéralisation des conduites féminines en la matière vis-à-vis de l'Etat, qui d'un autre côté délègue aux médecins la tâche de les contrôler. La loi Neuwirth a entériné la dissociation entre sexualité et procréation, objet des luttes féministes, ouvrant la voie vers un « optimisme sexuel » selon les uns [Giami] et au déplacement de la domination masculine pour d'autres [...]. Ce qui ne fait pas de doute, c'est la croissante proportion de femmes qui auront recours à une contraception médicalisée prescrites par des médecins, atteignant aujourd'hui la quasi-totalité des femmes en âge de procréer. La loi Neuwirth va aussi créer un climat favorable à la légalisation de l'avortement car le recours à ce dernier se pose désormais en termes d'erreur de contraception.

En juin 1970, l'association anti-avortement *Laissez les vivre* promeut la valeur et le respect de la vie humaine dès sa conception et veut aider les femmes, par tous les moyens éducatifs, économiques et sociaux, à assumer leur maternité. Face à l'apparition du *Mouvement de Libération des Femmes* (MLF), *Laissez les vivre* dira que ces femmes « libérées » se rendent en réalité esclaves du sexe. Ces dernières, issues de la mouvance

de mai 68, s'expriment publiquement pour le droit de se faire avorter librement et gratuitement, jusqu'à initier le célèbre « *Manifeste des 343* », texte publié par le journal *Le Nouvel Observateur* le 5 avril 1971, et pensé comme un acte de désobéissance civile. Le manifeste, rédigé par Simone de Beauvoir, commence par ces phrases :

« Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté.

De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre. » [de Beauvoir, 1971].

Suivent 343 signatures de femmes ayant avorté, dont des personnalités célèbres, telles Catherine Deneuve, Françoise Sagan, Jeanne Moreau ou Simone de Beauvoir. L'avocate Gisèle Halimi crée en 1971 l'association *Choisir* et fait connaître le manifeste à l'occasion du procès de Bobigny, lequel faisait comparaître une jeune femme de 17 ans pour un délit d'avortement alors qu'elle avait été violée. Une opportunité politique s'ouvre enfin après la mort de Georges Pompidou et la nomination par Valéry Giscard d'Estaing grâce à Simone Veil au ministère de la Santé. Expressément chargée de régler au plus vite cette question pour éviter les débordements, elle défend adroitement et courageusement une loi qu'elle présente comme un moyen de rétablir l'ordre, la justice et de mettre fin à l'incohérence du droit [Le Naour, Valenti, 2003].

La ministre ne reprend pas la rhétorique libertaire du MLF et insiste plutôt sur la « détresse » des femmes avortées et non sur leur « droit » à le faire. Promulguée le 17 janvier 1975 après des débats passionnés, la première loi française sur l'IVG dépenalise l'avortement : elle suspend partiellement l'article 317 du Code pénal pour cinq ans sans abroger les lois de 1920 et de 1923. Hors des conditions strictes qui le limitent (dix semaines de grossesse – douze après 2001, âge, nationalité, lieu), l'avortement reste un délit. Conservatrice en apparence, la loi Veil se distingue à l'époque en Europe par la place accordée à l'autonomie de la femme dans sa décision d'avorter : elle décide seule, en son for intérieur, sans être liée par aucune autorité, cléricale ou médicale. Votée pour une période de cinq ans, à titre expérimental, elle est confirmée en 1979 avec l'introduction de la notion de « clause de conscience » en faveur des médecins qui obtiennent ainsi le choix de pratiquer ou non des IVG. Celles-ci deviennent plus accessibles aux femmes dès la loi Roudy de 1982 grâce au remboursement par la sécurité sociale. Les techniques évoluent elles aussi : ainsi, en 1990, l'utilisation du RU 486, technique médicamenteuse de l'IVG, est autorisée. Suite à des attaques de centres d'IVG par des « commandos anti-avortement », la loi de 1993 dépenalise l'auto-avortement et crée le délit d'entrave à l'IVG. En 2001, la loi du 04

juillet actualise celle de 1967 sur la contraception et celle de 1975 sur l'IVG. Elle allonge le délai légal de recours à l'IVG (le portant de dix à douze semaines de grossesse) ainsi qu'à l'avortement pour motif thérapeutique qui peut être pratiqué au-delà du délai des douze premières semaines. L'autorisation parentale pour les mineures est supprimée, et celles-ci peuvent désormais recourir à l'IVG accompagnées de l'adulte de leur choix. Enfin, cette loi rend légale la « stérilisation à visée contraceptive ». Le 13 décembre 2001, est promulguée la loi relative à la contraception d'urgence qui en autorise la délivrance sans ordonnance et, pour les mineures, à titre gratuit dans les pharmacies. Améliorant encore l'accessibilité à l'IVG, le décret de 2004 permet la réalisation d'IVG médicamenteuse en médecine de ville. Enfin la loi de santé de 2015 retire du texte de loi la notion de « détresse », affirmant l'IVG comme un choix et un droit et non plus comme la réponse à un malheur.

Ce qu'il faut retenir, c'est que les domaines de la sexualité et de la maîtrise de la fécondité des femmes a fait historiquement l'objet de normes et de contrôle successifs, de la part de l'Eglise, puis de l'Etat (sous oublier du mari, aspect que je n'ai pas précisément traité ici). La médicalisation initiée au XIXe siècle tend à substituer le médecin au curé dans le contrôle et la normalisation des conduites sexuelles, dans le sens d'une pathologisation des pratiques déviantes. L'épidémie du VIH-Sida contribuera à partir des années 1980 à renforcer cette tendance. Du côté de la procréation, la médicalisation va plutôt proposer un encadrement technique et efficace de la grossesse et de l'accouchement [Fouquet, ... ; Knibiehler,] et servir la sécurisation et la libéralisation des pratiques anti-conceptionnelles et abortives. En effet, le corps médical s'est rallié aux luttes féministes, plus ou moins fortement selon les époques et les sujets, pour faire avancer le droit des femmes en la matière. On observe néanmoins que le droit à la contraception de 1967 et celui relatif à l'avortement de 1975 ont été accordés en vertu d'une forme de délégation du pouvoir de contrôle de l'Etat aux médecins quant aux normes familiales en vigueur (et non pas en vertu de l'émancipation sexuelle des femmes). Cet accord entre les mondes politique et médical semble avoir orienté par la suite la majorité des dispositifs du système de santé consacrés à la santé des femmes, à l'instar du projet de coordination territoriale pour lutter contre les grossesses non souhaitées chez les jeunes du Médoc présenté en étude de cas dans ce chapitre.

Avant de s'y pencher plus précisément, une dernière donnée de cadrage me semble encore nécessaire : il s'agit des définitions internationales élaborées à partir de 1975 concernant la « santé sexuelle et reproductive », devenues des références pour les institutions politiques, sanitaires, associatives et non gouvernementales concernées par la santé des femmes.

3.1.1.3. Des définitions internationales qui font référence, des droits difficiles à garantir

Au moment de la promulgation de la loi Veil en France, l'OMS élabore sa première définition du concept de « *Santé sexuelle* » sous l'influence de l'IPPF [OMS, 1975]. Considérée comme une première dans le processus de reconnaissance de ce champ sur la scène politique internationale, cette définition s'attachait surtout à la sexualité en tant que pratique individuelle aux aspects multiples (physique, émotionnel, intellectuel, social). Elle affirme la nécessité pour les individus d'être en capacité d'« apprécier » et de « contrôler » leurs comportements dans ce domaine et insiste sur l'importance de la liberté individuelle de penser et d'agir, sans la contrainte de l'entourage ou des politiques et sans craindre de contracter une maladie [Encadré n°15].

Encadré 15: La santé sexuelle selon l'OMS, une première définition

Source : OMS, 1975

« Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual, and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love. Fundamental to this concept are the right to sexual information and the right to pleasure. (...) the concept of sexual health includes three basic elements:

(1) a capacity to enjoy and control sexual and reproductive behavior in accordance with a social and personal ethic,

(2) freedom from fear, shame, guilt, false beliefs, and other psychological factors inhibiting sexual response and impairing sexual relationship,

(3) freedom from organic disorders, diseases, and deficiencies that interfere with sexual and reproductive functions.»

Cette définition précède celle de la santé reproductive établie au Caire lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 et qui constitue toujours aujourd'hui une référence pour les politiques et les professionnels de ce champ [Encadré n°16].

Encadré 16: Le CIPD du Caire, une référence en santé reproductive

Source : Programme d'action CIPD du Caire, 1994, article 7.2

«Par santé en matière de reproduction, on entend 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. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire. [Cela] implique [...] le droit d'être informée et d'utiliser la méthode de planification familiale de son choix [...], le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.»

Inspirée de la définition de la santé selon l'OMS, elle englobe autant les principes de santé sexuelle -plutôt portés sur les droits à une sexualité informée, protégée et

consentie, sans risque, ni violence ou discrimination -, que les notions de maternité, de paternité et de planification familiale ainsi que les affections de l'appareil reproducteur, liées à la sexualité ou à la procréation. Le programme d'action insiste sur la promotion, pour les hommes et les femmes, du droit à l'information, à l'utilisation ainsi qu'à un accès sûr et facilité à une méthode contraceptive de leur choix, tant que cette dernière n'est pas contraire à aux lois nationales ; il vise également l'amélioration de l'accès à des services de santé accompagnant la grossesse, l'accouchement, les problèmes liés à procréation et les questions de sexualité, en ne se limitant pas strictement aux maladies sexuellement transmissibles qui avaient occupé le devant de la scène suite à l'apparition de l'épidémie du VIH-Sida au début des années 1980 [CIPD, 1994]. Suite à ces nouvelles dispositions, la définition de la « santé sexuelle » de l'OMS a été revue en 2002 dans un rapport intitulé *Defining sexual health* [OMS, 2002] qui réaffirme la spécificité de la santé en matière de sexualité, ce que pourrait invisibiliser une attention plus globalement portée sur la « santé de la reproduction »⁵⁴.

Les « droits sexuels et reproductifs » se sont construits dans la pensée des droits de l'homme, de la femme et du droit à la santé, sous l'impulsion des États, d'ONG et de certaines instances onusiennes. De 1975 à 1995, quatre grandes conférences mondiales sur la condition des femmes ont permis de mettre en lumière les inégalités et les besoins spécifiques dont cette population faisaient l'objet [ONU, 2000a : en ligne]. La dernière a eu lieu à Pékin et propose la mise en place d'actions, notamment en faveur de la santé des femmes, qui est par ailleurs encore réaffirmé en tant que droit. Ce volet concernant la santé des femmes s'attache notamment à la santé maternelle, à la lutte contre le VIH-Sida et à la maîtrise de la reproduction humaine [ONU, 2000b]. Bien que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 étaient supposés appuyer les objectifs visés par la CIPD du Caire, il apparaît que les OMD retiennent une définition moins large de la « *santé de la reproduction* ». Il y est surtout question d' « *améliorer la santé maternelle* » [ONU, 2000a], principe moins litigieux que ceux en lien avec la sexualité et de « *promouvoir l'égalité entre les sexes* » notamment en termes d'accès aux soins [ONU, 2000b]. En juillet 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a créé ONU Femmes, l'entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et

54 Ce rapport propose une définition élargie de la « sexualité », considérant en filigrane les pratiques homosexuelles également évoquées sur la photographie de couverture du rapport où figurent deux jeunes hommes assis côte à côte. Par « sexualité », les auteurs entendent « *a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors* » [OMS, 2002: 5]. Ainsi la sexualité concernerait la majorité de la population mondiale, bien que dans certaines sociétés, comme c'est le cas aux Philippines, aucun terme n'existe pour la désigner dans la langue locale. L'interprétation donnée par les auteurs ne discute pas la possibilité que la sexualité, en tant que catégorie de pratiques soit quelque peu ethnocentrée ; elle avance plutôt que la raison de cette absence de terminologie est à comprendre en ce qu'elle fait l'objet de pudeur ou de tabou [OMS, 2002 : 21].

l'autonomisation des femmes : entre autres actions, elle promeut un accès aisé et sans contrainte à des services de santé en SSR, considéré comme un droit des femmes.

La sociologue Arlette Gautier explique que « la notion de droits reproductifs diffère des formulations onusiennes antérieures développées lors de conférences sur les Droits de l'homme, les femmes, la santé, la population et le développement, même si elle en reprend certains aspects, car ces traditions différentes se fécondent mutuellement. Au Caire, leur unification s'est faite sous la définition élargie qu'en ont donné les féministes » c'est-à-dire en prenant autant en compte les problématiques de mortalité maternelle et infantile, que la planification familiale ou encore le droit à l'IVG, l'arbitrage entre ces questions ayant animé de nombreux débats entre les organisations féministes aux mandats et aux zones géographiques et culturelles d'action différentes [Gautier, 2000 : 168].

Si ils entérinent la reconnaissance du droit individuel des femmes dans leurs choix et leurs pratiques, c'est-à-dire notamment le droit de disposer de leur corps sans l'avis de leurs maris, pères ou des pouvoirs publics (ce qui devait ainsi pouvoir limiter les violences faites aux femmes), il apparaît pour certains auteurs que les « droits sexuels et/ou reproductifs » constituent « une nouvelle génération de droits » :

« En effet, on peut concevoir la liberté reproductive à la fois comme des droits civils, politiques et sociaux. Comme droits politiques, car la liberté reproductive est corrélative des luttes de mouvements de femmes, c'est-à-dire l'affirmation d'un nouveau sujet politique qui lutte et négocie pour faire reconnaître une identité collective fondée sur la visibilité des rapports de genre. Comme droits civils, la liberté reproductive renvoie au principe d'individuation cher au libéralisme classique, à savoir la libre disposition de la personne par elle-même. Comme droits sociaux, la liberté reproductive renvoie à des politiques de santé publique. Bref, la liberté reproductive cristallise en elle les droits-libertés face à l'État et les droits-créances sur l'État » [Marques-Pereira, 1996].

Ce sont des droits innovants car ils ne sont plus portés comme traditionnellement par les politiques sociales des États-providence au Nord, qui tendaient à équilibrer taux de fécondité positif et avancées féministes (femmes au travail, droit à l'IVG...), ou par les politiques de planning familial au Sud, plutôt tournées vers des logiques néo-malthusiennes de régulation des naissances. Les « droits sexuels et/ou reproductifs » reposent sur de nouveaux acteurs collectifs ainsi que sur la prise de conscience par les individus de leurs droits propres en matière de sexualité et de procréation. En ce sens, ils peuvent être considérés comme des droits dits de « quatrième génération » [Gautier, 2000 :175], catégorie encore discutée qui se voudrait spécifique à la protection des personnes vulnérables (comme les femmes et les enfants dans notre cas) et au renforcement de leur capacité d'agir pour leurs intérêts propres.

La stratégie de mise en œuvre de ces différents programmes d'action concernant les droits sexuels et/ou reproductifs s'appuie le plus souvent sur les systèmes de santé nationaux existants, ou les ONG et associations qui en pallient les lacunes, en accueillant alors de nouvelles missions. Hors, cette mise en pratique tend à ne pas toujours refléter les enjeux qui présidaient à l'innovante élaboration de ces droits particuliers, qui insistaient sur une approche globale de la SSR pour les individus, dont les besoins spécifiques doivent être écoutés et identifiés pour une meilleure adéquation avec l'offre de soins. En 2000, soit quelques années après la CIPD du Caire (1994), les démographes Catherine Schümperli-Younossian, Eric Burnier, Claudine Sauvain-Dugerdil et Nicolas Schwab constatent que « la difficulté de la mise en œuvre est liée à des problèmes tant structurels que politiques et socioculturels. La nouvelle approche nécessite de dépasser l'organisation sectorielle propre aux structures en place et doit aussi se situer dans le cadre des réformes du système public. Elle doit être capable de répondre aux besoins des jeunes et des moins jeunes, femmes ou hommes, et être compatible avec les stratégies individuelles spécifiques à chaque contexte. » [Schümperli-Younossian *et al*, 2012 (2000)]. Or pour ces auteurs, au moins trois écueils étaient déjà observables en 2000 [Encadré n° 17] :

Encadré 17 : Des écueils dans la mise en œuvre des « droits sexuels et/ou reproductifs »

Source : Schümperli-Younossian *et al*, 2012 (2000)

« Un nouvel emballage, mais le même contenu. Le changement d'étiquette ne suffit pas toujours à faire évoluer les anciens programmes verticaux de planning familial. Le message est souvent confus et il est plus facile de convaincre les décideurs et bailleurs de fonds par l'argument de réduction de la fécondité et de maîtrise de la croissance démographique que par celui de santé de la femme et de développement social. Malgré les tentatives pour définir des paquets minimaux d'activités, le planning familial reste en fait le pilier du système auquel on rajoute quelques axes supplémentaires.

Le risque de médicalisation de la vie sexuelle et du projet familial. La reproduction, considérée comme une dimension de la santé, est intégrée, au niveau public, dans les activités des ministères de la santé. (...) Néanmoins, on peut se demander s'il n'y a pas un risque de saturation d'un secteur trop sollicité et si ses orientations permettent vraiment de considérer la nouvelle notion dans son optique large de droit au libre choix et de bien-être. Le contexte médical aide-t-il la femme à mieux prendre en main son destin et à choisir librement le moment de la venue d'un enfant ? Est-il le lieu pour une participation des hommes ? Permet-il de prévenir les grossesses des adolescentes, les mariages de fillettes, l'exploitation sexuelle des enfants, la violence à l'égard des femmes ?

L'absence d'un véritable concept « population et développement ». Le rapport CIPD+5 souligne qu'un nombre croissant de pays ont intégré les préoccupations en matière de population dans leurs stratégies de développement. L'expérience montre toutefois la difficulté qu'ont les gouvernements à mettre en œuvre les politiques et à rendre opérationnelles les unités créées à cette fin. Ces faiblesses témoignent bien de la persistance du manque d'un concept cohérent « population et développement ». (...) on en reste à chercher des relations globales alors que c'est au niveau des systèmes locaux que le concept a un sens. (...) en parallèle que se développent des programmes de santé de la reproduction ancrés dans le ministère de la santé, des programmes nationaux intersectoriels de lutte contre le sida et des politiques de population relevant du ministère de la planification ou d'instances chargées du développement humain. »

Concernant la médicalisation des soins en SSR, les questions soulevées par Catherine Schümperli-Younossian *et al*. interrogent la capacité du « contexte médical » à aider les

femmes à se prendre en charge et s'autonomiser en ce qui concerne leur sexualité et leur procréation, à lutter contre les violences et à promouvoir la participation des hommes dans ce champ. Nous avons vu qu'en France, les femmes disposent de droits toujours évolutifs, encore parfois controversés concernant l'IVG malgré leur reconnaissance par les instances internationales. Comment l'État français garantit-il l'exercice de ces droits internationaux dits de « dernière génération » ? Tombe-t-il dans les écueils dénoncés par Schümperli-Younossian *et al.* ? Compte tenu des problématiques de désertification médicale que connaît actuellement le système de santé en France, comment parvient-il à assurer ses prérogatives en matière de SSR ? En ce sens, la presqu'île médocaine a constitué un lieu d'observation privilégié pour notre équipe qui s'est attachée à ethnographier et analyser les inégalités d'accès aux soins en santé reproductive et génésique des femmes désignées comme « précaires » ou « migrantes ». Le rapport pointe une offre de soins relativement rare parallèlement à un fort recours des femmes à ces services. Elle est constituée de professions et d'institutions plus ou moins spécifiques à la SSR. J'en propose ici une présentation par le biais d'une situation ethnographique particulière issue de l'enquête MédocIresp, à savoir le projet de coordination territoriale en faveur de la prévention des grossesses non souhaitées chez les jeunes du Médoc.

3.2. La pluralité des acteurs de la SSR

La convocation à la « rencontre professionnelle de sensibilisation et de réflexion sur les grossesses non souhaitées et l'accès à la planification chez les jeunes » précisait que cette journée d'échanges, organisée conjointement par l'IREPS d'Aquitaine, l'antenne bordelaise du Planning Familial et le réseau SMS, devait avoir lieu dans une salle des fêtes communale médocaine une certaine journée du printemps 2012. Un peu avant 9h30, les participants commencèrent à arriver tandis que Mme Boisvert et Mme Bertin, respectivement chargée de mission et secrétaire de la Plateforme Santé-Social du Pays, les ont accueillis en leur proposant thé, café et biscuits et en les invitant à prendre place autour d'une grande table ronde disposée ainsi pour l'occasion. L'équipe socio-anthropologique MédocIresp faisait partie des invités mais il était prévu que nous endossions au besoin le statut d'intervenantes extérieures pour apporter un point de vue plus décentré ou plus global sur les situations qui allaient être abordées pendant le tour de table et les ateliers qui allaient suivre. Nous allons voir que les acteurs conviés, identifiés en fonction de leurs professions et de leurs activités en lien avec la SSR et le public de « jeunes » ciblé par les organisatrices, révèlent des profils très variés et complexes et offre locale de soins aux contours fluctuants. Nous nous pencherons également sur ce que traduit le fait que certaines catégories d'acteurs n'ont pas été invitées à ce projet, à savoir les praticiens non conventionnels et les « jeunes » eux-mêmes.

3.2.1. Les acteurs de la SSR : des professionnels aux profils complexes

3.2.1.1. Le projet GNS, une prise en charge pensée à plusieurs niveaux

Le public invité par les organisatrices de cette journée de sensibilisation consacrée à la prévention des grossesses que l'on dit « précoces » regroupait : « les professionnels des différentes institutions publiques et privées exerçant des responsabilités éducatives auprès des 15-25 ans (...), les acteurs relais du bassin de vie (CCAS, centres de planification, médecins généralistes, gynécologues, pharmaciens, laboratoires, parents d'élèves...) » [Pays Médoc, Mars 2012]. La liste des invités comprenait donc différentes catégories d'acteurs susceptibles d'apporter une expertise ou de vouloir bénéficier d'informations complémentaires sur le thème choisi. Elle a été établie dans le souci de mobiliser un large éventail de professions, ce qui témoigne d'une vision de la situation comme d'une problématique à penser selon plusieurs entrées et plusieurs niveaux, en décloisonnant les frontières horizontales entre métiers et entre institutions ainsi que les modes de fonctionnement verticaux qui tendent encore souvent à privilégier les logiques *top-to-down*. Une approche similaire avait été privilégiée dans la méthodologie de l'enquête MédocIresp [Encadré 18] pour laquelle le projet GNS a permis de consolider les rencontres établies et d'en créer de nouvelles.

Encadré 18 : Eléments de méthodologie de l'enquête MédocIresp
Source : Rapport MédocIresp [Kotobi, Jacques, 2013] p ?

Pour comprendre l'accès aux soins en santé reproductive et génésique sur la presqu'île, plusieurs terrains d'enquête ont été observés et nous avons réalisé des entretiens avec une pluralité d'acteurs.

Les modalités d'accès et de recours aux soins dans ce domaine ont pu être observées au sein des services de santé spécialisés et auprès de leurs professionnels disponibles en Médoc.

Pour autant, nous avons jugé nécessaire de nous intéresser à d'autres acteurs de la santé et du social plus généralistes pour appréhender leur rôle dans les itinéraires thérapeutiques des femmes mais aussi pour confronter leurs pratiques et celles de leurs patientes aux récentes notions de « non-recours » et de « renoncement » aux soins. Dans cette optique, nous avons aussi enquêté auprès de « personnes-ressources » (élus communaux, chargés de missions en santé, à l'insertion...), d'associations d'aide aux populations et de leurs bénévoles, de praticiens en médecines non conventionnelles et de représentants religieux.

La première catégorie d'acteurs figurant sur la liste des invités concernait *a priori* plus précisément les travailleurs sociaux en lien avec le public ciblé ainsi que les professionnels de l'éducation et de l'enseignement. Ils comptaient de plus en plus souvent parmi leurs multiples missions des activités de sensibilisation et d'orientation des jeunes pour les questions touchant à la santé sexuelle et à la procréation. Certains avaient rapporté à Mme Boisvert (ainsi qu'à notre équipe) des situations particulières de jeunes parents qu'ils « suivaient » et pour lesquels ils ne savaient pas toujours comment

réagir ni comment les « accompagner ». Travaillant dans des institutions publiques (collèges, lycées, centres sociaux) et privées (établissements scolaires privés, associations médico-sociales), ils constituaient une catégorie d'acteurs de « première ligne » (on parle en sociologie de professionnels de *front-office*) quant à leur proximité quotidienne avec le public concerné sans qu'ils n'aient toujours une connaissance actualisée des enjeux de santé en matière de SSR.

Les organisatrices ont également invité les associations de parents d'élèves en tant qu' « acteurs relais » du territoire, les intégrant à raison dans leur approche globale de la SSR. A mon sens, plus que des relais, les membres de ces associations constituent également des individus de première ligne vis-à-vis de la population « jeune » en Médoc. De façon professionnelle, associative ou strictement familiale, ils poursuivent auprès de la jeunesse une mission commune, celle de l'éduquer et de l'accompagner vers l'autonomie, c'est-à-dire en d'autres termes de transmettre durablement les normes qui président aux conduites, tant dans la vie sociale que dans la vie privée et intime. S'il peut leur être difficile de réguler les pratiques sexuelles en raison de normes de pudeur, leur normalisation passe de façon détournée, nous le préciserons, par une incitation à utiliser des préservatifs (masculins) pour se prémunir des MST et à opter pour une contraception efficace (la « pilule ») pour éviter une grossesse non planifiée. La régulation des pratiques sexuelles s'effectue ainsi surtout par une logique préventive et par l'incorporation de la norme procréative qui prévaut dans notre société, laquelle précise les conditions socialement valorisées pour mettre au monde un enfant (en termes d'âge, de situation professionnelle, de projet parental). Pour autant, au sein des institutions de ce type existent souvent une hiérarchisation et une spécialisation qui conduit parfois au fait que seuls les responsables des acteurs de « première ligne » ou seulement certains d'entre-eux participent aux réunions de coordination et aux formations, ne relayant pas toujours les informations acquises à leurs équipes de terrain et collègues.

Dans la formulation « acteurs relais du bassin de vie », les organisatrices du projet ont considéré une multitude d'autres professionnels et institutions du Médoc. Je propose de poursuivre ma démarche de catégorisation de ces acteurs en fonction de leurs missions, étant entendu que les premiers, dits de « première ligne » sont ceux qui possèdent une mission d'éducation et de transmission des bonnes conduites. La deuxième catégorie d'acteurs mobilisée à l'occasion est représentée par les élus communaux, les CCAS, services municipaux chargés de l'aide sociale ou les Missions Locales, service public d'insertion professionnel dédié aux jeunes, ou encore les travailleurs sociaux des trois MDSI médocaines qui accompagnent et soutiennent les individus et les familles en situation de difficulté voire de précarité. Ces institutions n'ont pas vocation à informer ou éduquer leurs publics, leur vocation visant plutôt à l'insertion sociale et économique. Il semble que leur présence au projet GNS a été souhaitée en raison des missions qu'ils pouvaient être en mesure d'assurer en termes d'identification et d'orientation des personnes concernées par l'action menée. Ceci sous-tend l'idée que leur public, souvent

précaire et parfois composé de migrants, est pensé comme susceptible d'avoir une sexualité et une vie procréative hors des normes établies, situations parfois considérées comme dommageables et devant être solutionnées par une orientation vers des services spécialisés.

Une troisième catégorie d'acteurs regroupe les professionnels de santé qui exercent des activités ponctuelles ou qui sont spécialisés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Ils y ont en charge une mission de prévention, de conseil et d'actes de soins techniques auprès de leurs patientes. Concernant les médecins généralistes, encore parfois appelé « médecins de famille », ils effectuaient parfois des actes gynécologiques, comme des prescriptions de contraception et des frottis vaginaux. Ceci traduit une relative rareté de l'offre spécifique à la SSR dans le Médoc et l'importance de la confiance établie entre ces médecins et leurs patientes de longue date. L'offre locale de soins biomédicaux spécifiques à la SSR sur la presqu'île a fait l'objet d'un travail approfondi au cours de l'enquête Médoc Iresp, sous l'angle original des inégalités d'accès aux soins. Nous avons identifié une offre de soins spécifique peu présente sur le territoire et parfois relayée par une offre généraliste souvent peu formée à la SSR. Cette offre est plus ou moins orientée vers le *cure* ou le *care*, mêlant professions et métiers au sens du sociologue Talcott Parsons [1955 :183-185], en institutions publiques ou en libéral [Encadré n°19].

Encadré 19 : Les acteurs de soins professionnels et institutionnels spécialisés en SSR dans le Médoc

Source : Rapport Médoc Iresp [Kotobi, Jacques *et al.*, 2013]

Le rapport MédocIresp montre que l'offre de soins en santé reproductive et génésique « est globalement dominée par des acteurs et des politiques étatiques dont les orientations sont normatives et sont relayées par les différents niveaux de la décentralisation » (peu d'associations et de professionnels libéraux) [2013 :81]. Cette offre de soins spécialisée est plutôt réduite, pas toujours renouvelée et souffre d'une inégale répartition et accessibilité sur le territoire. Elle se compose principalement des différents acteurs professionnels et institutionnels suivants :

- une clinique semi-publique assez centrale en Médoc héberge un service de maternité régulièrement menacé de fermeture du fait d'un nombre annuel d'accouchements jugé insuffisant. Il a été maintenu en vertu des dispositions nationales quant à un accès pour toutes les femmes à une maternité en moins d'une heure de voiture, mais pâtit d'une mauvaise réputation et du *turn-over* des professionnels. Les consultations gynécologiques disponibles observées montraient le travail des deux médecins gynécologues-obstétriciens de la clinique contraints de réaliser des accueils réduits dans le temps à leurs patientes. Concernant les IVG, seule l'un d'entre eux acceptait de pratiquer les IVG médicamenteuses, confiant les chirurgicales à un collègue chirurgien d'un autre service (non immédiatement remplacé pour cette fonction à son départ à la retraite).

- trois Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion abritent à la fois un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ainsi que des services sociaux à titre gratuit. L'équipe sociologique a enquêté auprès des sages-femmes de PMI dont la mission essentiellement préventive en périnatalité est souvent tournée vers les femmes les plus précaires. L'équipe anthropologique a enquêté pour sa part auprès des professionnels de CPEF, composés de conseillères conjugales (souvent infirmière, sage-femme, laborantine formée en interne à ce métier) travaillant en binôme avec des gynécologues ou des médecins généralistes formés à cette spécialité. En tendance, ils se distribuaient respectivement les soins de *care* (écoute, soutien, conseil spécialisé) et de

cure (suivi médicalisé) auprès d'un public de jeunes femmes, de femmes précaires et de migrantes au cours de permanences de soins hebdomadaires.

- un unique cabinet de gynécologie libérale est situé dans une ville du Médoc et n'a pas pu faire l'objet d'observation ou d'entretien pendant l'enquête.

- un cabinet composé de trois sages-femmes libérales est implanté dans une commune ; les professionnelles parcourent la presqu'île quotidiennement et assurent un suivi davantage médicalisé que celui de leurs confrères de la PMI selon les observations de l'équipe sociologique.

- l'équipe anthropologique a enquêté auprès des professionnels de santé non spécialisés en SSR : il apparaît que certains médecins généralistes suppléent la rareté des services de soins en gynécologie en prescrivant eux-mêmes la contraception et réalisant des frottis. Les pharmaciens fournissent de l'information.

Selon la proximité géographique ou la cohérence de leurs missions, des partenariats se nouent de façons informelles entre certains de ces professionnels, ou avec des acteurs moins spécialisés en SSR mais qui sont confrontés à ces questions du fait des publics qu'ils rencontrent dans leur travail ou de leurs missions d'organisation de l'accès aux soins.

Une autre catégorie d'acteurs invités à l'événement est constituée des instances de gestion politique (missions d'adaptation, d'exécution et de prospection des politiques de santé aux spécificités locales - MDS, ARS, CR d'Aquitaine) et de financement de la santé (CAF, MSA). Cette attention montre la place occupée par ces instances régionales et nationales dans la mise en place des actions de santé micro-locales.

La volonté affichée de considérer la question des grossesses non souhaitées chez les jeunes comme une problématique devant être réfléchie et prise en charge à plusieurs niveaux et plusieurs échelles, témoigne de l'effort des organisatrices de diffuser une pensée globale de la santé et de promouvoir la démocratie sanitaire initiée par la loi du 4 mars 2002.

3.2.1.2. Des logiques professionnelles variées

La journée de sensibilisation a été très suivie notamment par des professionnels de la MDS et des MDSI locales, des CPEF, de la CAF, de la MSA, des élus communaux, des professionnels de MFR, de lycées, de collèges, d'associations, des éducateurs, des psychologues. Ceci témoigne de l'important intérêt porté au thème abordé mais aussi de l'existence de collaborations solides entre les organisatrices de Pays Médoc et les professionnels venus consacrer leur temps à une réflexion commune. L'absence des médecins du privé, pharmaciens et laboratoires a néanmoins pu être remarquée ce jour-là. Difficile d'en connaître les raisons exactes mais on peut penser que cette absence résultait de plusieurs facteurs. D'abord, les médecins généralistes et spécialistes libéraux sont peu nombreux sur la presqu'île et il m'a été difficile pendant l'enquête de les

rencontrer du fait de leurs emplois du temps chargés, voire saturés (nous avons interrogé seulement deux médecins généralistes avec l'équipe et j'ai pu rencontrer un médecin acupuncteur, mais nous n'avons pas pu nous entretenir avec l'unique gynécologue). De plus, leurs modalités de rémunération tarifée à l'acte de soin ou à la consultation impliquent le fait que toute absence au cabinet constitue une perte d'argent. A regarder d'un point de vue économique et en considérant l'ensemble des services de soins comme un marché thérapeutique, il apparaît clairement que certains n'ont pas intérêt à participer au maillage territorial, voire à focaliser leur attention sur des populations spécifiques susceptibles de faire appel à eux (médecines à plusieurs vitesses). Un pharmacien ou un directeur de laboratoire d'analyse ne quittera pas son commerce à moins de congés annuels pour des raisons de rémunération. Cette question se pose très différemment chez les professionnels de santé salariés dans les établissements publics et qui sont eux davantage enjointés par leur hiérarchie à une démarche territoriale coordonnée, plus ancrée dans la culture institutionnelle. Selon les groupes professionnels et leurs modalités d'exercice, les acteurs du soin en SSR reçoivent plus ou moins fortement les injonctions politiques concernant l'accès aux soins ou l'incitation à la coordination territoriale et aux logiques de réseaux. Selon son statut, chacun n'est pas obligé, volontaire ou invité, à participer à ces stratégies de maillage. On dira parfois d'eux dans les milieux institutionnels qu'« ils n'ont pas encore la culture de réseau » pour souligner des logiques professionnelles plus individualistes, tandis que les autres rappelleront à cet égard qu'ils n'ont pas le temps pour ces concertations et qu'ils se consacrent déjà aux « gardes de nuit » (pour les médecins et pharmaciens), vues comme une forme de mise en réseau locale.

3.2.1.3. Une offre de soins aux contours flous, entre spécialité et transversalité

Cette grande diversité d'acteurs professionnels, d'institutions, de missions - correspondant à la mise en œuvre des politiques et des projets de SSR- montre à la fois l'étendue du champ de la SSR mais aussi la difficulté à en définir les contours. La complexité de cette question de délimitation est rendue emblématique en France par l'existence et la défense de la gynécologie comme spécialité médicale, laquelle relève de l'exceptionnalité européenne [Encadré n°19-bis]. En même temps, la démedicalisation du suivi des femmes est revendiquée par certains acteurs du champ qui soutiennent alors parfois la nécessité de considérer la SSR comme un champ transversal aux autres domaines de la santé, comme l'alimentation par exemple.

Encadré n° 19-bis: La gynécologie médicale, une spécialité française

Si la gynécologie obstétrique est spécialisée dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement, la gynécologie médicale (GM) s'intéresse surtout à la promotion et à l'éducation à la contraception, à la lutte

contre les maladies sexuellement transmissibles, à la prise en charge médicale des troubles gynécologiques, notamment pour les femmes ménopausées, ainsi qu'à la prévention et au dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein. L'histoire récente de cette spécialité est assez mouvementée : le Certificat d'Études Supérieures de GM naît en 1963, 4 ans avant la légalisation de la contraception, et fonde les missions spécifiques de la spécialité. Suite aux réformes de l'internat en 1984, ce certificat est supprimé et l'enseignement de gynécologie médicale fera l'objet de transmissions informelles de savoirs entre les professionnels ou d'apprentissages formalisés au sein de collèges régionaux de GM. La mobilisation de nombreux gynécologues médicaux et la pétition de plus de 1.5 millions de femmes inciteront à la création, par un décret datant de janvier 2003, d'un nouveau Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de GM (Serfaty, 2012 : en ligne).

Aujourd'hui, de nombreux débats au Sénat portent sur l'insuffisance de ces médecins spécialistes sur le territoire. Les constats et questions des parlementaires adressés aux différents ministres en charge de la santé lors de cette dernière décennie concernent le non-renouvellement des médecins de GM retraités, dû notamment au fait que la spécialité n'a pas été enseignée pendant 40 ans, mais aussi du fait de la faiblesse du nombre de postes ouverts localement pour les jeunes diplômés. Cette situation crée des inégalités d'accès aux soins pour les femmes dans de nombreux départements. Les réponses apportées vont dans le sens d'une réaffirmation de la volonté du gouvernement français de maintenir cette spécialité en consolidant le DES de GM, en augmentant le nombre de postes et en proposant dès 2013 la signature de contrats engageant l'État à financer les études des futurs GM qui devront alors s'installer un certain nombre d'années dans les zones géographiques déficitaires. Toutefois, c'est l'investissement des ARS qui est ainsi rendu essentiel dans la question de la lutte contre la désertification médicale en GM.

Nous avons vu que la SSR, de par son origine institutionnelle et son contexte d'émergence, affiche une volonté de prise en charge globale des individus dans ce domaine (comme l'implique la définition large de la santé selon l'OMS) en même temps que son histoire l'a inscrite dans le phénomène, processus et concept de médicalisation. Les modalités de suivi gynécologique, de suivi de grossesse ou de prescription de la majorité des contraceptifs en sont des exemples. La figure du gynécologue, médical ou obstétricien, demeure emblématique pour de nombreuses femmes, de leur prise en charge en SSR [Guyard, 2002].

Toutefois, certaines pratiques de soins relèvent davantage de l'information, du conseil ou de l'accompagnement, ce qui ne nécessite pas toujours une formation médicale mais plutôt de formations professionnelles spécifiques, comme pour les conseillères conjugales par exemple. De la grande diversité des métiers et professions de la SSR – gynécologue, obstétricien, conseillère conjugale, sage-femme, sexologue...- découle également des cultures professionnelles particulières, résultant de représentations spécifiques de la santé, de la sexualité et de la reproduction, de leurs maux et maladies et de leurs modes de prises en charge. De plus, d'autres métiers et professions de la santé non spécialisés participent également à l'offre de soin en SSR, à l'instar de médecins généralistes ou des infirmières scolaires par exemple, ce qui en complexifie la lecture et ce qui multiplie encore les cultures professionnelles de la SSR. La polyvalence des professionnels dans le Médoc a été pontée par notre équipe par notre équipe comme une pratique palliative caractéristique de l'offre limitée sur la presqu'île. L'évolution des professions montre que certaines d'entre elles ont compétence à suivre et à prescrire, ce qui était jusqu'alors l'apanage des médecins: les sages-femmes par exemple, au cours de la revendication qu'elles ont menée pour faire reconnaître la

particularité de leur travail peuvent désormais prescrire la contraception depuis la modification de leur statut dans le Code de la Santé publique (article L.4151-1) par la loi de réforme de la santé de 2009 dite loi HPST.

Enfin, les professionnels de santé concernés de près ou de loin par la SSR sont présents sur le territoire français selon une organisation qui reflète cette double tendance, entre spécialisation et transversalité de l'offre de soins dans ce domaine. En effet, ceux-ci peuvent être délivrés soit par la médecine libérale, soit par l'offre de soin hospitalière, ou encore par les collectivités territoriales (les services départementaux de PMI et les CPEF par exemple) ou le secteur associatif (comme c'est le cas dans certaines antennes du Mouvement Français du Planning Familial). Or les mandats et missions de ces structures et institutions sont variées et pas toujours spécifiques à la SSR : elles proposent des modalités de prises en charge très différentes, de la prévention ponctuelle au suivi médical, en passant par l'accompagnement ou l'orientation vers des soins appropriés, en même temps qu'elles ciblent souvent certains domaines de la SRG (cancers, MST, planification, grossesse, IVG...), et certains publics (jeunes, plus de 50 ans, femmes enceintes, séropositives...).

Dans ce contexte, il devient parfois difficile d'identifier les acteurs de la SSR, d'autant plus que certains font preuve de compétences professionnelles spécifiques et d'autres plus ponctuelles en la matière: les conseillères conjugales sont aussi souvent des professionnelles de santé (ex : laborantine, infirmière), les employés de l'animation socio-culturelle ou les travailleurs sociaux peuvent être amenés à réaliser des interventions de prévention ou d'accompagnement. Ces situations de terrain que la chargée de mission de la Plateforme Santé Social du Pays Médoc a su pertinemment décrypter au sein de l'offre de soins en SSR dans le Médoc pour organiser au mieux la journée de concertation, sont très rarement prises en compte et rendues visibles dans les études macros. Ces dernières, censées rendre compte de l'offre de soins et de l'état de santé des populations sont souvent biaisées en santé reproductive du fait de plusieurs facteurs [Kotobi, Lemonnier, 2015] : du point de vue de l'offre précisément, la polyvalence et la circulation des professionnels dans ce domaine limite leur comptage, les écarts entre offre affichée et offre effective génère un flou non pris en compte dans les mesures et l'enregistrement des activités dédiées à la santé reproductive dépendent des institutions de soins et de leurs missions spécifiques (les actes techniques ou éclairés par les campagnes de santé publique sont davantage comptabilisés que les soins de conseil et d'accompagnement ou concernant des maux moins visibles).

3.2.2. Les praticiens de soins non conventionnels non officiellement reconnus

La liste des invités à la journée de sensibilisation témoigne, par la multiplicité des catégories d'acteurs concernés, une volonté de prise en charge à multi-niveaux et multi-échelles de la question des grossesses non souhaitées chez les jeunes du Médoc. Elle montre aussi une appropriation locale de la loi du 4 mars 2002 relative à la démocratie

sanitaire sur une question, un public et un territoire spécifiques. Notons par ailleurs que deux catégories d'acteurs n'ont pas été conviées à cette réflexion commune ni aux ateliers qui y firent suite. Premièrement, il s'agit des « jeunes » eux-mêmes pourtant les plus concernés par le thème du projet. Nous y reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre en abordant la question des « populations cibles » dans les dispositifs de prévention en santé publique en général, et dans le cadre de la SSR en particulier. Deuxièmement, il s'agit des praticiens de soins non conventionnels dont j'ai pu observer la présence sur le terrain ainsi que des activités de soin associées de près ou de loin à ce qui est convenu d'appeler la SSR. Si cette absence peut sembler évidente dans un contexte où le système de santé en France est pensé au prisme de la biomédecine, elle mérite néanmoins d'être maintenant questionnée en vertu des situations de pluralisme thérapeutique observées sur le terrain, mais aussi des politiques sanitaires d'autres pays au sein de l'Europe [Robard, 2002 ; Durish-Gauthier, Rossi, Stolz, 2007] qui visent la complémentarité des soins.

Comme nous le verrons plus loin dans cette thèse, la presqu'île médocaine compte de nombreux thérapeutes dits « non conventionnels » qui proposent et effectuent des soins auprès d'hommes et de femmes venus pour des motifs variés dont certains peuvent être considérés comme des problèmes de SSR (comme l'infertilité, l'avortement, les difficultés de l'allaitement, les désagréments de la ménopause, les effets secondaires des traitements des cancers féminins...). Leur caractère « non conventionnel » est une caractéristique qui s'appuie sur la législation européenne et française : la première distingue ces pratiques thérapeutiques de celles exercées par le corps biomédical [Robard, 2002]. La législation française quant à elle, interdit l'exercice médical à toute personne non titulaire du diplôme universitaire de médecine depuis la loi de 1892, revue en 1945. Les pratiques paramédicales et l'accompagnement social sont également soumis à l'obtention de diplômes reconnus par l'État. Dans ce contexte, les praticiens qui exercent des soins en dehors de ce cadre sont considérés comme enfreignant la loi par la pratique illégale de la médecine, ce dont ils se défendent en expliquant généralement que leurs soins ne sont ni biomédicaux ni n'empiètent sur le suivi médical des individus. La nature de leurs soins, transmis par magie et initiation ou acquis lors de formations privées non reconnues par le pouvoir étatique, se révèle effectivement très variée, nous le verrons dans le chapitre 5, empruntant aux traditions médicales orientales, aux phénomènes magico-religieux, aux pratiques populaires locales et plus récemment aux pratiques psychanalytiques et mystiques.

Marqués par des représentations négatives, ces soins sont généralement perçus comme d'inefficaces supercheries, au mieux fonctionnant par effet placebo (dont on dénigre au passage les intéressantes vertus) réalisés au profit de « charlatans » et autres marchands d'espoir, exploitant la crédulité, la misère et la souffrance humaines. Ces considérations circulent parfois dans les conversations populaires soit par conviction cartésienne et scientifique, soit pour ne pas paraître ingénu voire arriéré quand bien même on est ponctuellement usager de ces pratiques. Ce type d'arguments a été également avancé

dans des instances plus officielles, comme lors d'une conférence à laquelle j'ai assisté à Bordeaux pendant mon enquête, organisée par l'Ordre des Médecins et une association de lutte contre les sectes reconnue d'intérêt public dans le cadre d'une campagne nationale de lutte contre les dérives sectaires. Les conférenciers, tous deux occupant par ailleurs des postes à responsabilité dans les deux instances organisatrices de l'événement, avaient choisi de sensibiliser les participants aux dangers d'emprise sectaire présents dans les consultations de soins non-conventionnels. Les praticiens en « médecines alternatives », comme cela était annoncé, étaient décrits par les conférenciers comme de véritables charlatans à dénoncer et arrêter sans plus tarder. Le responsable de l'association énumérait les risques de manipulation mentale, de nocivité physique et psychologique des pratiques, de mise à distance du médecin pouvant entraîner des retards de diagnostics et de traitements graves, ainsi que les risques d'extorsion d'argent. Le médecin de l'Ordre qui l'accueillait entreprit ce soir-là un geste pour le moins symbolique : muni d'une pile de lettres écrites et de formulaires visiblement déjà remplis, il expliqua qu'il s'agissait de signalements effectués à raison par des confrères médecins qui avaient identifié dans leur entourage la présence de thérapeutes non-médecins qu'ils jugeaient nuisibles. Ces personnes allaient être convoquées par le Conseil de l'Ordre des Médecins pour les contraindre à arrêter leurs activités illicites. Le Conseil décidait ensuite de porter plainte ou non contre elles pour exercice illégal de la médecine. J'eus à ce moment-là, à tort ou à raison, le sentiment d'assister à une chasse aux sorcières. Seuls deux médecins protestèrent dans le public. L'une exerçait en tant que généraliste en milieu rural et expliqua qu'elle n'émettait pas de telles réserves quand ses patients lui disaient consulter des « guérisseurs et des rebouteux pour des zonas ou des verrues ». Les conférenciers lui ont répondu en souriant que ces personnes-là demeuraient assez inoffensives et qu'il y en avait toujours eu dans les villages sans que cela n'interfère avec les traitements médicaux ni avec la santé mentale des gens. L'autre médecin qui pris la parole avait exercé dans un territoire d'outre-mer pendant une dizaine d'années et était visiblement habitué à des situations de pluralisme thérapeutique et religieux. Il dénonça vivement les abus des médecins de la métropole, « trop pressés d'enchaîner les consultations qui durent trop souvent moins de dix minutes et de faire fonctionner le tiroir-caisse (...) et qui s'étonnent après que les gens cherchent ailleurs des personnes qui les écoutent vraiment ». Il a été demandé à ce médecin très énervé de se calmer, ce à quoi il a répondu qu'il n'était pas prêt à changer d'avis et qu'il préférait quitter la salle que d'écouter davantage la conférence. Ce qu'il fit.

En Médoc, deux thérapeutes que j'ai rencontrées, l'une en massage bien-être et l'autre en Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC) ont été inquiétées par l'Ordre des Médecins suite à des délations pendant mon enquête. Se défendant d'avoir suivi de multiples formations payantes en France et à l'étranger et de déclarer à l'État leur activité en tant qu'entrepreneuses, elles ont été menacées d'une forte amende de plusieurs milliers d'euros assortie d'une peine de prison si elles ne cessaient pas immédiatement leurs agissements. Ce traitement n'est toutefois pas paritaire dans la

mesure où il est souvent question dans les discours courants ou plus officiels (comme dans cette conférence au Conseil de l'Ordre des Médecins) d'une plus grande tolérance envers les « guérisseurs » qui ont reçu le « don de guérir », les « panseurs et leveurs de maux » et autres « rebouteux » car on leur confère une sorte de légitimité traditionnelle et une relative innocuité. Les autres thérapeutes connaissent une plus vive réprobation, étant davantage affiliés à ce que Valérie Rocchi nomme post-Nouvel-Age [2000], généralement plus jeunes et affichant une volonté de professionnalisation (et donc aussi la rémunération tarifée de leurs actes, différente du contre-don en argent ou en nature chez les guérisseurs). Pour autant, plusieurs anthropologues ont montré que cette dichotomie entre « guérisseurs traditionnels » et « nouveaux guérisseurs », existent parfois dans les représentations courantes mais pas en pratique car ils empruntent tous des savoirs et pratiques thérapeutiques aux origines et nature variées [Rossi, 2007 ; Pordié, Simon, 2013], répondant néanmoins souvent à la notion de « circulation des énergies » [Schmitz], 2006b.

Pour en revenir à notre journée de sensibilisation aux questions de planification familiale chez les jeunes en Médoc, l'absence programmée des acteurs du soin non conventionnels s'explique par la non reconnaissance officielle de cet aspect du pluralisme thérapeutique. Pourtant, les professionnels de la santé et du social interrogés reconnaissent officieusement l'existence et parfois l'efficacité, recourant même ponctuellement à ces thérapeutes pour leurs propres besoins. Par provocation je l'admets, j'ai proposé à l'une des organisatrices lors des ateliers de travail qui faisaient suite à la journée de sensibilisation, de consacrer une page aux thérapeutes non conventionnels dans l'annuaire des acteurs locaux concernés par la SSR que nous construisions avec les professionnels volontaires, ce à quoi elle a répondu :

« Clara, ce n'est pas possible... Il faut rester dans le cadre des professionnels de santé, du social, de l'éducatif... ! Par contre, je serai très intéressée de lire ton travail et connaître tes bonnes adresses ! » [Mme Poumard, chargée de mission en éducation à la santé]

Cette remarque, énoncée sur le ton de l'évidence, est révélatrice des frontières officiellement existantes entre soins conventionnels et non conventionnels au sein du système de santé français, mais aussi de leurs affinités plus officieuses. Contrairement à la France, l'Espagne, le Portugal et l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne et... sont des pays européens qui autorisent sous conditions les pratiques de soins non strictement médicales leur reconnaissant une légitimité, voire une complémentarité avec la biomédecine telle qu'elle y est pratiquée [Robard, 2002 ; Cant et Sharma, 2004 ; Durish-Gauthier, 2007]. Au niveau international, la définition de la santé et celle de la santé sexuelle selon l'OMS ne spécifient pas au départ quelle médecine est la mieux à même de garantir ces droits. De plus, depuis le début des années 2000, l'organisation a publié deux rapports concernant leur stratégie internationale d'évaluation et d'intégration des Médecines Traditionnelles et Complémentaires (MTC) [OMS, 2002b;

2013b]. Ils prévoient par exemple la reconnaissance des tradipraticiens et la formation des matrones dans les pays ou régions qui manquent de professionnels de la santé. Ces mesures semblent néanmoins plus s'adresser aux pays du Sud qu'à ceux du Nord, quand bien même ces derniers disent souffrir dans leurs campagnes d'une pénurie de professionnels de santé. Ce dispositif serait-il à comprendre comme ayant deux poids et deux mesures ? Au niveau local, j'ai observé que ces frontières entre soins biomédicaux et non conventionnels étant moins hermétiques qu'elles n'y paraissaient : des médecins et pharmaciens envoient les gens soigner leurs verrues, zona, brûlures et « feu de la chimiothérapie » chez des guérisseurs. Ces derniers écrivent parfois des courriers aux médecins traitants de leurs clients/patients pour les alerter sur des situations qu'ils jugent inquiétantes et échappant à leurs compétences. Plus emblématiques encore, certains professionnels de santé se forment à des techniques de soins en acupuncture, naturopathie, hypnose, aromathérapie pour répondre à des besoins de leurs patients pour lesquels leurs formations initiales n'étaient pas suffisantes, à l'instar d'une aide-soignante rencontrée, formée à l'usage des huiles essentielles et au reiki ou d'une psychologue initiée à l'olfactothérapie et aux thérapies généalogiques. Précisons que l'acupuncture et l'homéothérapie ne sont autorisées en France qu'en tant qu'orientations médicales (et non pas en tant que spécialités) par la loi [Robord, 2002] et participent pour certains des professionnels d'un « réenchantement » de leur activité [Bouchayer, 1994] Les praticiens de soins non conventionnels formalisent leurs consultations (ils reçoivent les personnes dans des locaux dédiés aux soins rappelant les cabinets médicaux par exemple, prescrivent des plantes en vente libre, des exercices de respiration et de relaxation). Ils militent pour leur reconnaissance en suivant le combat mené avec succès par les ostéopathes en [Dahdouh, Carbonaro, 2011] ou se forment parfois à des métiers de la santé légalement reconnus pour bénéficier d'une certaine légitimité tout en continuant à exercer leurs pratiques plus controversées.

3.2.3. Les « jeunes du Médoc », perçus comme des bénéficiaires plus que des acteurs de la SSR

Lors de la journée de réflexion entre professionnels sur la question des grossesses non voulues et de la planification familiale chez les jeunes dans le Médoc ainsi qu'au moment des ateliers qui ont suivis, cette catégorie d'individus n'a pas été associée aux temps d'échanges. Les « jeunes » n'ont pas été conviés, que ce soit pour identifier les éléments de prise en charge qui fonctionnent et les manques, pour réfléchir à des stratégies locales ou simplement pour témoigner des logiques ordinaires empruntées, des tactiques mises en place ou des soins profanes mis en œuvre. S'ils l'avaient été, un biais de sélection aurait sûrement pu être pointé mais cela aurait peut-être permis de mettre en regard les représentations de la SSR et de sa prise en charge développées par les professionnels avec celles des publics concernés. D'une façon générale, il semble que les projets de santé observés en SSR dans le Médoc et plus largement en Gironde

procèdent d'un clivage entre professionnels et/ou bénévoles, acteurs qui organisent leur prévention et l'offre de soins indépendamment des personnes bénéficiaires. Ces dernières sont plus volontiers associées à des manifestations au sein desquels elles peuvent jouir de services de soins et d'information et sont rarement convoquées dans l'élaboration des actions et dans les processus de décisions, peut-être du fait de la difficulté de les mobiliser ou de leur éloignement de l'univers institutionnel. Les principes de la démocratie sanitaire, inaugurés le 4 mars 2002, ont instaurés le droit à la représentation des usagers dans les instances de santé publique [Ministère de la Santé et des Sports, 2009 : 24]. Cela est néanmoins conditionné par la structuration de cette représentation par le biais d'association d'usagers (comme pour les associations de malades du Sida par exemple). Dans le cas des « jeunes du Médoc » il n'existe pas une telle organisation représentative étant donné que la catégorie des jeunes est construite pour les besoins de gestion sanitaire et non pas sur la base de catégories émiques. Cette expérience montre la difficulté d'inclure des représentants des publics ciblés dans l'élaboration d'une démarche préventive quand ces derniers ne se sont pas auto-structurés en associations indépendantes, ce pourquoi milite le médecin Paul Cesbron dans un récent ouvrage sur l'histoire de la démocratie sanitaire et du rôle que doivent désormais se réapproprier « les usagers-citoyens », trop souvent devenus des consommateurs de soins selon lui [Cesbron, 2014].

Un autre point est soulevé par l'absence des jeunes à la concertation collective : il s'agit de la faible reconnaissance des pratiques de soins effectuées à la maison par les personnes elles-mêmes ou par les membres de la famille. Appelés « soins domestiques » [Saillant, 2000], « soins informels » [Young, 1994] ou encore « soins profanes » [Cresson, 2001], ils étaient pourtant très présents dans le domaine de la santé et des maux de femmes en Médoc, comme nous le verrons dans le Chapitre 5, mais les savoirs qui les sous-tendent ne bénéficient pas d'une légitimité suffisante pour être entendus dans une instance officielle telle que le projet GNS.

3.3. L'expérience d'un projet de réseau local, un reflet des orientations de la SSR en contexte de désertification médicale

3.3.1. Les orientations de la SSR : thèmes, populations et prévention

3.3.1.1. Thèmes et populations ciblées de la SSR

En soulignant l'aspect « spécifique » de la « problématique de l'accès à la planification en contexte rural », les trois co-organisatrices de la journée (Mmes Boisvert, Poumard et Dubourg), ont proposé ce matin-là trois thèmes de réflexion à la vingtaine de participants, après avoir initié un tour de table au cours duquel chacun s'était brièvement présenté. Les axes retenus étaient donc « jeunes et grossesse », « jeunes et IVG », « jeunes et planification familiale », mobilisant ainsi les thèmes privilégiés de la SSR et une approche par « public cible ».

Des thèmes propices à l'exercice de la biopolitique

La grossesse et la périnatalité, la gestion des naissances et l'IVG sont des thèmes privilégiés de l'institutionnalisation de la SSR. Si une grande variété de maux de femmes ont pu être identifiés lors de mon ethnographie en Médoc [Chapitre 2], il apparaît que seulement certains font l'objet d'une prise en charge organisée par le système de santé français, lui-même guidé dans sa tâche par les dispositions juridiques nationales et internationales spécifiques à la SSR que nous avons abordés au début de ce chapitre. Il s'agit notamment de la médicalisation des suivis de grossesses et des naissances, de la diffusion des moyens contraceptifs, de l'encadrement médicalisé de l'IVG, de l'incitation à un suivi gynécologique régulier, de la prévention contre les MST par le port des préservatifs, de la pratique régulière des dépistages ou la vaccination des jeunes filles dans le cadre du Papilloma Virus, ainsi que des dépistages gratuits pour les femmes de plus de 50 ans dans le cadre des campagnes de lutte contre les cancers féminins. Les champs de la santé priorités correspondent à des objets propres à l'exercice de la biopolitique [Foucault, 2004 (1978-1979)]. Ils permettent la gestion massive de la population en vue de sa régulation via des procédés *a priori* non autoritaires, centrés sur la production de savoirs utilisés pour induire l'incorporation d'une discipline individuelle chez chacun de ses membres. La planification familiale permet de contrôler

le taux de natalité et les modalités de constitution familiale, notamment en accord avec les nécessités néolibérales [Foucault, 1976]. La prévention contre les IST, le Sida notamment et les cancers s'inscrit dans une lutte contre les épidémies menaçant l'ensemble de la société et donc l'existence même du pouvoir étatique [Foucault, 1972].

De même, le fait de cibler une population particulière, ici « les jeunes du Médoc de 15 à 25 ans », apparaît comme un classique des modalités d'action en santé publique [Dozon, 2001] dans la mesure où les analyses et recommandations qu'elle produit s'appuient le plus souvent sur des enquêtes statistiques qui procèdent de ce type de catégorisation. Un rapport de l'Observatoire Régional de Santé aquitain (ORSA) paru en 2010 et intitulé « la contraception des jeunes en Aquitaine » témoigne de ce type de production de données par thème et par population. Ce rapport a d'ailleurs été mentionné à plusieurs reprises par les co-organisatrices de la journée de sensibilisation comme d'un recueil d'informations fiables et actualisées aux échelles régionale et départementale. Pour autant, ce rapport ne dispose pas d'informations précises quant au Médoc, ni sur les questions d'accès aux soins, et pour cause : j'ai expliqué dans le premier chapitre que le Médoc n'existe pas clairement en tant qu'entité territoriale officielle mais fait l'objet de différents découpages institutionnels. Le rapport MédocIresp pointe cette situation comme partiellement responsable de l'absence de données valides et harmonisées sur

l'état de santé de la population en général et en particulier en matière de SSR sur la presque île [Kotobi, Jacques, et al., 2013]. Dans un récent article, Laurence Kotobi et moi-même avons précisé ces difficultés en soulignant le flou qui caractérise l'offre de soins. Cette dernière devient sous-estimée du fait de la diversité des modes de comptages des pratiques soignantes consacrées à la SSR. Son évaluation est biaisée par l'invisibilisation des pratiques de soins les moins techniques et celle de certains maux non (sur)exposés par les campagnes de santé publique. Elle ne rend pas compte des demandes de soins et pratiques individuelles non exprimées du fait de normes de pudeur auprès des professionnels de santé ou des enquêteurs dans les recherches quantitatives réalisées sur des temps courts, sans immersion sur le terrain et parfois par téléphone [Kotobi, Lemonnier, 2015].

Malgré les biais évoqués, la gestion politico-sanitaire en SSR continue de privilégier une approche épidémiologique et biostatistique qui identifie les populations « cibles » dont elles précisent les pratiques dites « à risques » vis-à-vis de telle ou telle pathologie ou problème. La notion de risque pour les individus et pour le groupe, portée par la science, est devenue constitutive de la modernisation des sociétés [Beck, 2001 (1992)]. En France, les « jeunes », sont considérés comme traversant une période de leur vie où ils éprouvent le besoin de tester leurs limites et, en conséquence, comme une population dont les pratiques sont plus souvent « à risques » : ils deviennent alors la cible de campagnes préventives et éducatives autour des addictions, de la sexualité (prévention des MST) et de la planification familiale notamment, ce qui permet également de leur inculquer au plus tôt les normes en la matière. Nous avons observé sur le terrain que les adultes et personnes âgées ne bénéficient pas de ce type de campagnes, mais plutôt de la promotion de dépistage des cancers du sein ou de l'appareil reproducteur, leur âge les classant dans la catégorie à risque pour cette problématique.

Les populations cibles, objets de représentations sociales

Les statistiques ne semblent pas toujours être à l'origine de la catégorisation des populations « cibles » et des pratiques « à risques ». Les représentations sociales qui ont cours dans le contexte ordinaire ou dans les contextes professionnels constituent d'autres sources de données sur lesquelles se construisent les catégorisations. Quand les représentantes du Pays-Médoc, de l'IRESP et du MFPP ont proposé un brainstorming sur les caractéristiques de la population jeune vis-à-vis de leur sexualité et de leur vie procréative, certains participants étaient tentés de réactiver certains clichés sociaux de la « jeune fille mère » ou de la « sexualité débridée des jeunes d'aujourd'hui », stéréotypes pas forcément issus de l'observation réfléchie de leurs pratiques professionnelles mais parfois de lieux communs que l'on peut entendre de la bouche des vieilles personnes dans les repas de famille ou dans les conversations de café. Cette intrusion du discours ordinaire dans l'expertise professionnelle peut s'expliquer comme une adaptation aux lacunes laissées par la faible place consacrée à la SSR dans la majorité des cursus de formation aux professions et métiers de la santé et du social. En réponse à ces préjugés,

les organisatrices ont rappelé que l'âge moyen au premier rapport est stable depuis les années 1980 et se situe autour de 17.2 ans.

Le rapport MédocIresp montre que le domaine de la SSR est particulièrement propice à la réification des stéréotypes sociaux relatifs à certaines populations : les « pauvres », les « précaires », les « vulnérables », les « gens de peu », les « familles repérées » dites « tuyau de poêle » ou « groseille », les « cas sociaux » sont autant de figures qui sous-tendent l'idée d'une mauvaise gestion de la contraception et de la fécondité chez les femmes qui en font partie et qui participent à créer des familles nombreuses aux capitaux sociaux, culturels et économiques limités, parfois marginalisées. Ces caractéristiques sont également présentes chez les femmes « migrantes » comme les « marocaines », les « gitanes », les « africaines » ou les « jeunes en errance » qui viennent pour les travaux saisonniers, souvent considérées comme déviantes vis-à-vis des normes de procréation en vigueur dans notre société [Kotobi, Jacques, 2013]. Rappelons également que la population médocaine fait l'objet de nombreuses représentations en termes de précarité économique et sociale, voire de stigmatisations présumant de l'arriération et de la consanguinité des habitants [Chapitre 1]. Ces stéréotypes étaient parfois relayés par certains professionnels de santé eux-mêmes pour expliquer les conduites des femmes jugées inadaptées en matière de SSR.

Dans certains cas, les représentations relatives aux populations et pratiques à risques sont issues de la généralisation de situations professionnelles particulières ou ponctuelles. Au sein du système de santé, certaines institutions de soins en SSR procèdent à un ciblage thématique et populationnel quant à leurs missions : les centres de planification et d'éducation familiale du département girondin orientaient leurs services vers l'éducation à la sexualité, la prévention des MST et la gestion de la procréation chez les jeunes. Les services de Protection Maternelle et Infantile se destinaient davantage aux suivis des grossesses et de la périnatalité des femmes et familles isolées, jeunes ou en situation de précarité ; cette disposition, censée favoriser l'accès aux soins des plus vulnérables, permet plus ou moins d'exercer une forme de contrôle et de normaliser les conduites déviantes [Kotobi, Jacques, et al., 2013] mais tend aussi à focaliser l'attention sur ces populations, en excluant celles qui ne recourent pas à ces services.

Lors de la concertation collective entre les professionnels présents et acteurs en SSR dans le Médoc, les co-organisatrices ont tenté de provoquer chez les participants une mise à distance de leurs préjugés en proposant à l'assemblée des questionnements selon une tournure réflexive. Elles ont attiré l'attention sur la catégorie des « jeunes », qu'elles avaient affichée comme centrale pour cette journée et ont interrogé l'assistance : « Qui sont-ils selon vous ? A partir de quel âge et jusqu'à quand est-on jeune ? ». A propos des grossesses chez les « jeunes », elles demandent : « Pourquoi appelle-t-on souvent « grossesse précoce » la grossesse d'une mineure civile ? A partir de quand une grossesse chez une jeune peut devenir un problème ? Pour qui ? Quel accompagnement

devrions-nous proposer ? Qu'en pensent les jeunes ? ». Pour la militante féministe, qui adoptait une posture de formatrice, spécialiste de la sexualité et de la planification, une « grossesse à problème chez les jeunes » pouvait se définir de différentes façons. Elle pouvait être question de la « maturité » de la jeune fille ou du couple, du désir ou non de la grossesse, de la présence ou non d'un projet de couple, de la qualité de l'accompagnement familial, de la qualité et de l'accès à l'offre de soins et d'accompagnement sur le territoire. Selon le point de vue adopté, la grossesse chez les jeunes pouvait être considérée comme un problème ou pas. Pour l'un des acteurs présents, assistant social en service de PASS, cette posture relevait d' « une neutralité bienveillante », déconnectée de la réalité de terrain :

« On ne peut pas s'abriter là dessous... ! Après le rapport non protégé et la grossesse, il y a un enfant ! » [..., assistant social, service de PASS].

Ces propos étaient notamment soutenus par d'autres travailleurs sociaux œuvrant dans la protection de l'enfance, et confrontés au quotidien à des situations de maltraitance sur les mineurs. D'autres soulevaient la complexité éthique de la situation, prise en tension entre droit des femmes et droit de l'enfant.

Un autre exemple tiré de cette discussion collective témoigne de l'importance des contextes professionnels mais aussi par les dynamiques idéologiques qui traversent le domaine de la SSR. L'assistant social de PASS reprit la parole pour faire part de son constat avec un air consterné d'une recrudescence de jeunes femmes qui le consultaient avant de pratiquer une IVG à la clinique, le plus souvent « sans sembler éprouver la moindre émotion, comme si c'était banal ». Ce propos a été nuancé par la représentante du MFPP, qui rappela la particularité du service de PASS, lequel accueille les personnes en situation de grande difficulté (être jeune et enceinte pouvant constituer une telle situation), ce qui pouvait jouer sur la vision du professionnel sur la question. Elle informa alors l'assemblée de la tendance nationale qui montre que depuis 30 ans, le nombre des IVG reste stable non pas du fait d'une banalisation de la pratique par les femmes, mais plutôt par une systématisation généralisée du recours à l'IVG en cas de grossesses non désirées. Cette situation, notamment étudiée par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand [2006] et parfois qualifié de « paradoxe français », témoigne de l'incorporation croissante des normes de procréation, sur lesquelles nous reviendrons plus en détail dans ce chapitre.

Un autre point soulevé par l'intervention de cet assistant social est le fait d'éprouver ou non de la détresse en situation d'IVG. La notion de « détresse » a été employée dans le plaidoyer de Simone Veil en 1975 qui visaient l'obtention du droit à l'IVG pour « les femmes en détresse » condamnées à recourir à des avortement clandestins dangereux :

« Et ces femmes (qui avortent clandestinement), ce ne sont pas nécessairement les plus immorales ou les plus inconscientes. Elles sont

300 000 chaque année. Ce sont celles que nous côtoyons chaque jour et dont nous ignorons la plupart du temps la détresse et les drames. » [Extrait du discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale le 26/11/74]

C'est en employant une rhétorique basée sur la souffrance des femmes qui avortaient clandestinement, que Simone Veil a pu convaincre son auditoire. Dans un souci d'égalité des droits entre les hommes et les femmes, Naïma Charaï⁵⁵ conseillère régionale d'Aquitaine déléguée aux Solidarités, à l'égalité femmes-hommes et à la lutte contre les discriminations a fait voter la suppression de cette mention entrée en vigueur en 2015, affirmant alors que chaque femme était en droit de recourir à l'IVG sans que cela ne soit conditionné par une situation de détresse, le contexte social ayant changé depuis la formulation de la loi de 1975. Dans le centre d'orthogénie bordelais où j'avais enquêté dans le cadre de mon Master 2, la détresse des femmes en pré-IVG légitimait le travail des soignants qui ne comprenaient pas toujours les échecs contraceptifs de leurs patientes, pourtant « bien informées ». Leur « détresse » psychologique et sociale rendait alors plus moralement acceptable la démarche des femmes et le travail des soignants. Par conséquent, la formulation de la souffrance est un passage quasi-obligé de l'IVG que les femmes disaient faire à leur corps défendant en invoquant moins un choix individuel que des arguments en termes d'incapacité matérielle à accueillir un enfant, ou d'absence de projet parental, ce qui relevait de la normes communes avec le monde des soignants et de la planification familiale. L'avortement était présenté comme une action engagée pour l'intérêt de l'enfant qui n'aurait pu, dans les conditions qui lui étaient offertes, accéder au bonheur.

Toutefois, la clause de conscience pour les médecins est demeurée depuis 1975 : elle est la réserve sous laquelle un médecin ou un auxiliaire médical peut refuser de pratiquer ou de concourir à une interruption volontaire ou médicale de grossesse pour des raisons professionnelles ou personnelles, notamment religieuses. A Bordeaux d'ailleurs siège toujours aujourd'hui un important bastion catholique de militants « pro-vie » qui manifestent chaque année au printemps leur refus de l'IVG accompagnés de leurs enfants. La représentante du MFPPF qui co-animaient la rencontre dans le Médoc dénonça la ligne téléphonique gratuite (numéro Azur) « Info Contraception » comme étant une permanence téléphonique tenue par « des cathos intégristes qui essaient de faire changer d'avis les femmes qui veulent avorter » [Mme Dubourg, conseillère conjugale au MFPPF]. Elle incite à lutter contre ce mouvement anti-IVG qui est également très présent sur internet, lieu privilégié pour la recherche d'information chez les jeunes. Toutefois, la loi du 4 juillet 2001 a quelque peu modifié les conditions d'application de cette clause⁵⁶,

⁵⁵Au moment de l'enquête, Naïma Charaï était conseillère régionale d'Aquitaine déléguée aux solidarités, à l'égalité femmes-hommes et à la lutte contre les discriminations et présidente de l'agence ministérielle Acsé (Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances).

⁵⁶Centre de documentation multimédia en Droit Médical, site net : <http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/modules.php?name=News&file=article&sid=90>, consulté le 16/05/10

en contraignant les professionnels et établissements de santé ne pratiquant pas les IVG à orienter efficacement leurs patientes.

3.3.1.1. Risque, prévention et normalisation

Toujours dans le cadre du « diagnostic partagé » co-organisé par le Pays Médoc, l'IRESP et le MFPP, l'une des professionnels présents, infirmière cadre à la MDS, rappela l'importance de la formation des acteurs territoriaux de santé en matière de SSR (nous y reviendrons dans ce chapitre) mais aussi celle de la sensibilisation des jeunes eux-mêmes. Elle précisa la possibilité offerte par le département de la Gironde de faire réaliser des interventions par ses professionnels en milieu scolaire. La représentante du Planning familial ajouta, montrant par-là une superposition des dispositifs similaires, que son association avait également « la volonté d'intervenir dès l'école primaire, en amont de la construction des représentations sociales de la sexualité et de la reproduction », comme « cela se pratique au Québec, avec le programme PRODAS⁵⁷ ».

Au cours de mon ethnographie en Médoc, il m'a été possible d'assister à une séance de présentation et d'information sur la sexualité et la « vie affective » à destination de lycéens, organisée par l'un des centres de planification du Conseil Général de la Gironde situé en Médoc. J'en restitue ici l'ethnographie afin de donner à voir en actes les discours tirés de la concertation collective quant à la prévention des grossesses non souhaitées chez les jeunes : nous allons voir que la sensibilisation des « jeunes » s'appuie là encore sur les notions de « risque » et de « prévention ».

L'expérience d'une séance d'éducation à la sexuelle et affective en CPEF destinée aux jeunes

La séance de présentation et d'information sur la sexualité et la « vie affective » à laquelle j'ai assister était animée par Mme Martin, une conseillère conjugale dont je

⁵⁷ Le PRODAS, ou PROgramme de Développement Affectif et Social, apparaît dans les années 1980 au Québec. Il s'agit d'un « programme de prévention précoce qui vise à favoriser le bien-être et prévenir les violences en développant les compétences psychosociales » (<http://imaginationforpeople.org/fr/project/prodas-programme-de-developpement-affectif-et-soci/> consulté le 22/05/2015). Adapté en France en 2005 par le Planning Familial de Marseille et en 2009 par celui de Montpellier, le PRODAS est défini comme « une méthodologie éducative et préventive de développement de la personne, basée sur l'expression des ressentis. Il est conçu pour aider les jeunes à se comprendre et se respecter eux-mêmes pour ensuite comprendre et respecter les autres. Il vise à favoriser l'autonomisation et la responsabilisation des enfants. ». Sa mise en œuvre passe par des cercles de paroles avec des règles de communication et des thèmes de discussion encadrés par l'intervenant. (<http://planning-familial83.fr/nos-formations-prodas-programme-de-developpement-affectif-et-social/> consulté le 22/05/2015).

suis les activités dans le centre de planification familiale d'une des communes médocaines investiguées (elle suivait également le projet territorialisé de lutte contre les grossesses non souhaitées chez les jeunes du Médoc). Le public était composé exclusivement de lycéennes, âgées de 15 à 16 ans, issues d'une classe de 2nde préparant aux « carrières sociales »⁵⁸. Celles-ci étaient accompagnées par l'infirmière scolaire qui était à l'initiative de cette sortie de groupe. La conseillère leur a présenté le centre comme un lieu ressource en matière de sexualité et de contraception, ouvert à leur intention une journée par semaine avec ou sans rendez-vous.

Avant d'engager plus loin la rencontre, nous nous sommes disposées en cercle pour « se sentir à l'aise dans la discussion » au sein de laquelle devaient prévaloir plusieurs règles : « se voir », « s'écouter », « ne pas se moquer », « parler en son nom, pas à la place de la voisine » et garder les interventions des unes et des autres « confidentielles » à l'issue de la séance. La parole semblait ainsi nécessiter un dispositif particulier pour permettre à chacune de poser des questions, même embarrassantes. « La première prise de parole étant toujours difficile », Mme Martin se proposa de commencer la formulation des questions, ce qu'elle fera habilement à chaque fois que la pudeur ou la gêne empêchait l'expression : « qu'est ce qui peut être favorable à ce qu'un rapport sexuel se passe le mieux possible ? ». Deux réponses avaient surgi : « être amoureux » et « être protégé ». Mme Martin a alors choisi d'emprunté la voie de la prévention comme fil rouge de la séance.

La professionnelle précisa en effet l'efficacité de la contraception dans la prévention des IVG et présenta les différents procédés contraceptifs qui pouvaient leur être conseillés puis « prescrits par le médecin ». Elle expliqua ainsi que ceux qui contenaient des hormones pouvaient s'ajuster, brouiller ou éliminer les menstruations dont la rythmique était expliquée à partir de différents schémas concernant les fluctuations hormonales et les variations de l'endomètre utérin au cours d'un cycle moyen. Ce dernier trouvait alors une correspondance avec la posologie de la pilule contraceptive dont la plaquette présentée possédait 21 comprimés à prendre quotidiennement puis à arrêter pendant 7 jours au cours desquels les règles revenaient. La conseillère conjugale n'a pas expliqué qu'il ne s'agissait pas de « véritables règles ». Peu de discours ont émergé ou ont été initiés à propos de l'observation de soi –les douleurs de règles, la quantité des écoulements, les odeurs...- l'accent étant plutôt porté sur la surveillance.

Comme pour les menstrues, la sexualité féminine est généralement tenue au registre du secret [Chapitre 2] mais bénéficie aujourd'hui d'autres sources d'information, susceptibles de nuancer le caractère impur et tabou généralement associé à la sexualité

⁵⁸Ce qui peut expliquer l'absence de garçons dans cette classe. En effet, des travaux ont montré la prédominance des femmes dans les activités professionnelles du sanitaire et social [Besson, 2009] et plus largement dans le travail de *care* [Molinier, 2013].

féminine, notamment lorsqu'elle a lieu pour elle-même, sans but de procréation. Au cours de cette « séance de sensibilisation à la sexualité et à la vie affective », elle a été abordée sous l'angle de la constitution des corps féminin et masculin à partir de planches anatomiques et des interactions entre la professionnelle et les jeunes femmes. La sexualité était abordée sous l'angle scientifique selon une approche bienveillante mais relativement rationalisée. La question du désir et du plaisir restait souvent éludée au profit d'informations anatomiques et physiologiques plus techniques :

« Conseillère conjugale : Savez-vous ce qu'est un vagin ?

Une jeune fille : Un pont ! (rires)

Une autre : Un tunnel ! (rires)

Une autre encore : Un trou ! (rires)

Conseillère conjugale : En fait, c'est un muscle, qui a la capacité de se contracter et de se décontracter. Il mesure en moyenne 8 cm. Un pénis en érection fait lui en moyenne 13cm.

Une jeune fille : Le premier rapport, ça fait mal ?

Conseillère conjugale : Oui si on est stressée, parce qu'on se contracte et ça fait mal.

Une autre : Qu'est ce qui se passe si une fille a du désir ?

Conseillère conjugale : On dit qu'elle mouille. Son vagin se lubrifie avec l'excitation pour faciliter la pénétration.

Une autre encore : D'accord mais si une fille se fait violer, il n'y a pas de désir, donc elle est contractée, donc pourquoi ça passe quand même ?

Conseillère conjugale : Il n'y a pas de désir dans un viol. Dans un viol comme ça, la fille est toujours victime.

Une jeune fille : Mais comment on sait si l'autre a envie ?

Conseillère conjugale : Il faut qu'il y ait un « consentement éclairé », c'est-à-dire exprimé avec des mots.

Une autre : Comment peut-on faire pour se détendre ?

Conseillère conjugale : Discuter, se rassurer, faire des préliminaires, des câlins, découvrir le corps de l'autre. Il faut se sentir en confiance. »

Dans la théorie, les premiers rapports sexuels devaient se dérouler en accord avec soi et avec l'autre, mais les modalités de cet accord n'étaient pas approfondies dans cette discussion collective. Qu'est-ce qu'avoir du désir ? Est-ce que le « trac » en fait partie ? Doit-on avoir un orgasme pour prendre du plaisir ? Dans quelle partie du corps peut-on le ressentir ? Peut-on faire l'amour pendant les règles ? Qu'est-ce qu'on fait pendant les préliminaires ? Quelles pratiques et positions existent ? Est-ce que c'est mal de se masturber ? Comment fait-on ? Ces questions, que certaines sociétés ont converties en art [Ovide, 2005(an1) ; Vâtsyâyana, 2004 (VI^e-VII^e siècles)], n'ont jamais été posées par les jeunes filles ni abordées par la professionnelle. Cette dernière préconisait

l'établissement d'un « consentement éclairé exprimé par des mots » alors même qu'elle ne produisait pas de paroles sur les aspects émotionnels et pratiques de la sexualité, nécessaires selon elle pour s'entendre verbalement sur les tenants de la relation sexuelle. En ce sens, il apparaissait que ces pratiques, même chez les professionnels spécialisés, comportaient des espaces de non-dits et de pudeur, parfois rejetés sur le compte de « ce que les jeunes peuvent ou non entendre ». Florence Guyard a observé une telle évacuation du discours sur la sexualité au sein des consultations gynécologiques qu'elle a ethnographié en France [2002].

La sexualité et la planification familiale : un apprentissage de la prévention des risques

La séance d'éducation à la vie sexuelle et affective proposée à la classe de lycéennes par Mme Martin, conseillère conjugale, au sein de l'un des CPEF ethnographié a pu montrer que la prise de parole sur le sujet n'est pas chose facile en raison de sentiments de pudeur et de tabous. La professionnelle de santé avait d'ailleurs mis en place un dispositif – disposition du mobilier, règles de respect et de confidentialité des paroles d'autrui- afin de favoriser les échanges dont elle restait le chef d'orchestre, comblant les silences paralysants et recadrant la discussion.

Il est désormais intéressant de réaliser une deuxième lecture de cette situation en s'intéressant davantage au contenu. La discussion avait pris une tournure particulière au fil de la séance. Deux voies avaient été ouvertes par les jeunes filles en réponse à une question de la conseillère conjugale concernant les conditions favorables au premier rapport sexuel : celle de l'amour et du désir réciproque et celle de la protection et de la prévention. C'est cette dernière qui a été privilégiée par la professionnelle qui a reléguée la seconde à un second plan :

« Conseillère conjugale : Que peut-il se passer si on n'est pas protégé ?

Une jeune fille : On peut attraper une maladie.

Conseillère conjugale : Oui, une IST, une infection sexuellement transmissible.

Une autre jeune fille : On peut tomber enceinte.

Conseillère conjugale : Oui, c'est vrai. Après les choses sont différentes s'il s'agit d'une grossesse désirée ou d'une grossesse non désirée. C'est une question de choix. Du choix de la femme en dernier lieu d'ailleurs. »

La professionnelle demanda alors ce qui pouvait « se passer quand on tombe enceinte » et les jeunes filles répondirent qu'elles craignaient que le garçon concerné s'en aille, laissant l'hypothétique jeune femme enceinte gérer seule la situation, accablée par sa famille mais pouvant avorter si elle s'y prenait rapidement. Même si elles connaissaient

« la marche à suivre » à la clinique, Mme Martin rappela qu'elles pouvaient aussi s'adresser au CPEF ou à leur médecin en cas de besoin et rappela que les délais s'étendaient jusqu'à « 12 semaines après l'arrêt des règles ». Elle précisa, dans un lapsus révélateur, que « le premier des risques d'un rapport sexuel non protégé, ou plutôt la conséquence, est une grossesse non prévue ». Elle informa ensuite sur le fait que « même si l'IVG est un choix et un droit à respecter, il y a d'autres moyens pour éviter de tomber enceinte », comme « la pilule » composée « d'hormones qui mettent les ovaires au repos et qui empêchent l'ovulation ». Un « oubli de pilule » peut être compensé par la « contraception d'urgence qu'on appelle aussi pilule du lendemain » bien qu'elle puisse être « utilisée jusqu'à 72 heures après le rapport non protégé ». Elle conseilla donc « d'anticiper avec une contraception efficace et pourquoi pas se procurer à l'avance, dans une pharmacie ou au CPEF, une contraception d'urgence, au cas où ».

La prévention des grossesses non voulues ne devaient pas pour autant exclure celle des maladies : « Est-ce que deux jeunes gens qui font tous les deux l'amour pour la première fois doivent se protéger des maladies ? » demanda Mme Martin à son auditoire. Elle répondit à leur place que oui, que l'on peut être « porteur de maladies, comme le Sida, même si on n'a jamais eu de rapport ». Pour s'en prémunir, l'utilisation de préservatifs masculins, mais aussi féminins, était toute indiquée et relativement accessible dans les grandes surfaces, en pharmacies, au CPEF ou à l'infirmerie scolaire.

Le discours adressé aux jeunes femmes était surtout de nature préventive, associant le premier rapport sexuel aux risques de maladies et de grossesses non voulues, ces dernières pouvant impliquer en dernière issue la réalisation d'une IVG. La prévention en actes observée ici montre bien la place de la précaution et du risque dans le domaine de la planification familiale. Cette ethnographie doit pouvoir montrer que certains maux, problèmes ou maladies sont construits comme pouvant être évités si l'on respecte les recommandations relayées par les institutions de santé. Dès lors, certains maux, comme les maladies liées aux pratiques sexuelles ou la souffrance des femmes après une IVG, peuvent être perçus comme la conséquence d'actes irrationnels ou irresponsables, dont les femmes peinent souvent à parler par crainte d'être jugées.

Vers une normalisation des conduites sexuelles et procréatives

Les modalités de prévention des grossesses non souhaitées chez les jeunes femmes sont riches d'informations pour l'anthropologie en ce qu'elles renseignent sur les normes en vigueur qui encadrent la procréation. Avec la légalisation de la contraception et la dépénalisation de l'avortement au milieu du XX^{ème} siècle, le modèle de la maternité choisie s'est imposé. Les modalités de constitution de la famille se sont transformées, notamment du fait d'une adhésion croissante à la norme de planification familiale. La norme de la contraception médicalisée, valorisée pour son efficacité mécanique, a été

largement accueillie [Bajos, Ferrand, 2006]. Symboles de l'émancipation féminine, contraception et IVG se sont par la suite révélées comme de nouvelles contraintes: puisqu'il est possible d'éviter ou d'interrompre une grossesse, il importe de respecter certaines « conditions », à savoir un cadre socialement jugé idéal pour accueillir un bébé. Par « norme procréative », Nathalie Bajos et Michèle Ferrand entendent ces « bonnes conditions » (âge, type de relation, situation professionnelle) socialement définies pour avoir un enfant » [Bajos, Ferrand, 2006 :91]. Ilham, dans le récit de son expérience de l'IVG, évoque ces « bonnes conditions » qui relèvent de la conception moderne de la famille unie par des liens de solidarité et d'affection [Lowy, Marry, 2007 :120]. Aujourd'hui, la diffusion de produits contraceptifs et la dépénalisation de l'IVG agissent en faveur de ces codes, peut-être au-delà des attentes escomptées. Depuis la loi Veil, le nombre d'IVG chaque année est resté stable (environ 200 000 par an), alors même que la contraception médicalisée concerne aujourd'hui plus de 80% des françaises en âge de procréer [Bajos, *et al*, 2012]. Le recours à l'IVG est en effet devenu plus fréquent en cas de grossesse non voulue et d'absence de projet parental.

Selon Luc Boltanski [2004], la spécificité nouvelle qui apparaît avec la notion de projet parental, c'est que la femme est devenue l'instance de décision en matière d'engendrement (ce n'est plus ni Dieu, ni l'État). La dépénalisation de l'avortement restitue ce pouvoir aux mères, lesquelles le justifient souvent en exposant le non-bonheur possible de l'enfant à venir. La question du père n'intervient plus en termes de lignage, mais comme composante du projet de couple et familial. La notion de « planning familial » apparaît en 1958 en tant que contrôle et organisation volontaire des naissances par le couple.

Selon Nathalie Bajos et Michèle Ferrand [2006] cette organisation de l'engendrement est sensée respecter trois principes :

- la grossesse doit avoir lieu entre 25 et 35 ans, donc ni trop tôt, ni trop tard, sans quoi les grossesses seront « étiquetées » précoces ou tardives, avec pour conséquence d'être dites « à risques » ;
- il est socialement correct de limiter le nombre d'enfants, deux à trois étant l'idéal, et d'espacer leur naissance, au mieux de deux ou trois ans ;
- enfin, il est question d'accueillir l'enfant dans « un couple parental stable affectivement, psychologiquement et matériellement (...) La naissance (doit) arriver dans le cadre d'un projet parental⁵⁹, au bon moment de la trajectoire professionnelle des parents »

⁵⁹ Il est à noter que le « projet parental » est une notion très récente puisqu'elle a été employée officiellement en France pour la première fois dans la loi de bioéthique de 1994.

Certains courants féministes dénoncent le fait qu'« au diktat des enfants non désirés a succédé celui de l'enfant désiré » [Lowy, Marry, 2007 : 133]. L'injonction à la contraception médicalisée, forte de son efficacité prouvée par le monde scientifique, n'est pas sans effet sur le social. Pour Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, la loi Neuwirth de 1967 autorisant la contraception a plutôt fait apparaître de nouvelles formes de domination. La maternité conjugale est toujours une norme, et le droit à la contraception et à l'avortement n'a pu renverser la division sexuelle et sociale du travail, division entre travail productif masculin et reproductif féminin, et cela malgré les aspirations égalitaristes et individualistes de la législation en la matière. La contraception impliquerait, même si elle a permis un épanouissement de la sexualité féminine, une responsabilité et une éducation maternelle de l'enfant, posant toujours un rôle reproductif de la femme même quand elle travaille. L'homme, dans un contexte où paternité ne rime plus avec maintien du patrimoine et de la lignée, peut continuer à exercer une domination voilée, intériorisée par les femmes, sur la question du rapport sexuel et par sa faible participation au travail reproductif [Bajos, Ferrand, 1999]. De récents travaux nuancent cette vision structuraliste de la domination masculine. Irène Théry incite à une pensée en termes de rapports sociaux de sexes, au sein desquels les rapports de pouvoir sont dépendants des situations d'interactions entre personnes sexuées qui possèdent également d'autres attributs signifiants (âge, statut...) [Théry, 2011] ou Camille Froidevaux Méterrie qui insiste sur la forte égalitarisation sociale entre les hommes et les femmes des jeunes générations de la société française actuelle [2014].

3.3.2. La formation et le « maillage » pour lutter contre la désertification

Concernant notre journée sur la prévention des grossesses non souhaitées chez les jeunes du Médoc entre acteurs locaux de la SSR. Nous avons vu que ces derniers sont issus de formations professionnelles variées et participent de diverses cultures institutionnelles. Appelés à réaliser un « diagnostic partagé » sur un thème spécifique et une population cible « classiques » du domaine de la SSR, ils ont mobilisés diverses représentations sociales, personnelles et professionnelles, montrant les normes sociales, morales, sanitaires, religieuses et idéologiques qui traversent ces questions.

Durant l'après-midi, des ateliers ont été mis en place sur chacun des trois thèmes afin de recueillir la parole des participants sur les situations qu'ils rencontrent au quotidien et les solutions ou les relais qu'ils connaissent sur le territoire. Si les services de la maternité de la clinique, de la PMI et du CPEF au sein des MDSI étaient « bien repérés », leurs modalités de fonctionnement l'étaient moins, de même que l'offre de soin privée et la stricte législation à observer dans l'accompagnement et l'orientation des jeunes en matière de SSR, sur laquelle je ne m'attarderai pas ici.

Enfin, il leur a été proposé d'identifier les freins et les lacunes à ces accompagnements. La question du coût des soins a été abordée concernant la contraception d'urgence, en

théorie gratuite pour les mineures. Une CPE de collègue a fait remarquer qu'elle était censée pouvoir être disponible à l'infirmerie mais qu'aucun budget extérieur n'était prévu pour ça :

« c'est sur nos budgets propres. Et d'un autre côté, la pilule du lendemain est supposée être gratuite pour les mineures chez le pharmacien, mais c'est pas toujours le cas ». [Mme, CPE en collègue]

La cadre représentant la MDS conseilla à tous de signaler à l'ARS les pharmaciens réticents à délivrer gracieusement la contraception d'urgence aux mineures et rappela (ou informa) enfin de l'existence du Chéquier Pass-Contraception promu de façon exploratoire et financé par le Conseil Régional dans différents cantons aquitains, et notamment dans le blayais et le cubzacais. Il devait permettre aux personnes détentrices âgées de 15 à 25 ans de bénéficier gratuitement de consultations médicales, d'un renouvellement de contraception, d'un dépistage en laboratoire, de la délivrance d'une contraception d'urgence en pharmacie, d'une consultation avec une conseillère conjugale. Le programme ne fut pas reconduit et ne fit donc jamais son apparition dans le Médoc. Pour autant, la plupart des services de soins publics destinés aux jeunes en SSR étaient accessibles gratuitement, ce qui n'était pas toujours le cas pour les adultes ou dans le cas de problématiques de santé dépassant le cadre des missions de prévention de la SSR.

Outre ces considérations financières, la plupart ont mentionné la faiblesse de leur formation dans ce domaine ainsi que l'intérêt de « travailler en réseau car c'est assez cloisonné entre les professionnels » [^ropos notamment tenus par une chargée d'insertion en Mission locale ; Driss, éducateur ; un assistant social de PASS].

Plusieurs demi-journées d'ateliers ont suivi cette journée de sensibilisation, réunissant les acteurs professionnels du territoire volontaires pour prolonger la réflexion avec les organisatrices. Notre équipe a assisté à la majorité d'entre eux (six au total). Ceux-ci ont consisté à revenir en cercle restreint sur les « constats partagés » et « les pistes d'actions » identifiées.

3.3.2.1. La formation et l'information face à la désertification

« Nous avons pose deux problèmes, celui de la désertification médicale, et celui lié au fait que cette spécialisation médicale est très française. En Europe, il s'agit surtout de gynécologues-obstétriciens et il y a une tendance à harmoniser la profession, ce qui pousse à la disparition des gynécologues médicaux. A ce sujet, le choix de l'ARS est d'inciter les médecins généralistes à faire des formations complémentaires, sur la base du volontariat, pour tenter de palier à ces problèmes. (...) A la MDS, nous incitons à ce que nos

infirmières et nos sages-femmes se forment à aussi au conseil conjugal.»
[Mme Paulin, infirmière cadre à la MDS]

Consciente des problématiques de terrain en Médoc concernant l'accès à la SSR, la MDS girondine, ici représentée par l'une de ses cadres de santé, a initié une dynamique de formation à la gynécologie médicale et au conseil conjugal d'une partie de ses professionnels. « Il est aussi possible de former des professionnels du médico-social à la planification » compléta-t-elle encore, suivie de la représentante du MFPP de Bordeaux qui précisa que son association proposait des services assez similaires. Ces initiatives méritent l'attention dans la mesure où les actions de lutte contre la désertification médicale sont prioritairement dévolues aux soins de premiers recours, la SSR demeurant rarement intégrée.

La première orientation de lutte contre les déserts médicaux en France porte sur la formation et le renforcement des compétences des acteurs de santé : la priorité semble être donnée à la médecine générale plus qu'à la médecine spécialisée par le biais de dispositifs facilitant l'installation des jeunes médecins et aménageant leurs conditions d'activité. La lecture des différents rapports et diagnostics concernant l'accès aux soins en France montre un intérêt porté sur l'accessibilité des « soins de premiers recours ». Cette notion a été définie lors des États Généraux de la Santé de 2008, dans le respect du code de la santé publique et de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie :

« Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours.

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes ;
- la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins ;
- l'éducation pour la santé. »⁶⁰

Pour l'Insee ou la Drees qui publient la majorité des statistiques et données démographiques officielles, les professions de santé les plus sollicitées dans le libéral regroupent les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les gynécologues et les ophtalmologues. Ces services sont ainsi considérés par ces instances comme des « soins de premiers recours » alors que la plupart des rapports officiels et revues de presse évacuent ces deux médecines de spécialités pour ne retenir que les soins de médecine générale, les soins infirmiers et la kinésithérapie, contribuant

⁶⁰ Voir le site du Ministère de la santé : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf consulté le 20/02/15

à l'invisibilisation de la profession gynécologique dans l'identification des acteurs en jeu dans les soins de premiers recours.

Sur le terrain, on observe que les acteurs du champ bénéficient de formations plus ou moins importantes sur les questions de SSR, selon des approches qui privilégient le care ou le cure, le droit ou la technique, le préventif ou le curatif. Selon leurs savoirs et leur acculturation professionnelle, ils font reposer leurs décisions et pratiques sur des normes médicales, sociales, culturelles... Il apparaît, nous l'avons vu, que le domaine de la SSR reste très marqué par les normes sociétales qui sont parfois reprises par les professionnels, comme dans le cas de la clause de conscience pour l'IVG, ou pour ce qui concerne les normes de procréation.

Pas tous enclins à se former à une pratique professionnelle spécifique à la SSR, les professionnels venus à la journée de concertation ou aux ateliers ont néanmoins manifesté l'intérêt d'être mieux informés sur ces questions complexes. Les séances ont souvent permis aux uns et aux autres d'échanger sur leurs pratiques et de partager leurs connaissances souvent approfondies en fonctions des profils professionnels présents.

Afin de contribuer à une meilleure connaissance du droit et de l'offre de services en la matière, l'intervenante du MFPP a ainsi distribué à chaque participant de la journée un dossier constitué de documents photocopiés portant le logo de son association et comprenant la liste des permanences des Centres de Planification de la Gironde (qui dépendent du Conseil Général), des établissements hospitaliers qui pratiquent l'IVG, des médecins girondins conventionnés pour l'IVG en ville (tous concentrés sur la CUB, nouvellement Bordeaux métropole). L'Iresp pour sa part a également mis à disposition au cours des ateliers de nombreuses affiches et plaquettes comme autant d'outils de sensibilisation pour le travail des professionnels. La chargée de mission a également contribué à animer les échanges.

A l'issue de l'enquête MédocIresp, nous avons effectué pour notre part une restitution au sein de cet atelier de concertation et la responsable scientifique de l'enquête a autorisé la mise en ligne de notre rapport final sur le site internet du Pays Médoc⁶¹ afin qu'il puisse devenir une ressource d'informations pour ces acteurs de terrain, volontairement mobilisés pour pallier aux difficultés d'accès aux soins en SSR sur la presque île médocaine.

⁶¹ Disponible sur le site de Pays Médoc, URL : <http://www.pays-medoc.com/2015/10/27/sante-santé-général-et-reproductive-l'étude-en-ligne/>

3.3.2.2. Le « maillage » territorial comme stratégie ?

Pour le professionnel de la PASS présent à la journée, il existait de trop fortes inégalités territoriales dans l'application des politiques de prévention de l'IVG et de promotion de la contraception. La cadre de santé de la Maison Départementale de la Santé à Bordeaux, soucieuse de défendre les efforts de son institution rappela alors l'offre du Conseil Général en matière de SSR dans une longue intervention:

« Puisqu'il s'agit aujourd'hui d'un diagnostic, je vais présenter les trois missions d'un Centre de Planification et d'Éducation Familiale. La première c'est de proposer des consultations avec des médecins gynécologues. Notre mission consiste à proposer des temps d'entretiens aux publics avec des conseillères conjugales. Notre deuxième mission est d'apporter de l'information sur le sujet. Dans la loi, il y a normalement 90 heures de formation scolaire dévolues à la santé, depuis la maternelle jusqu'au collège. Mais cela regroupe tout ! Les addictions, la vie sexuelle, la sécurité routière... Pour la vie sexuelle, le Conseil Général privilégie la classe de 3^{ème}. Concernant les populations qui devraient être les plus représentatives au Centre de planification, ce sont les jeunes, jusqu'à 35 ans. Mais dans les territoires ruraux, on constate que d'autres populations viennent prendre rendez-vous au CPEF, pour des suivis de ménopause par exemple, parce qu'il n'y a pas beaucoup d'autres possibilités. En Gironde, il y a 25 centres de planification dont 12 gérés par le Conseil Général et 13 subventionnés par lui. » [Mme Paulin, infirmière cadre à la MDS]

La question de la désertification médicale fut reprise par la représentante du MFPPF qui alerta l'assemblée sur les difficultés d'accès à l'IVG en Médoc. Ses connaissances sur la question provenaient notamment de ses expériences professionnelles en tant que conseillère conjugale au sein de l'antenne bordelaise du MFPPF qui, bien que situé dans l'hyper-centre de la métropole, accueillait des femmes venant de toute la Gironde. Les problématiques de désertification médicale en zone rurale rendaient effectivement difficile le recours à l'IVG, notamment en période de vacances où les médecins locaux qui la pratiquaient étaient parfois absents et non remplacés, tandis que leurs confrères bordelais suppléaient déjà ceux en congés et se voyaient rapidement débordés. Le rapport MédocIresp montre plus généralement une offre effective de soins en SSR en dessous de l'offre théorique affichée, due aux permanences de soins hebdomadaires en CPEF parfois réduites en raison des temps de transports des médecins venant de Bordeaux ou des temps de réunions institutionnelles, du fort turn-over des professionnels de santé et du social sur le territoire souvent très polyvalents, et des absences et départs à la retraite de médecins non remplacés [Kotobi, Jacques, et al., 2013]. Par ailleurs, s'il est aujourd'hui possible légalement de réaliser des IVG médicamenteuses à domicile sous la surveillance téléphonique d'un médecin conventionné situé à proximité, ce dispositif n'était pas mis en place dans le Médoc.

Un travail d'actualisation régulière des connaissances pratiques des uns et des autres portant sur l'offre effective de soins en Médoc a été instauré au cours des ateliers qui suivirent la journée. Tous les trois ou quatre mois, les professionnels présents pouvaient faire le point sur le départ en retraite de tel médecin gynécologue, de tels changements d'horaires dans les permanences de soins gynécologiques en CPEF... Il a été question, puis laissé de côté pour des raisons de logistique et de ressources humaines, de fabriquer un outil permettant aux professionnels de savoir comment agir sur ces questions et vers qui se tourner selon les situations rencontrées.

Pour Mme Poumard, chargée de mission à l'IRESP, la « mise en réseau des professionnels » semblait primordiale : elle en parlait régulièrement au cours de la journée et des ateliers au point de se demander si la demande de maillage du territoire émanait bien du groupe sur le mode de la réflexion participative ou si elle était la conséquence des multiples suggestions de la professionnelle en promotion de la santé. Pour cette dernière en effet, le mise en réseau pouvait permettre d'assurer une « démarche efficace auprès des jeunes » en matière de santé sexuelle et reproductive: en effet, elle évoquait notamment un rapport de l'IGAS qui dressait selon elle un « bilan désastreux à propos de l'efficacité des actions d'éducation à la vie sexuelle et affective » menées directement auprès des jeunes.

A l'heure actuelle, le maillage territorial est-il une tendance ou une nécessité ? Compte tenu des problématiques de désertification médicale en SSR sur le Médoc, la mise en réseau des professionnels parait être une bonne idée. La coordination territoriale constitue en effet la deuxième solution avancée par les politiques de santé pour réduire le risque de désertification médicale. Elle peut avoir plusieurs déclinaisons, de l'organisation des « parcours de soins » dans le cadre d'une maladie (ce qui est très développé en France autour du traitement du cancer par exemple) ou d'une population précise (les personnes âgées font l'objet d'un tel procédé en Médoc, reconnu au niveau régional), aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) qui sont un dispositif récent de concentration et de mutualisation des ressources matérielles et humaines visant à accroître l'attractivité des territoires isolés pour les professionnels de santé, et à proposer à la population locale une offre de santé plus globale. Pendant notre enquête, une MSP a ouvert en Médoc ainsi qu'un petit centre de santé, inauguré à titre privé mais avec un fonctionnement similaire; à noter qu'aucun de ces lieux n'accueille de professionnels spécialisés en SSR.

Les réseaux de santé comptent parmi ces mesures de coordination territoriale. Le réseau Solidarité Médoc Santé (SMS) géré localement au sein du Syndicat de Pays, est considéré par différentes instances régionales de santé publique comme exemplaire⁶². Ce type de mesure connaît une histoire particulière au sein du système de santé :

⁶² Le Réseau de santé et de solidarité médocain SMS a été présenté comme un exemple lors de différentes conférences sur le système local de santé au Conseil Régional (2011).

d'abord informels ou associatifs et répondant aux besoins des malades non satisfaits par le système de santé, leurs objets et formes organisationnels ont séduit les politiques de santé qui en ont fait aujourd'hui une composante institutionnalisée du système de santé [Encadré n°20].

Encadré 20 : La progressive institutionnalisation des réseaux de santé en France

Pour Philippe Chossegros, médecin et ancien président de la Coordination nationale des Réseaux de Santé, les réseaux de santé ont d'abord été mis en place spontanément par les acteurs de terrain pour pallier aux lacunes du système de santé [Chossegros, 2008]. Ils sont ensuite devenus des dispositifs le plus souvent encadrés par les politiques de santé, ce qui ne correspond plus vraiment à la dynamique initiale plus informelle qui permettait une grande souplesse d'organisation et d'action. L'histoire des réseaux de santé s'inscrit dans celle du système de santé français : à l'orée du XXe siècle, l'hygiénisme devient santé publique et l'attention est portée sur la maladie objectivée par l'anatomopathologie. Dans ce contexte, associé à celui d'une société de consommation naissante et d'Etat-providence, l'offre de soins se développe selon une perspective libéraliste, les médecins choisissant leurs honoraires et lieux d'installation et les patients leurs médecins. La réforme Debré en 1958 amène la recherche à l'hôpital désormais piloté par le Ministère de la Santé et géré par l'Assurance Maladie. L'industrie pharmaceutique se voit conférer de nombreux pans de la recherche sur les pathologies les plus fréquentes et leurs traitements, permettant de limiter les dépenses de l'Etat. La maladie est traitée nationalement grâce à l'accès et à la consommation de soins [Chossegros, 2008 : 17-18].

Au cours des années 1980, la menace de l'épidémie du Sida, tout comme la question de l'isolement et la prise en charge des personnes vieillissantes ou des inégalités sociales de santé visibles chez les populations précaires, fait l'objet d'un discours médiatique qui insiste sur l'absence d'une réponse strictement médicale et/ou médicamenteuse au problème et révèle publiquement la dimension subjective de la maladie. Pour autant, le système de santé n'est pas remis en cause et ces lacunes sont comblées par le système associatif, avec notamment l'apparition d'association de malades ; ce secteur est alors reconnu pour valoriser « le lien social » qui semble faire défaut dans l'organisation sanitaire. Une autre réponse s'est peu à peu constituée par la mise en réseau d'acteurs de la santé et du social autour d'une pathologie ou d'une population. Les réseaux de santé apparaissent alors comme une forme d'organisation moderniste ayant la qualité de pouvoir se renouveler facilement, s'adapter, créer de nouvelles normes et valeurs dans une société caractérisée par le changement. Dans les années 1990, la Direction Générale de la Santé décide d'apporter un soutien financier aux réseaux de santé par le biais d'une instance nouvelle de pilotage, la Coordination Nationale des Réseaux. Ce binôme a alors inscrit les réseaux dans la démarche générale de santé publique : « Dans cette optique, le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse d'un groupe de professionnels à un ou à des problèmes de santé précis prenant en compte d'une part les besoins des individus et d'autres part les possibilités de la communauté. » Les notions de temps et de territoire restent variables en durée et en taille, tandis que l'idée de groupe de professionnels affirme une volonté de prise en charge pluridisciplinaire et transversale. Enfin, c'est la démarche bottom-up qui est privilégiée pour répondre au mieux aux nécessités locales [Chossegros, 2008 : 19-20].

La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » intègre les réseaux de santé permettant ainsi leur reconnaissance mais fixant également leur cadre et leurs missions, notamment en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de leur coordination et de leur continuité, en termes de participation en santé publique et enfin d'évaluation de la qualité de leurs services et prestations. Cette loi devait permettre de replacer le patient au centre du système de soins, plus que la maladie, ce que les réseaux de santé semblaient pouvoir mettre en place. Ils devaient également permettre d'améliorer la rationalisation économique du système de santé. Philippe Chossegros explique que cette loi a amené les réseaux de santé à adopter un fonctionnement et un mode d'évaluation proche de celui du système de santé, alors même qu'ils

proposaient justement d'intervenir sur une vision plus qualitative et transversale de la santé [Chossegros, 2008 : 21] Ainsi, les conséquences ont porté sur la dimension humaine et militante qui animait ces réseaux au départ qui ont poursuivi leurs reconfigurations suite à la loi HPST de 2009.

En octobre 2012, la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) publiait un guide à l'attention des réseaux et des ARS visant « prioritairement à faire évoluer les réseaux de santé, l'un des principaux dispositifs de coordination » entre les acteurs de l'offre de soins, en regard des dispositions prévues par la loi de 2009 [DGOS, 2012 :3]. L'évolution annoncée dans ce document repose sur la mise en place de contrats pluriannuels entre les ARS et les réseaux, les premières devant coordonner l'action des seconds.

La mise en réseau des acteurs professionnels d'un lieu n'est donc pas une mesure anodine et s'inscrit comme une stratégie du système de santé dans ses perspectives de territorialisation (loi HPST). Porté par le réseau Solidarité Médoc Santé, le projet GNS, s'il se structure davantage pourrait être amené à intégrer le réseau en tant que composante de celui-ci. Pour autant, une telle entreprise s'avère compliquée : elle tend à fédérer des acteurs institutionnels plus que les professionnels du privé, qui aurait moins « une culture de réseau ». Les institutions qui fournissent des services de soins en SSR ou qui les organisent doivent de plus en plus procéder aux financements de leurs actions par le biais d'appels à projet étatiques qui les met en concurrence alors qu'elles sont enjointes par la suite à travailler en partenariat.

De plus, chaque acteur et chaque institution a ses propres missions, ses découpages territoriaux complexes. Il existe de ce fait des zones de flottements, de flous aux interstices que la dynamique de réseau pourrait combler. Dans le cas du projet GNS, les acteurs présents ont par exemple signalé la difficulté pour raison de responsabilité juridique de transporter et d'accompagnement des mineures aux consultations IVG car cela dépasse le cadre de leurs activités professionnelles. Malgré ce constat, aucune solution n'a pu être échafaudée au sein du projet de réseaux de santé par manque de moyens. Aux interstices de l'offre de santé se logent également tous les maux, problèmes et maladies de femmes qui ne correspondent pas aux thèmes privilégiés de la SSR. Or, l'orientation initiale d'un projet sur des thématiques et populations précises ne permet pas toujours de faire émerger ce qui est d'ordinaire invisibilisé, routinier ou encore indicible de la part des patientes. Les maux qui n'entrent pas dans les orientations de la prévention en SSR sont évacués du discours public et professionnel, ce qui implique que les questions posées traitent davantage de l'accès et de l'insuffisance des dispositifs de soins en SSR que de leur pertinence et de leurs manquements.

Il faut préciser que les logiques qui sous-tendent le maillage territorial en santé participent de la reconnaissance à un niveau institutionnel du territoire médocain comme d'un espace administratif, politique et culturel en tant que tel, via l'instance du

Pays Médoc et bientôt le Parc Naturel Régional [voir Chapitre 1]. On peut penser que le réseau de santé observé s'inscrit dans cette volonté d'autonomie et de proximité avec ses acteurs de terrain, étant donné qu'elle semble perpétuellement en situation de négocier son indépendance vis-à-vis des différentes instances de santé publique qui financent en même temps une grande partie de ses projets, lesquels s'organisent autour de thématiques plus ou moins sectorisées (alimentation, parentalité...) et autour de publics ciblés selon les orientations de la prévention en santé publique. Il faut en effet comprendre que la loi HPST a chargé les ARS de la gestion des fonds alloués aux réseaux dont les objectifs étaient devenus proches des leurs et des politiques de territorialisation de la santé et souhaite désormais mutualiser les réseaux aux échelles régionales. Cette mutualisation passe par une définition des périmètres géographiques couverts et une contractualisation visant à engager les réseaux à mieux se répartir sur les territoires pour éviter les déserts médicaux, par une formalisation de leurs critères d'évaluation et de financement, par la création d'espaces-relais communs à tous les réseaux [Bercot, 2012]. Or les dynamiques organisationnelles des réseaux de santé reposent notamment sur des coopérations entre professionnels qui partagent une certaine proximité construite au fil du temps qu'il sera dommageable d'ébranler. Les territoires occupés par les réseaux ne répondent pas en pratique à une définition commune, mais plutôt aux effets de contingences (présence ou non des professionnels, volonté commune de travailler ensemble, moyens matériels disponibles à proximité...) [Bercot, 2012 : 41]. Dans un contexte de désertification médicale, il est compréhensible le réseau SMS, par le biais de projet comme celui autour des grossesses non souhaitées chez les jeunes du Médoc, cherche à entretenir les liens déjà existants entre des professionnels polyvalents qui se sont adaptés aux contingences locales, à en favoriser de nouveaux et à conserver une forme d'organisation informelle permettant souplesse et proximité, plutôt que de viser une institutionnalisation qui pourrait alourdir la démarche et la déconnecter du territoire.

Conclusion du Chapitre 3

Trois points principaux sont à retenir de ce chapitre. Tout d'abord, les orientations la santé sexuelle et reproductive historiquement dessinées nationalement et internationalement semblent toujours d'actualité : la SSR est une notion particulière couvrant différents champs du droit – droit à la santé, droits de l'Homme, droit des femmes –, objet de définitions et de recommandations qui demeure traversée de forts enjeux politiques, idéologiques et sociaux. En France, elle a été marquée par l'Eglise, les politiques malthusiennes ou natalistes, et les luttes féministes. Elle aujourd'hui déclinée au sein du système de santé où elle se trouve spécifiquement tournée vers la contraception, les IVG, le suivi des grossesses, la prise en charge de l'accouchement, l'aide à la procréation ainsi que la lutte préventive contre les MST (notamment depuis l'épidémie du VIH-Sida) et les cancers de l'appareil reproducteur. La SSR a été institutionnellement et juridiquement pensée au prisme d'une médicalisation de la vie sexuelle et procréative de la population, et notamment de celle des femmes. Les situations ethnographiques présentées corroborent les travaux sur la médicalisation de la SSR qui montrent une tendance à l'exercice d'une biopolitique de la part des pouvoirs publics et une volonté de normalisation des pratiques de la part des acteurs de terrain. bien que ces derniers se partagent des activités soignantes oscillant entre activités empathiques de *care* et techniques médicales de *cure*, leur travail reste très ancré dans une logique préventive, caractéristique de la médicalisation d'une société où la santé devient la norme que doivent incorporer et suivre les individus. Les orientations prises par la SSR favorisent une dissociation et une sécurisation médicalisée de la sexualité et de la procréation en même temps qu'elles se prêtent au jeu de la normalisation des conduites individuelles par le biais de discours et pratiques soignantes qui incitent à l'incorporation de pratiques socialement attendues dans ces domaines. A savoir, une sexualité hétérosexuelle, protégée des MST et des grossesses non souhaitées, ni trop fréquente ni trop rare et avec un partenaire stable ainsi que la nécessité d'un projet parental au sein d'un couple solide, ni trop jeune ni trop vieux, avec une situation socio-économique jugée suffisamment confortable pour envisager d'avoir un nombre restreint d'enfants (en France, les familles d'au moins trois enfants sont dites « familles nombreuses »).

En outre, en ciblant les aspects de la santé qu'elle prend en charge et comment elle les prend en charge, la SSR tend à évacuer dans ses définitions et planifications certains troubles, maux, souffrances et pathologies décrits dans le Chapitre 2, comme les douleurs de règles ou les mycoses régulières souvent banalisées dans les consultations, les difficultés psychologiques liées à une malformation gynécologique ou les symptômes de l'endométriose peu connus et difficiles à dire ou à décrire. La séance d'éducation à la vie affective ethnographiée n'évacuait certes pas la sexualité, comme c'est souvent le cas dans les consultations gynécologiques [Guyard], mais la traitait sous un angle essentiellement physique et préventif en évoquant rapidement les notions

de plaisir pour mieux approfondir celles de prévention MST (port du préservatif, dépistage) et de prévention des grossesses non désirées (contraception). La surveillance de soi semblait davantage importante que la connaissance et l'observation de soi.

Une deuxième caractéristique concerne le ciblage de populations dites « à risques ». La prise en charge des soins en SSR passe majoritairement par la diffusion de campagnes de prévention et par la mise en place de dispositifs de soins (CPEF, PMI) visant des publics pré-déterminés en fonction de leur propension à tenir des conduites « à risques » (selon l'âge, les pratiques sexuelles, les statuts socio-économiques) ou à développer des pathologies chroniques (en fonction de l'âge pour les cancers par exemple), statuts socio-économiques). Les instances de santé publiques s'appuient notamment sur des travaux épidémiologiques et biostatistiques pour identifier les « publics-cibles » des campagnes qui visent à les informer et les responsabiliser afin qu'ils aient des conduites jugées plus à même de garantir leur santé, mais aussi plus conformes aux normes sociales attendues. L'ethnographie montre que ces catégorisations effectuées à l'échelle macro sont reprises au niveau micro par les acteurs de santé et du social, les « jeunes du Médoc » par exemple, où elles se doublent d'autres représentations locales souvent stéréotypées. Nous avons vu dans le Chapitre 1 que la population médoc faisait l'objet de représentations négatives en termes de précarité financière et intellectuelle ou encore de pratiques sexuelles déviantes qui réapparaissent parfois comme des clichés dans les discours des professionnels de santé, de même que celles concernant les populations marocaines ou les gens du voyage qui vivent en Médoc. Le rapport MédocIresp montre que les « pauvres », « les précaires », les « marocaines », les « gitanes » sont parfois vues comme promptes à une fécondité précoce et trop abondante tandis que les « jeunes » auraient une « sexualité débridée ». Ces *apriori* peuvent biaiser les interactions soignants/soignées et influencer les modalités de prise en charge des femmes, soit en surestimant ces caractéristiques socio-culturelles, soit en négligeant certaines problématiques chez des patientes jugées « normales ». La déviance présumée des populations cibles, qui ne se pensent elles-mêmes comme des groupes sociaux constitués, contribue de plus à ne pas les intégrer aux réflexions de santé publique les concernant.

La troisième caractéristique réside dans la diversité des acteurs de soins jouant un rôle dans la SSR qui, dépassant le strict cadre biomédical, témoigne de l'existence d'un pluralisme thérapeutique dans ce domaine. Il combine les activités soignantes de professions et de certains métiers exclusivement consacrés à la SSR selon des modalités de prises en charge qui varient entre spécialisation médicale pour les médecins gynécologues et information et conseil pour les conseillères conjugales par exemple. En tendance, on pourrait dire qu'ils se partagent le travail de *cure* et de *care* bien que cette dichotomie demeure caricaturale. Le projet GNS renforce l'idée historiquement ancrée que la SSR est un domaine qui touche autant la santé que le social et le droit, dans la mesure où d'autres catégories d'acteurs ont été conviés à la sensibilisation et à la réflexion commune. Ainsi, les acteurs ayant un rôle d'éducation auprès des populations

cibles, ceux susceptibles de devoir les orienter vers des soins appropriées et ceux qui assurent la gestion et le financement de l'offre de santé figuraient comme autant de professionnels concernés par la SSR. Ce pluralisme est renforcé par les récentes dispositions légales en matière de démocratie sanitaire (loi du 4 mars 2002) et plus largement par une tendance sociétale à la sanitarisation du social dans la mesure où des acteurs autrefois déconnectés de la santé sont désormais invités à se former à ces questions et où les professionnels de santé sont amenés à davantage collaborer avec le secteur social. Cette disposition peut aussi localement s'expliquer par la rareté de l'offre de soins spécifiques à la SSR dans le Médoc. L'étude de cas de la construction d'un réseau de santé autour des grossesses non prévues chez les jeunes montre en pratique comment la coordination territoriale peut être une solution pour lutter contre ce phénomène. Elle montre les difficultés que représente une telle entreprise, notamment la capacité et l'intérêt des acteurs locaux, selon leurs rapports aux dynamiques institutionnelles ou libérales, à se mobiliser dans une démarche collective et pluridisciplinaire. Le manque de ressources financières et humaines reste un frein majeur pour ce type d'initiative qui doit rester très proche des réalités de terrains et s'appuyer sur les réseaux informels déjà établis. Il convient par ailleurs de souligner l'originalité du choix de croiser un thème de SSR pour instaurer une démarche territoriale d'accès aux soins alors que les politiques nationales de lutte contre les déserts médicaux ciblent davantage les soins de premiers recours et les publics précaires, handicapés ou vieillissants. D'un point de vue plus institutionnel, on peut se demander dans quelle mesure l'élaboration de tels réseaux de professionnels sur la presque île permet une appropriation du territoire et de ses enjeux face à un système de santé et plus largement un système administratif au pouvoir davantage déconcentré que décentralisé.

Chapitre 4. Des logiques de recours entre normalisation et négociation

La « SSR » n'est pas un terme que les femmes utilisaient dans le langage courant pour désigner le domaine de la santé concernant spécifiquement les organes sexuels et reproducteurs et leur bon fonctionnement. Elles désignaient plus volontiers ce domaine comme celui des « histoires de bonnes femmes » et l'offre de soins associée par le nom désignant l'activité du professionnel – « aller chez le gynécologue », « voir une conseillère conjugale », « être suivie par une sage-femme »- ou celui du service – « aller à la maternité », « avoir rendez-vous au Planning ».

Ce quatrième chapitre explore les logiques de recours empruntées par mes interlocutrices sur la presqu'île médocaine pour soigner leurs « histoires » auprès des professionnels et services de soins dédiés à la SSR, domaine ciblé, normé et normalisant souffrant d'une certaine rareté sur le territoire ethnographié. Deux tendances identifiées à partir de moments choisis dans les itinéraires thérapeutiques recueillis seront traitées successivement. La première regroupe les logiques de soins développées par des femmes à un moment donné de leurs trajectoires où elles estiment nécessaire de recourir à des soins de SSR et vont parfois pour cela mettre en place des stratagèmes pour y parvenir. La seconde rassemble les logiques de recours aux soins de femmes plus distantes du système de santé et favorisant des pratiques plus autonomes. Dans chacun des cas, le sens donné aux motifs de recours et à leurs modalités de traitement est exploré pour mieux appréhender la façon dont les procédés de normalisation propres à la SSR agissent ou non sur les conduites.

4.1. Rites, urgences, débrouille et tactiques

Le rapport MédocIresp a pu montrer que les logiques de recours aux soins en SSR des femmes rencontrées procédaient d'arbitrages parfois très pragmatiques, comme avoir des droits ouverts à la sécurité sociale. Ces logiques sont conditionnées par un ensemble de facteurs pas toujours liés à la santé mais aussi des questions de faisabilité. Nous avons constaté que les femmes recouraient quasi systématiquement aux soins biomédicaux de SSR aux différents âges de la vie, ce qui m'amène ici à questionner les représentations sociales de ces soins fortement médicalisés ainsi que leur place dans les trajectoires biographiques.

L'art de la débrouille a été pointé comme une composante forte des logiques d'accès à une offre de soins souffrant de la désertification médicale dans le rapport MédocIresp. J'en restituerai ici les principales en insistant sur les représentations de l'offre de soins disponible développées par les femmes et le « système D » qu'elles emploient pour accéder aux soins. Dans cette étude des modalités d'usage des soins de SSR, une attention particulière est portée aux logiques tacticiennes mises en œuvre par les femmes dans leurs itinéraires thérapeutiques notamment quand leurs demandes ne sont pas directement en adéquation avec l'offre de soins.

4.1.1. Logiques rituelles et logiques d'urgences

4.1.1.1. Les soins de SSR, marqueurs des âges de la vie

Les orientations de soins généralement prises par la SSR et les caractéristiques de son offre de soins en Médoc se traduisent du côté des femmes par des recours aux soins aux âges de la vie. Les consultations spécifiquement consacrées aux premières prescriptions de contraception et aux premiers frottis gynécologiques, les séances de suivi qui ponctuent la grossesse, la prise en charge de l'accouchement à l'hôpital ou encore les dépistages des cancers de l'appareil reproducteur passée la cinquantaine semblent marquer des passages identitaires forts pour les femmes rencontrées et encadrés par la sphère biomédicale. Elles regrettaient parfois leur isolement dans ces moments pas toujours aisés à traverser en raison de leur relative indicibilité [Chapitre 1] et de leur médicalisation tendant à individualiser les étapes de la vie [Moulinié, 1998] autrefois vécus collectivement [Verdier, 1979].

La première prescription contraceptive, une entrée symbolique dans l'âge de la vie sexuelle

Les premiers recours aux soins de SSR succédaient généralement de peu la survenue des règles chez les jeunes filles. Les mères rencontrées pendant l'enquête disaient « parler » des règles à leurs filles, contrairement à leurs propres mères qui avaient choisi de garder le silence à ce sujet en raison d'un fort tabou et de normes de pudeur. Pour autant, ce silence n'avaient pas été complètement rompu dans la mesure où leurs discours reposaient sur des aspects très techniques. On informait sur la périodicité des règles marquant l'entrée dans la vie féconde des femmes, sur la façon de gérer les écoulements et de les dissimuler, mais on insistait peu sur l'entrée dans la sexualité pourtant considérée comme sous-jacente à l'apparition des menstruations au moment de la puberté [Chapitre 1]. Les séances d'éducation sexuelle en cours de SVT pendant la classe de 3^{ème} et selon les contingences, en CPEF ou en Plannings familiaux comme cela pouvait être le cas en Médoc pour les jeunes gens scolarisés apportaient souvent

complément d'information. Mme Martin la conseillère conjugale du CPEF où s'était déroulée la séance de sensibilisation ethnographiée semblait réaliser une partie des attentes dévolues au rôle de la couturière décrite par Yvonne Verdier, mais cette fois selon une approche technicisée, biologisée et préventive [Chapitre 3].

Je n'ai pas pu beaucoup discuter de ce discours sur les menstruations avec des médecins, pour savoir dans quelle mesure ils avaient ou non à expliquer aux femmes ce fonctionnement biologique. J'ai pu relever néanmoins quelques remarques informelles de la part de médecins et de conseillères conjugales indiquant que « *certaines femmes ne connaissent pas bien leur corps* ». Cette idée était souvent associée aux femmes en situation de précarité et/ou de migration et renvoyait à leur méconnaissance du cycle menstruel selon son explication biologique, et par là même à leur capacité de prendre en charge leur corps reproducteur. Elle semblait traduire certaines des caractéristiques propres aux populations-cibles de la SSR, qu'elles soient définies officiellement par les instances de santé publique ou appréhendées sur le terrain par des professionnels pas toujours distanciés avec les représentations sociales qui ont cours à l'égard des femmes dont les logiques sexuelles et procréatives diffèrent de la norme [Chapitre 3].

Cette méconnaissance de la physiologie de l'appareil reproductif féminin était parfois bien réelle : comme déjà évoqué dans le Chapitre 2 (p. 169), Malika par exemple, jeune femme de 22 ans d'origine marocaine et patiente d'un des centres de planification observés, essayait en vain de tomber enceinte depuis quelques mois. Lors d'un entretien informel, j'avais pu constater qu'elle ne connaissait pas la représentation biologique du cycle ovarien bien qu'étant patiente régulière du centre de planification et en demande d'un accompagnement à la procréation. Atteinte d'une maladie peu visible et handicapante (qui d'ailleurs ne lui a pas permis de finaliser ses études au lycée) et dont une des manifestations selon elle était ses règles trop abondantes et étendues dans le temps, elle n'a peut-être pas été informée au sujet de son cycle car elle n'était pas dans une demande de contraception ou de dépistage (thématiques ciblées par la structure). Elle ne comprendra d'ailleurs pas pourquoi quelques temps après, la gynécologue du centre lui prescrivait un contraceptif pour régler ses règles alors qu'elle cherchait justement à tomber enceinte.

Si pour Malika, l'autorisation de l'entrée dans la sexualité avait été associée à son mariage quelques années plus tôt, elle était souvent signifiée pour les autres jeunes femmes rencontrées par la prise de rendez-vous chez le médecin traitant ou le gynécologue peu de temps après les premières règles. La prise de rendez-vous était souvent initiée par la mère chez son praticien pour « contrôler si tout allait bien » et pour prescrire à la jeune femme une contraception, quand bien même elle n'avait pas encore de vie sexuelle. Cette prédisposition permettait d'éviter des discours trop directs sur la sexualité entre parents et jeunes, mais aussi avec les professionnels de santé. Parfois même la contraception pouvait complètement évacuer la question de la sexualité au cours de consultations guidées par un autre motif : Solène, pépiniériste, se souvint

ainsi de ses fortes douleurs de règles qui avaient été atténuées par la prescription de « la fameuse pilule miraculeuse » à partir de ses 15 ans. La pilule pouvait aussi être prescrite pour soigner l'acné trop abondante et trop visible, problème de peau également associé à la puberté et à l'entrée imminente dans la vie sexuelle [Moulinié, 1998]. Plus récemment, les campagnes préventives incitant les filles à se faire vacciner gratuitement à l'âge de 14 ans contre le PapillomaVirus préfiguraient de manière médicalisée leur passage imminent à l'âge pubère. Dans les familles qui se disaient « plus libérées » sur le sujet, les discours sur la sexualité faisaient davantage l'objet de plaisanteries ou par l'achat par les parents de préservatifs pour leurs adolescents, anticipant parfois les propres désirs de ces derniers.

Du côté des médecins, des conduites normées quant aux prescriptions contraceptives ont pu être observées en anthropologie [Bretin, Kotobi, 2016]. En 2010, l'enquête socio-démographique Fecond montre qu'une femme sur deux concernées par la contraception utilise la pilule, tandis que l'utilisation des nouvelles techniques hormonales (patch, implant, anneau) tend à augmenter, tout comme l'utilisation du préservatif masculin. L'enquête montre également un recul du dispositif intra-utérin et un faible recours à la stérilisation contraceptive, légalisée depuis 2001 [Bajos, Moreau et al, 2010]. Une analyse de la méthode de contraception par âge montre que la contraception hormonale orale, appelée couramment « pilule », reste le plus souvent prescrite aux jeunes femmes nullipares [Figure n°]. Le dispositif intra-utérin ou DIU, populairement nommé « stérilet », demeure majoritairement réservé aux femmes ayant déjà enfanté en raison des risques infectieux qui lui sont associés. L'implant reste encore dépendant de la formation des professionnels qui ont ou non appris à le poser et le déposer. Lors de mon enquête en centre d'orthogénie dans la capitale girondine, j'avais pu observer que les méthodes les plus « durables » et présentant le moins de risque d'oubli, comme le DIU ou l'implant, étaient parfois privilégiées pour les femmes aux « IVG itératives » c'est-à-dire celles qui venaient pratiquer au moins leur seconde IVG. En 2007, une campagne de l'INPES destinée aux femmes comme aux médecins avait pour slogan « La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit ! » : elle amorçait une sensibilisation quant à ces normes médicales de prescriptions contraceptives. Elle affirmait que la méthode empruntée devait davantage répondre aux modes de vie et besoins des patientes qu'aux préférences des médecins dans la mesure où une pluralité de dispositifs efficaces était disponible sur le marché.

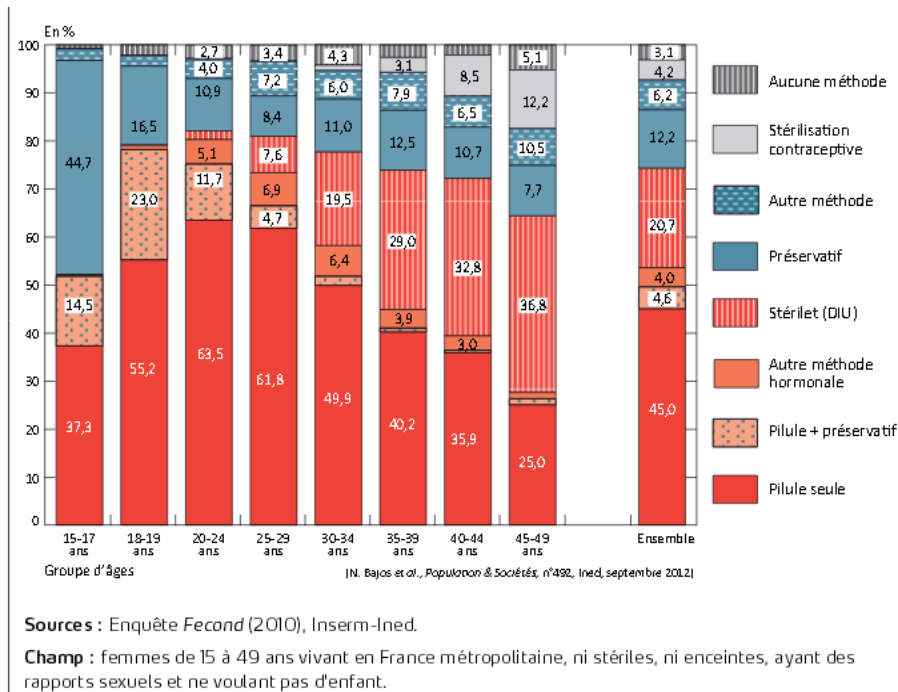


Figure 3 Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes
 Source : Enquête Fécond, 2010, Inserm-Ined

Lors de mes observations régulières dans l'un des trois CPEF du Médoc, je rencontrai Louise, une étudiante en Lettres de 22 ans accompagnée de sa mère dans la salle d'attente. C'était la première fois qu'elle allait consulter un gynécologue. Elle était venue dans ce centre parce que c'est aussi ici que sa mère consultait depuis plusieurs années, après avoir été orientée par l'un des pharmaciens de la commune. Laure vivait dans la ville d'à côté et prenait les transports en commun pour aller chaque jour à l'Université, située à Bordeaux. Il lui semblait plus logique de venir consulter ici plutôt que dans la métropole, même si elle y aurait eu un plus grand choix de médecins. Au CPEF « c'est plus pratique » dit-elle, en lançant un regard entendu à sa mère. Je lui présentai l'enquête MédocIresp et elle accepta que je lui pose quelques questions et que je la suive pendant ses consultations avec la conseillère conjugale Mme Martin, puis avec la médecin gynécologue de permanence ce jour-là. Elle venait faire une visite de contrôle suite à une prise de sang qui l'avait alertée : en couple depuis deux ans, son médecin généraliste lui avait prescrit « la pilule » qu'elle semblait mal supporter puisqu'elle présentait un taux anormalement élevé de cholestérol. Elle n'avait jamais subi d'examen gynécologique et se sentait un peu intimidée. Je la suivis à sa consultation avec Mme Martin qui accepta ma présence. Cette dernière lui posa quelques questions sur le motif de sa visite et sa trajectoire contraceptive, abordant brièvement sa sexualité en lui demandant si elle avait des rapports sexuels réguliers. De façon un peu protocolaire mais très claire, aidée de schémas anatomiques et maniant des plaquettes de pilules, des dispositifs intra-utérin, des anneaux contraceptifs d'un air tout

à fait détendu, elle exposa l'ensemble des divers modes de contraception existants à la jeune fille que je voyais peiner à faire un choix. Parfois, la professionnelle expliquait aussi le fonctionnement physiologique menstruel à ces nouvelles jeunes patientes avant de leur expliciter les différents moyens de contraception existants et les inciter à en choisir un qui leur convienne. Ce type de consultation demande du temps et une formation : elle n'est pas toujours observée chez les professionnels prescripteurs comme les médecins généralistes rencontrés par exemple. Enfin, elle ne présume pas encore vraiment d'un choix subjectif de la part des patientes qui tendent encore à choisir « la pilule » par mimétisme, habitude ou confiance envers le médecin. Ce jour-là, Louise consulta la gynécologue (le médecin n'a pas consenti à ce que j'y assiste) et ressorti de la consultation avec une pilule micro-dosée en hormones.

Pour une mère, dire que sa « fille prend la pilule » signifie que la jeune fille est désormais menstruée et qu'elle va bientôt commencer sa vie sexuelle qu'elle devra maîtriser au risque de tomber enceinte trop tôt. Dès lors, ne pas prendre rendez-vous peut signifier que la mère juge que l'adolescente est trop jeune pour avoir une activité sexuelle, interdiction qui peut être suivie ou déjouée. Nous avons rencontré des jeunes filles qui n'avaient pas attendu ou bénéficié de l'aval de leurs familles, et notamment de leurs mères, pour prendre ce premier rendez-vous très chargé symboliquement. C'était le cas de Walida, une lycéenne de 16 ans venue au CPEF sur des horaires de cours (nous reviendrons sur les partenariats entre l'éducation nationale et les services de planification familiale) avec une amie. Elle s'était fait prescrire « la pilule » par son « médecin de famille » deux ans auparavant à cause de son acné ce qui fut une aubaine à l'époque expliquait-elle, car elle n'avait pas eu besoin « de la demander à sa mère ». En couple depuis un an, elle se préparait à son premier rapport sexuel et souhaitait se sentir « protégée ». Je n'ai pu assister à la consultation, mais la jeune femme me rapporta que Mme Martin avait réussi à la rassurer un peu, même si elle ne savait pas encore trop comment en parler avec son copain. Elle irait se munir de préservatifs et d'une contraception d'urgence « au cas où » et allait aussi conseiller sa sœur aînée de venir voir la professionnelle : homosexuelle, celle-ci avait du mal à assumer son orientation sexuelle qu'elle cachait à ses parents.

Le recours systématique aux soins de SSR pendant la grossesse et à l'accouchement

Les femmes que j'ai rencontrées pendant l'enquête MédocIresp et ma recherche de terrain avaient rarement un suivi gynécologique régulier auprès d'un médecin spécialiste: quelques-unes seulement en consultaient en routine tous les six mois ou un an pour des soins de contrôle. La majorité recourait à leur « médecins traitant » ou « médecin de famille » pour des renouvellements de contraception voire des frottis gynécologiques. Le recours au gynécologue était plus souvent associé au suivi de

grossesse et constituait même parfois un premiers recours aux soins de SSR chez les femmes les plus éloignées du système de santé.

La médicalisation de la grossesse et l'accouchement semble agir comme une norme sociale puissamment incorporée [Antil, O'Neill, Saillant, 1987 ; Sargent, Bascope, 1996 ; Jacques, 2005]. En France, elle est inscrite dans la loi par le biais des séances obligatoires de suivi de grossesse. Le rapport MédocIResp montre des recours quasi-systématiques aux sages-femmes et gynécologues obstétriciens sur la presque île qu'ils soient installés en libéral, employés en PMI ou exerçant à la maternité. Certaines femmes se faisaient suivre et accouchaient sur le bassin d'Arcachon ou à Bordeaux, en raison de rumeurs concernant la maternité médocaine de niveau 1, du manque d'anonymat inhérent à ce type de petite structure ou encore de mauvaises expériences vécues dans un des services de la clinique. D'autres, plutôt néo-rurales, appréciaient justement le côté intimiste du petit service tandis que d'autres encore expliquaient que la maternité du Médoc était tout simplement la plus proche, la mieux connue et la plus facilement accessible pour elles. L'équipe de sociologues de l'enquête MédocIresp, plus investie sur cette question que l'équipe anthropologique, a souligné une forte médicalisation des pratiques de soins dans cet établissement dans notre rapport:

« Alors que l'on aurait pu faire l'hypothèse d'une prise en charge du suivi de grossesse et de l'accouchement moins médicalisée car il s'agit d'une petite unité, d'un personnel plus attentif et réceptif aux demandes des parturientes, nous faisons le constat que les pratiques professionnelles du service reflètent tous les aspects classiques d'une prise en charge technicisée. La maternité du Médoc n'échappe pas à la conception française de la grossesse et de l'accouchement qui voit dans la naissance, un risque permanent. En France un accouchement est considéré *a priori* comme pathologique, ce n'est qu'*a posteriori* (soit deux heures après la naissance de l'enfant), qu'il peut être jugé comme normal. L'influence hospitalière où la technique fonctionne comme principe directeur de l'activité médico-hospitalière vient accentuer la mission curative du personnel soignant. Le niveau de la maternité étudiée n'interfère donc pas sur les pratiques médicales qui restent très normatives. » [Kotobi, Jacques, *et al*, 2013 : 87]

La sécurisation de la grossesse et de l'accouchement rendu indolore à l'hôpital par l'utilisation de « la péridurale » [Chapitre 2] constitue un argument fort pour les parturientes rencontrées. Nous verrons plus loin qu'une petite minorité de femmes rencontrées mobilisaient des recours aux soins plus populaires ou jugés non conventionnels, ou avaient décidé d'accoucher chez elles. Leurs pratiques étant souvent perçues comme inefficaces ou risquées, ces femmes pouvaient être considérées comme irresponsables par les professionnels de santé car elles refusaient consciemment une prise en charge sûre pour elles et pour leurs bébés.

Des campagnes de dépistages à la fin de la vie féconde

En France, la lutte contre le cancer s'est solidement organisée autour de campagnes préventives faisant la promotion des dépistages à grande échelle et autour de l'amélioration des conditions de traitement et de vie des malades notamment grâce à des instituts nationaux comme *La ligue contre le cancer* fondé en 1918 et l'INCA depuis 2012 qui financent aussi de la recherche⁶³. Depuis quelques années, la lutte contre la maladie croise le champ de la SSR concernant notamment les cancers de l'appareil reproducteur féminin. Depuis 1992, l'association nationale *Le cancer du sein parlons-en !* a rendu publiquement visible cette grave affection dont elle a symbolisé la lutte par son emblématique Ruban rose et l'organisation annuelle de la campagne de sensibilisation *Octobre rose*. En Gironde, l'AGIDECA milite localement en coordonnant le dépistage organisé à partir de 50 ans des cancers du sein chez les femmes et des cancers colorectaux car ils sont statistiquement les cancers les plus fréquents. Les femmes atteignant l'âge de 50 ans sont enjointes par des affiches et des courriers à effectuer une mammographie de contrôle remboursée par la sécurité sociale auprès de professionnels agréés tous les deux ans.

La population ciblée, les femmes de plus de 50 ans, est une population d'ordinaire chargée de représentations. Véronique Moulinié rapporte qu'il a été courant pendant la deuxième moitié du XXe siècle de procéder massivement à leurs hystérectomies « pour leur tranquillité », pratiques préfigurant la médicalisation de la ménopause et qui faisait passer symboliquement les femmes de l'âge fécond à celui de grand-mère (c'est-à-dire d'une femme asexuée) [Moulinié, 1998 ; 2015]. L'endocrinologie occupe désormais une place grandissante dans l'espace thérapeutique offert par la ménopause et développe des prises en charge hormonales pour diminuer les effets nuisibles liées aux dérèglements du cycle menstruel.

Il n'est donc pas anodin que les femmes rencontrées dans le Médoc aient souvent associé le dépistage du cancer du sein à la fin de leur vie de femme féconde et à la période de la ménopause. L'une me montra les dépliants de promotion du dépistage qu'elle avait reçus (il s'agit de campagnes d'envois postaux systématiques aux populations cibles organisés par les associations de lutte contre la maladie). Elle plaisanta en disant que ça lui avait « donné un coup de vieux gratuit dans la boîte aux lettres ! » même si elle reconnaissait l'utilité et le bien-fondé de ce dispositif, d'autant plus pertinent que les symptômes du cancer sont souvent silencieux dans les premières phases de la maladie (comme ceux du VIH-Sida qui fait aussi l'objet de campagnes de

⁶³ Voir par exemple à ce sujet le rapport de l'INCA *La situation du cancer en France en 2011* paru en 2011 à Boulogne-Billancourt, Collection rapports & synthèse ; voir aussi les enquêtes FECAPSE 1 et 2 menées en 2008 et 2011, également financées par l'INCA et portant sur le vécu des femmes atteintes de cancers pelviens à Bordeaux et Toulouse. Le rapport FECAPSE 1 est désormais disponible : INCA, *Rapport d'activité final : Etude longitudinale de la relation de couple de Femmes atteintes d'un Cancer Pelvien : impact sur la Sexualité. Etude exploratoire (FECAPSE 1)*, 2011.

dépistages pour les jeunes) Juanita avait elle aussi clairement associé la cinquantaine avec la ménopause et le dépistage du cancer du sein. Laurence Kotobi et moi même avons rencontré cette femme âgée de 52 ans et travaillant chez elle comme famille d'accueil, par le biais d'une de nos interlocutrices privilégiées qui avait tout de suite pensé à elle quand nous lui avons présenté notre enquête « sur la santé des femmes » :

« J'ai très mal pris la cinquantaine. J'ai eu un début de cancer du sein. Pourtant je suis quelqu'un de très résistante, même pour l'accouchement... (...) Mais le cancer du sein, sur le coup, j'ai fait une dépression. Au début, je croyais que c'était la ménopause, j'ai été très à l'écoute de mon corps, un peu poussée par le médecin traitant. Quand j'ai eu 50 ans, ça m'a fait un déclic et j'ai voulu faire un bilan de santé. J'ai fait une mammographie à la clinique, et là ils ont vu quelque chose. C'était une jeune qui l'a vu. Je ne suis pas quelqu'un qui s'angoisse vite, le milieu médical a été très accueillant, ils m'ont tout expliqué... Ça m'a fait paniquer. Après, je suis allée à la clinique du Bassin car ils sont plus spécialisés dans le sein. C'est le radiologue qui m'avait dit d'aller là-bas. » [Juanita, 52 ans, famille d'accueil]

Juanita, « à l'écoute de son corps » exerçait une surveillance de sa santé en tant que femme et pensait avoir décelé les premières manifestations de la ménopause. Le « déclic » survenu à ses 50 ans et qui l'avait poussée à faire une mammographie traduisait l'incorporation des normes actuelles de santé en SSR qui, instituées par le biopolitique sous des formes diverses, s'appuient sur des représentations sociales plus anciennes du corps et des âges de la vie des femmes. Les soins préventifs médicalisés actent désormais le passage d'un âge à un autre, d'une identité de femme à une autre, quel que soit le diagnostic. Dans le cas d'un verdict de cancer de l'appareil reproducteur féminin, comme chez Juanita, la maladie apporte une résonance supplémentaire à la construction de leur identité en tant que femme [Giacomoni, 2015].

4.1.1.2. Problèmes graves et situations d'urgences

La survenue d'un diagnostic grave ou de symptômes inquiétants implique une autre logique de recours aux soins, non plus préventive mais strictement curative. Cette logique reposant sur la gravité et l'urgence des situations semble particulièrement caractéristique dans le domaine de la SSR. Les femmes rencontrées consultaient généralement qu'aux âges de la vie, parlaient peu de leur maux intimes par pudeur, parce qu'elles n'y étaient pas invitées, ou parce qu'elles avaient le sentiment que leurs douleurs étaient banales, par crainte d'être jugées ou encore parce que leurs symptômes étaient silencieux [Chapitre 2]. Le rapport MédocIresp relève également des formes d'arbitrages en fonction de la couverture santé (droits ouverts ou non, adhésion à une mutuelle), des priorités de santé, une maladie grave et chronique pouvait faire passer le

suit gynécologique au second plan ou encore selon les priorités familiales, la gestion du quotidien ne laissant pas toujours de place à une prise en charge préventive de la santé en SSR [Kotobi, Jacques *et al.*, 2013 :158-162].

Nous allons voir ici que les recours aux soins de SSR, hors la prise en charge médicalisée des âges de la vie, sont généralement motivés par une évaluation subjective du trouble constaté, vu comme grave. C'est une dynamique d'urgence qui anime la recherche d'un diagnostic biomédical perçu comme fiable et celle d'un traitement dont l'efficacité, souvent perçue comme quasi-immédiate, a été prouvée scientifiquement.

Dans le cas précis de l'IVG, nous comprendrons que le recours au système de soins officiel est lui incontournable en raison des techniques utilisées mais aussi et surtout du cadre légal qui définit la pratique.

La recherche d'un diagnostic perçu comme sûr et d'une efficacité reconnue

Des saignements anormaux, de vives douleurs au bas-ventre ou des contractions trop précoces dans le déroulé d'une grossesse étaient autant de signes corporels pouvant conduire à un recours à un médecin spécialisé en SSR. Ce fut des douleurs dans le bas ventre qui avaient alerté Solène, la pépiniériste, quelques années avant la naissance de son petit garçon. Prise de contractions sans savoir qu'il s'agissait de cela, elle a consulté un médecin en urgence face à l'intensité des douleurs :

« CL : – Lorsque tu disais que tu avais fait une fausse couche, c'était il y a longtemps avant la naissance de ton enfant ?

Solène : – C'était 5 ans avant la naissance de mon fils environ.

CL : – Est-ce que cela avait été du à quelque chose de précis ?

Solène – Oui... cela s'est passé très bizarrement. En fait, je vivais seule, j'avais quelqu'un dans ma vie. Pour moi, j'avais quelqu'un dans ma vie, pour lui, il n'avait personne. (...) Nous n'étions pas des jeunes stables, standards, comme il faut. On va dire que l'on était des gens polytoxicomanes. Donc cela ne va pas avec...

En fait, j'ai eu des douleurs récurrentes dans le bas du ventre. Un jour, j'ai eu mal à me rouler par terre. J'ai été voir en urgence un gynécologue qui m'a dit que j'étais ... enceinte... Enfin, je ne me souviens plus trop bien... Ce qui est sûr c'est qu'il m'a dit que je devais aller aux urgences... J'étais enceinte de trois mois, j'avais dû faire une fausse couche quelques semaines auparavant et mon corps n'avait pas évacué cet autre corps. Je commençais seulement à me dire qu'il y avait un truc qui n'allait pas. » [Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

La prise en compte de la douleur a pu être altérée par l'usage des drogues chez Solène, ou par le peu d'attention qu'elle disait porter à son corps, elle qui était « cramée par les deux bouts ». Solène a aussi pu juger ces douleurs « normales » et « supportables », comme c'était souvent le cas chez d'autres femmes rencontrées concernant les douleurs menstruelles, régulièrement banalisées par les professionnels de santé et par les femmes elles-mêmes. Chez Solène, c'est l'intensité de la douleur – « à se rouler par terre » c'est-à-dire à ne pas pouvoir maintenir une position « normale » - qui l'a alertée et l'a décidée à consulter un médecin qui avait alors amorcé un protocole d'IVG médicamenteuse afin de finaliser l'expulsion du fœtus.

Les femmes étant généralement incitées à une auto-surveillance de leurs cycles et des phénomènes réguliers de leur corps, elles disaient pouvoir rapidement déceler un signe ou une douleur anormale. Si celle-ci générait une trop grande gêne pour assurer le quotidien ou qu'elle ne ressemblait pas à quelque chose de connu par elles ou leurs proches, elle était frappée du sceau de la gravité potentielle et de l'urgence. L'inquiétude suscitait une prise de rendez-vous la plus rapide possible chez le médecin traitant ou le gynécologue habituel. Plus rarement, dans le cadre de maux aux manifestations aiguës, le service des urgences de la clinique pouvait permettre un accès à des soins de SSR via un praticien de garde à la maternité [Kotobi, Jacques *et al.*, 2013].

La logique de l'urgence repose sur la perception subjective d'un problème de santé vu comme inquiétant et potentiellement grave compte tenu de la modification de la vie ordinaire qu'il entraîne. Elle est ensuite conditionnée à la décision de recourir à des soins, à la présence et à la disponibilité d'un thérapeute potentiellement à même de soigner le problème et à son accessibilité.

Certains maux ne peuvent se satisfaire de l'urgence et nécessitent des suivis plus réguliers. C'est le cas des cancers ou de l'endométriose quand elle est diagnostiquée. Ce dernier point m'invite à souligner la dynamique de recherche de la cause du mal qui animait les itinéraires thérapeutiques de certaines femmes car l'endométriose demeure une maladie gynécologique méconnue et sous-diagnostiquée. Marie Renée par exemple avait réalisé des examens des années durant pour tenter d'expliquer ses douleurs pendant ses rapports sexuels, dues à un mauvais positionnement de l'utérus dans la région pelvienne.

Dans le cadre des recours aux soins de la SSR, c'est avant tout un diagnostic médical sûr, appuyé sur la biologie et l'imagerie ainsi que l'efficacité des traitements chirurgicaux ou médicamenteux qui est recherchée. La plupart des femmes disaient « faire confiance en la médecine ». Dans une situation jugée grave ou aiguë, cette efficacité est presque toujours priorisée au profit d'autres recours, qui nous le verrons, obéissent à d'autres logiques de recours pour des maux plus chroniques ou non pris en charge par la SSR.

L'IVG, un recours urgent et médicalisé

En raison de l'histoire et de l'encadrement juridique de l'IVG en France [Chapitre 3], cet acte est généralement réservé aux médecins spécialisés qui acceptent de le pratiquer, n'utilisant pas leur clause de conscience prévue par la loi. La médicalisation de l'IVG l'a rendue plus sûre pour les femmes qui avortaient clandestinement au risque d'en mourir jusqu'en 1975. Aujourd'hui, tout avortement non médicalisé qui ne respecterait pas les conditions légales prévues demeure répréhensible, ce qui explique les recours transnationaux des femmes qui ont dépassé les délais légaux en France et qui se rendent en Espagne ou en Angleterre pour avorter, les délais y étant plus longs.

En région bordelaise, l'hôpital où j'ai enquêté sur l'IVG en 2010 possédait un service d'orthogénie, c'est-à-dire un service entièrement dédié à la pratique des IVG médicamenteuses et chirurgicales pour les femmes venant de toute l'Aquitaine voire parfois d'autres régions ou d'autres pays (pour des raisons d'accès, de coût et de sécurité). Il était sécurisé depuis qu'un commando anti-IVG avait fait irruption dans les débuts des années 1990 dans les chambres et le bloc opératoire. Les militants, brandissant des fœtus en plastique, s'étaient enchaînés au mobilier.

L'organisation du travail entre les différentes professions médicales et les corps de métiers impliqués était très protocolisée, voire ritualisée. J'ai montré que cette protocolisation, certes propre au travail hospitalier, permettait de tenir à distance les affects des professionnels face à une activité quotidienne peu valorisée et parfois difficile émotionnellement. Cette organisation permettait également une grande efficacité quant à la gestion des délais souvent courts et au flux constant de demandes : les femmes arrivaient régulièrement avec des grossesses avancées en regard des délais légaux (7 semaines d'aménorrhée pour la méthode médicamenteuse et 14 pour la chirurgicale) dans ce service qui réalisait en moyenne une dizaine d'IVG par jour [Lemonnier, 2011].

Depuis la circulaire DGS du 26 Novembre 2004, les médecins de ville spécialisés en gynécologie ou expérimentés dans ce domaine peuvent, sous certaines conditions, pratiquer des IVG médicamenteuses en partenariat avec un service hospitalier référent. Ce dernier doit être situé à moins d'une heure de trajet du domicile de la patiente qui prends les comprimés abortifs chez son médecin et évacue ensuite chez elle en tenant son médecin informé par téléphone. La loi de santé de 2015 accorde désormais le même droit aux sages-femmes pour en améliorer l'accès.

Dans le Médoc, le projet GNS avait permis une prise de conscience pour les professionnels des difficultés d'accès à l'IVG pour les femmes sur le territoire [Chapitre 3]. L'équipe anthropologique de l'enquête MédocIresp s'est montrée particulièrement vigilante à cette question [Encadré 21].

Encadré 21 : La prise en charge des IVG et des ITG

Source : Rapport MédocIresp [Kotobi, Jacques et al, 2013 : 91-93]

« [La prise en charge des IVG] est disponible seulement à la Clinique étant délivrée au sein de deux services :

-La méthode de l'IVG médicamenteuse est disponible au sein du service de Gynécologie, où durant l'enquête, les interruptions ont été effectuées jusqu'en 2012, par l'un des deux gynécologues-obstétriciens, l'autre exerçant son droit de refus (en application de la clause de conscience (...)). Le médecin pratique seulement l'IVG médicamenteuse, mais il présente également aux patientes la technique par aspiration proposée par l'un de ses confrères chirurgien. Le choix de la méthode est ainsi laissé à la patiente (...) Il présente l'avortement médicamenteux comme une intervention simple : la femme prend RDV, le médecin lui remet deux comprimés pour préparer l'expulsion, puis la patiente revient à la clinique 36 h à 48 heures plus tard et reste en hospitalisation (hôpital de jour) 3h sous la surveillance d'une infirmière.

-Les IVG chirurgicales sont pratiquées par l'un des chirurgiens du service de Chirurgie Viscérale et Générale, ainsi que les ITG (...). Cette situation, active au début de notre enquête en septembre 2010, a évolué en été 2012 en raison des changements survenus dans l'équipe « Gynécologie », qui a assuré pendant quelques mois les IVG-chirurgicales, en parallèle avec le service de Chirurgie, du fait de la spécialité chirurgicale et de l'accord du remplaçant (qui a ensuite quitté la clinique). Ces éléments contribuent à montrer les variations de l'offre, en fonction d'un *turn-over* important qui a touché les praticiens en gynécologie de la clinique au cours de ces deux dernières années. (...)

Néanmoins, même si la pratique des IVG a été instaurée au sein de la clinique immédiatement après la Loi Veil suite aux pressions du service régional de l'action sanitaire et sociale de l'époque, elle ne fait pas aujourd'hui l'objet d'un protocole organisé plus spécifiquement pour ce type de soin. Certes, si les femmes peuvent « choisir » la méthode d'interruption de leur grossesse et si le délai d'attente est relativement court⁶⁴, la clinique n'investit pas pour autant dans la prise en charge des IVG, pour les faciliter. En pratique, un bricolage « institutionnalisé » a pu être observé : basé sur la disponibilité des professionnels et des personnels en charge, il s'organise entre différents services au sein desquels les femmes sont souvent « échangées » entre les praticiens qui se les adressent, sans avoir toujours pris ni le temps de les écouter « avant » (notamment sur la méthode qu'elles demandent) ou de les accompagner « après ».

La prise en charge de l'IVG de *Claire* – que l'équipe a pu observer en été 2011 – est un bon exemple en ce sens. Agée de 15 ans lors de notre rencontre, Claire a été orientée vers la Clinique par son médecin traitant. Premièrement, elle a été rencontrée par Dr. P au service Gynécologie. Ensuite, nous l'avons pu observer lors de son entretien d'une vingtaine de minutes avec Dr. G au sein du service Chirurgie. Après une discussion générale sur l'état de grossesse de la patiente et ses antécédents médicaux, Dr. G lui a expliqué les risques de la procédure. Mais très vite, devant les réponses monosyllabiques de Claire, il a dirigé son discours envers ses parents qui l'accompagnaient. La grossesse, diagnostiquée par le médecin trainant et confirmée – avec une échographie - par Dr. P, a été reconfirmé lors d'un court examen pelvien (réalisé par Dr. G dans une annexe séparée). Vue l'avancement de la grossesse (12 semaines), la date de l'intervention a été arrêtée pour la semaine suivante. En sortant de cette '*consultation préopératoire*', la secrétaire de Dr. G a informé Claire qu'elle devait aussi réaliser un entretien avec un anesthésiste (rendez-vous pris par la même secrétaire) et réserver une chambre à l'hôpital de jour pour la date de son intervention. Pendant nos observations, nous n'avons pas eu d'information relative à l'entretien obligatoire avec le psychologue de la Clinique. Selon la procédure du chirurgien, après son IVG, Claire a été adressée en post-l'IVG à son médecin traitant, munie d'une lettre. Celui-ci était supposé assurer sa '*surveillance*', ainsi que veiller à sa '*contraception ultérieure*'.

De même, l'attention, voire l'accompagnement psychologique que ce geste demande n'était pas toujours présents du côté médical (...) Certaines femmes rencontrées au cours de l'enquête nous ont fait part de ce sentiment d'avoir été reçues « à la chaîne » ou « sans s'étendre sur la question »... »

⁶⁴ Par rapport aux délais auxquels les femmes doivent se soumettre sur la CUB.

La médicalisation et l'encadrement juridique de l'IVG ainsi que sa mise en place institutionnalisée dans le Médoc n'offrant *a priori* pas d'alternatives, toutes les femmes qui nous ont rapporté s'être faites avortées ont fait l'objet d'une prise en charge à l'hôpital ou à la clinique⁶⁵. Ilham, coach sportif d'environ 35 ans, bien que très méfiante vis-à-vis du monde médical, reconnaît avoir eu la chance de pouvoir recourir à une IVG dans un hôpital bordelais, même si elle critiquait vivement l'accueil qu'elle y avait reçu, se sentant culpabilisée par les professionnels avec qui elle avait finalement réussi à dialoguer (nous y reviendrons). Zorah, 25 ans sans emploi et maman d'une petite fille, regrettait le manque de prise en charge psychologique en post-IVG à la clinique du Médoc. Cet accompagnement n'a pas dû lui être proposé alors qu'une psychologue y travaillait régulièrement.

Loin d'une prise en charge hospitalière protocolisée, l'IVG en Médoc se soumettait donc à un « bricolage institutionnalisé » en raison d'un faible nombre de demandes d'une part et d'un fort *turn-over* dans les équipes soignantes d'autre part. Nous avons pointé dans le chapitre précédent que pendant les périodes de congés ou de départ à la retraite des médecins pratiquant l'IVG, le recours à celui-ci était particulièrement difficile, les femmes partant alors sur Bordeaux où les services sont surchargés en été. A la fin de notre enquête de terrain, en automne 2012, le seul cabinet libéral de gynécologie du Médoc était en train de monter un dossier de protocole avec la clinique, pour la mise en place des IVG médicamenteuses « en cabinet de ville » suite à l'installation en libéral de l'un des médecins « avorteurs » de la clinique. Il convient également ici de rappeler les efforts de la Plateforme Santé Social du Pays Médoc et de ses partenaires de l'IREPS et du MFPF pour pallier aux difficultés que rencontre la prise en charge de l'IVG dans le Médoc, par la mise en place d'un réseau de coordination entre les professionnels de terrain favorisant l'accès à l'IVG aux jeunes filles [Chapitre 3]. Plus globalement, c'était la question de la désertification médicale en SSR qui était abordée dans ce projet, question qui n'échappait pas aux femmes du Médoc qui, comme nous allons maintenant le voir, développaient des logiques de « débrouille » pour accéder aux soins de SSR quand elles en éprouvaient le besoin.

4.1.2. Les logiques de débrouille pour accéder aux soins

La « débrouille » ou le « système D » désignent familièrement les astuces, techniques et arts de faire empruntés ou inventés par les individus au quotidien pour se tirer d'affaire ou pour s'adapter à des situations qui leur sont *a priori* défavorables. Les logiques de débrouille sont le plus souvent ethnographiées dans des contextes de précarité voire de

⁶⁵ Une guérisseuse magnétiseuse rencontrée en Médoc m'a toutefois rapporté avoir « fait tomber » par magnétisme un fœtus « malformé à l'échographie ». La mère, qui « avait rendez-vous pour avorter à l'hôpital » aurait demandé à la guérisseuse « si elle pouvait y faire quelque chose avant ».

pauvreté au prisme de thématiques précises comme par exemple la question de la mobilité et des transports dans plusieurs capitales d'Afrique sub-saharienne [Godart, 2002], celle de l'économie informelle dans des réseaux d'échanges entre petits commerçants et citadins de Kinshasa [Ayimpam, 2010] ou celle du mode de vie des familles précaires en Belgique [Jamouille, 2005] ou des jeunes marginaux en itinérance au Québec [Gagné, 1996].

Dans le domaine de la santé, les travaux sur les inégalités sociales de santé en éclairent les dimensions structurelles [Leclerc, Fassin *et al.*, 2000 ; Aïach, 2010] tandis que l'accès aux soins est étudié sous l'angle du « non recours » aux droits en santé [Warin, 2010] et aux soins [Rode, 2010] ; Warin, 2011] ainsi que du « renoncement aux soins » [Desprès *et al.*, 2011a ; 2011b]. La recherche MédocIresp s'est révélée innovante dans la mesure où encore très peu de travaux ont porté sur les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins dans le domaine spécifique de la santé reproductive et génésique [Kotobi, Jacques *et al.*, 2013]. *La journée d'étude anthropologique, le rapport final comme notre article* [Kotobi, Lemonnier, 2015] discutent les notions de « non-recours » et de « renoncement aux soins » à la lumière des conduites de santé observées chez les femmes rencontrées dans le Médoc. Parmi ces dernières, très rares étaient finalement celles qui ne se soignaient pas malgré le contexte de désertification médicale, leur situation de précarité, les difficultés liées à la migration ou les contraintes du quotidien. Différant parfois les recours dans le temps, elles faisaient preuve d'une débrouille souvent invisible mais pourtant efficiente et productrice de lien social. Je restitue ici quelques éléments tirés d'entretiens concernant la perception de l'offre de soins par certaines de nos interlocutrices pour mieux contextualiser ensuite les logiques de débrouille que nous avons identifiées.

4.1.2.1. Quand les femmes racontent leur accès aux soins sur la presqu'île

« A Bordeaux, il y a tout ! »

En 2010, Thérèse était ma collègue dans le centre de documentation bordelais où je travaillais. Elle prenait le bus chaque jour pour arriver depuis le village de Saint-T dans le Médoc, à une heure de route de là. Agée d'environ cinquante-cinq ans et d'origine réunionnaise, elle vivait avec son « mari et ses chats à la campagne » :

« A Saint-T., il n'y a pas de médecin, ni de pharmacie. Il y a tout juste une épicerie qui a ouvert il y a pas longtemps. C'est pratique. Autrement, pour le pain et les médicaments, le boulanger et le pharmacien viennent chacun avec leur camion et ils font la distribution. Sinon, il faut aller à 10 kilomètres, à Saint. U. Y a un médecin là-bas. ». [Thérèse, 54 ans, secrétaire]

Thérèse avait l'habitude de se rendre à Bordeaux pour son travail, et puis aussi pour sa santé dès lors qu'elle devait consulter des médecins spécialistes.

Mon amie de Bordeaux m'a également présentée Aude, travailleuse sociale dans le Médoc. En 2011, lors d'un entretien à son domicile dans le Nord du Médoc, elle nous appris qu'elle attendait un enfant. Dans le domaine de la santé, la jeune femme semblait bien informée de l'offre de soin disponible sur le territoire du fait des exigences de son travail. Ainsi, elle nous expliqua que dans le Médoc, surtout dans sa moitié nord, les médecins généralistes libéraux se trouvaient débordés par une trop forte affluence compte tenu de leur faible effectif, tant et si bien qu'il en devenait difficile d'en trouver un acceptant de devenir le « médecin traitant » du patient :

« Mon médecin par exemple, il ne prend plus personne d'autre dans sa clientèle, à part quand il y a un mort. Moi c'est comme ça que j'ai pu avoir une place, parce que c'était celle d'une personne qui venait de mourir. [Aude, 28 ans, travailleuse sociale, en couple, 1 enfant]

Pour les médecines de spécialité, elle se rendait la plupart du temps à Bordeaux où elle décida d'accoucher pour plus d'anonymat (elle ne voulait pas croiser « ses familles » de la MDSI à la maternité) après avoir été suivie par ses collègues sages-femmes de la PMI dans le Médoc. Il s'agit là d'une exception car jusqu'alors, elle « allait à Bordeaux pour tout ! ».

Contrairement à Sophie, Aude n'évoqua pas de pédiatre à E. mais à B. et Saint-M., deux villes également situées à proximité de Bordeaux. Le manque de pédiatre se fait sentir au nord de la presqu'île, et certains « arrangements » s'opèrent parfois : la future maman sait que « à la pointe du Verdon, Mme Dubos - elle est médecin- elle propose des consultations spéciales pour les enfants ». D'ailleurs, elle ajouta qu'en cas d'examens médicaux ou d'hospitalisations, il arrive souvent que « les enfants passent par la clinique, puis sont transférés au CHU » de Bordeaux.

Aude et Thérèse déploraient clairement le manque de disponibilité ou l'absence du médecin généraliste de proximité, avant même de considérer la densité médicale des médecins spécialistes. Pour Thérèse, qui travaillait et se soignait à Bordeaux, cette rareté médicale semblait adhérer à une certaine représentation de « la campagne » lui rappelant aussi parfois des situations vécues à Madagascar. Sujette à de graves problèmes de santé, sa proximité quotidienne avec Bordeaux lui était importante car elle ne pouvait être suivie par les spécialistes de son choix. Pour Aude, travailleuse sociale, « la rareté médicale » participait à l'isolement et à la précarisation des populations qu'elle rencontrait dans son travail. Il est curieux d'observer que les deux femmes les plus radicales de mon échantillon quant à l'accessibilité du médecin de premiers soins en Médoc, le généraliste étant considéré comme le premier maillon des itinéraires thérapeutiques, demeurent des femmes diplômées et salariées de la fonction publique.

« Dans le Médoc, il y a le nécessaire... ou presque ! »

Lors de mon premier entretien avec Sophie, la commerçante saisonnière d'environ 32 ans rencontrée par l'intermédiaire de mon amie bordelaise, celle-ci venait d'emménager quelques mois plus tôt avec son petit garçon dans une maisonnette du village de Saint-P. :

CL : - Il y a un médecin ici ?

Sophie : - A Saint-P., vraiment, il y a ce qu'il faut. Le nécessaire quoi. Y a une petite pharmacie, le médecin, et à côté de la maison, tu verras, c'est un petit centre médical avec un cabinet de radiologie et un orthophoniste.

CL : - Il y a un gynécologue ? Et pour le petit, tu vas où ?

Sophie : - Pour la gynécologie et la pédiatrie, y a pas grand-chose dans le Médoc ! Faut aller à la clinique. Il y a deux gynécologues là-bas. Moi je vais chez Dr Quentin, c'est une gynéco libérale pas très loin de la clinique d'ailleurs... Après sinon, il faut aller jusqu'à Bordeaux. Et pour le pédiatre, il n'y en pas ! Le premier, il est à E.» [Sophie, 34 ans, commerçante saisonnière, célibataire, un enfant]

E. était l'une des villes frontalières de la Communauté Urbaine de Bordeaux devenue Bordeaux Métropole. Cela signifie que pour Sophie, le premier pédiatre pour son fils se situait à plus de cent kilomètres de son domicile. Elle possédait une voiture, mais là n'était pas le problème qui résidait davantage dans l'organisation autour de la consultation, et de son caractère urgent ou non. Pour ce qui est de sa gynécologue qui avait suivi sa grossesse, la patience ou l'anticipation demeuraient les conditions nécessaires pour bénéficier de visites de contrôle qu'elle n'effectuait que rarement du reste. Néanmoins, elle savait pouvoir appeler ce médecin en cas de problème majeur.

Dans le cadre de l'enquête MédocIresp, j'ai participé à une rencontre avec des femmes résidant au sein de deux aires pour les gens du voyage, où nous sommes introduites par Mr Soulinot, le responsable local d'une association de solidarité et de médiation pour les voyageurs. Nous avons été présentées à Laura, Victoria et Samantha, leurs maris s'étant échappés en entendant que l'on venait parler de « la santé des femmes dans le Médoc pour la grande école, l'Université de Bordeaux ». Laura dit ne pas beaucoup aimer les médecins, alors elle a l'habitude de « se soigner toute seule ». Autrement, elle sait qu'elle peut voir le médecin de ville pour ses enfants, puisqu' « il y a un médecin à C. », mais le plus commode reste « l'hôpital de Bordeaux, parce qu'il y a tout ». Sa belle-sœur Victoria, tout juste arrivée sur le camp avec son époux et ses trois enfants, ne jure que par son « médecin traitant » qui exerce dans la ville de G. où elle louait une maison. « Il nous connaît bien, c'est pour ça que je change pas » n'a-t-elle eu de cesse de nous répéter. Elles expliquent que dans la majorité des cas, elles se déplacent chez le médecin, car « les médecins ne viennent pas » sur le camp. Ainsi, autant aller de préférence chez le docteur qu'elles connaissent.

Sophie, contrairement aux deux précédentes femmes, se trouvait satisfaite de l'accès qu'elle bénéficiait au médecin généraliste, tout comme Laura, Victoria, Samantha et les mères de Steffie et Marina. A l'exception de Laura, toutes les femmes ont formulé, plus ou moins expressément, l'importance de l'inter-connaissance avec le médecin généraliste, et parfois aussi avec le spécialiste, quitte à parcourir des distances plus longues pour aller le consulter. Victoria et la mère de Steffie accordent une grande place à leur « médecin traitant » respectif, car il les « connaît », elles qui par ailleurs, appartiennent à une population marginalisée.

Samantha, la nièce de Laura, a tout au plus vingt-cinq ans. Esteban est le dernier de ses cinq enfants. « Sur le nombre d'enfants, j'ai dépassé ma tante ! » s'amusait-elle à dire. Plus discrète, elle expliqua être suivie par la sage-femme de C., exerce gratuitement à la Protection Maternelle et Infantile de la MDSI la plus proche. Elle a mis au monde ses cinq enfants dans des maternités publiques bordelaises. Une fois, elle s'est fait poser un implant contraceptif dans le bras, mais elle a préféré le retirer car cela avait entraîné une prise de poids et la disparition de ses règles.

Chez les femmes rencontrées, il apparaît dans les discours plusieurs points relativement consensuels concernant les lacunes de l'offre sanitaire en termes de manque de disponibilité et de rareté des services publics et libéraux, notamment lorsqu'il s'agissait de consulter un spécialiste. Elles ont également formulé la volonté d'un contexte de soin relativement « confortable », permis par une véritable interconnaissance avec un médecin que l'on a pu choisir en même temps par une facilité logistique d'accès. Sur ce dernier point, une usagère de la Maison de Santé Pluridisciplinaire inaugurée dans le Médoc nous a déclarée être très satisfaite de cet établissement de soins compte-tenu de ses besoins en santé. Rappelons que cette MSP n'employait pas d'acteurs de la SSR.

Les femmes les plus âgées qui avaient toujours habité en Médoc trouvaient les plus jeunes trop exigeantes et « jamais satisfaites alors qu'elles ont tout ! » [Josette, 86 ans, mariée, sans enfant]. Bernadette, rencontrée à l'improviste dans une église du Médoc, s'exclamait :

« Dans le Médoc au niveau médical, y a tout maintenant ! Vous savez, moi j'ai accouché dans l'ambulance, j'ai pas pu attendre d'arriver à Bordeaux ! (...) La maternité n'existait pas encore ! Alors vous voyez bien ! » [Bernadette, 72 ans, retraitée, 3 enfants]

Ces remarques montrent de façon générale une demande de santé grandissante en même temps qu'un développement croissant des services de santé dans les zones rurales comme le Médoc, mais à une vitesse nettement inférieure par rapport aux évolutions de l'offre de soins en ville. Si le Médoc est moins un désert médical qu'hier, il demeure marqué par la pénurie en comparaison avec la pseudo-abondance bordelaise.

Une méconnaissance de l'offre existante

Les relais publics comme les services de PMI ne semblaient pas faire partie du réseau de soins de Sophie, notamment par méconnaissance des lieux de consultations et de son droit à les utiliser, elle qui ne se considérait pas dans la précarité. Elle assimilait ce type de service comme prioritairement destiné à une population défavorisée, alors qu'elle aurait pu en théorie en bénéficier. Ilham avait accouché chez elle avec l'aide d'une sage-femme proposant cette pratique assez rare. La professionnelle ne prenait pas en charge les soins du post-partum et Ilham a dû se débrouiller pour trouver les soignants adaptés, non sans difficultés et rebondissements (voir plus loin). Ayant des difficultés à allaiter et ne voyant pas son bébé grossir, elle a organisé une consultation avec la pédiatre de la clinique malgré son isolement et son état de fatigue. Cette dernière a effectué un signalement auprès des services sociaux de la MDSI, ce qui a d'abord choqué Ilham qui s'est radoucie face au professionnalisme de la puéricultrice venue l'aider :

« Une puéricultrice a débarqué chez moi, elle a surtout constaté que nous étions très fatigués, et encore plus du fait d'avoir couru partout pour demander une aide pour l'allaitement, pour avoir le test de Gutri... Elle constate que nous sommes fatigués, que j'ai très mal aux seins et elle m'a donné pas mal de choses et m'a énormément rassurée. C'est vrai que la puéricultrice de la MDSI, de la PMI exactement, a été super. Je ne connaissais pas la PMI avant et c'est bien dommage, les femmes devraient savoir que ça existe et que c'est pour tout le monde

Avec la sage-femme, on a essayé de le traiter par homéopathie mais ça n'a pas marché. Puis, Je ne voulais toujours pas passer au lait en poudre. Isabelle Duputier m'a donné le numéro d'un médecin homéopathe spécialisé dans l'allaitement, elle était située au Sud de Bordeaux... Elle m'a été d'un grand secours, elle a bien compris mon parcours, que j'étais un peu isolée, les chocs que j'ai eu. J'ai fait un traitement de fond qui a duré longtemps. » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Par leurs discours sur leur lien avec l'institution médicale, généraliste ou spécialisée, publique ou libérale, les femmes rencontrées permettent de saisir quelques éléments sur leur perception et usage du paysage sanitaire officiel médocain, et la façon dont elles organisent ou leurs recours.

4.1.2.2. Le « système D » face aux barrières socio-économiques, géographiques et culturelles

Une organisation des soins optimisée

Pour ce qu'il s'agit des soins spécifiques à la SSR, la rareté et/ou l'absence de choix thérapeutiques, et parfois la méconnaissance des institutions en place, constituaient des propos récurrents dans les discours féminins rencontrés. Sophie regrettait les distances à parcourir et l'anticipation nécessaire à la prise de rendez-vous chez le gynécologue ou le pédiatre. Marjorie nous avait précisé que le rendez-vous chez l'endocrinologue que devait voir sa fille se prenait près de quatre mois à l'avance. Concernant les rendez-vous chez les gynécologues, le temps d'attentes semblaient un peu moins long dans le Médoc (moins d'un mois en moyenne chez les femmes interrogées) qu'à Bordeaux (entre un et deux mois selon les sources).

Pour les femmes en situation de précarité qui n'avaient pas de voiture, le recours aux soins pouvait s'avérer compliquer à organiser dans la mesure où il n'existait que peu de lignes de bus internes au Médoc. Si certaines pouvaient compter sur le covoiturage avec leurs proches ou des personnes de leur connaissance, d'autres privilégiaient alors les recours à Bordeaux dans la mesure où les réseaux de bus et de trains se distribuaient quasiment tous sur l'axe Bordeaux-Lesparre [Chapitre 1] rendant parfois moins compliqué un trajet vers la métropole qu'à l'intérieur de la presqu'île.

L'idée selon laquelle « à l'hôpital à Bordeaux, il y a tout » et qui corollairement sous-entendait que dans le Médoc, il n'y avait rien de facilement accessible en termes de visibilité, de disponibilité, ou de logistique, étaient relayée par quasiment toutes les femmes. Bordeaux, c'est l'hôpital où toutes les spécialités biomédicales sont centralisées et le soin rendu gratuit ou presque. Dans un même lieu et une même journée, banalisée pour l'occasion, il était possible d'effectuer toute une série de consultations avec des spécialistes, pour soi, son enfant ou son mari, lesquelles peuvent s'accompagner de procédés diagnostiques comme les analyses sanguines, ou l'imagerie médicale, dont l'équipement est également disponible sur place. La clinique du Médoc (et la MSP dans une moindre mesure) remplissait également ce rôle, mais à une échelle plus faible, ne disposant pas de tous les moyens du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) bordelais. Néanmoins les services de soins en SSR dans le Médoc demeuraient assez fréquentés, Bordeaux restant une solution secondaire.

Les échanges de « bons tuyaux » et de services

La débrouille se joue souvent sur le registre de l'entraide et de l'échange de services. Lors d'une distribution alimentaire à l'association d'aide aux populations où notre équipe d'anthropologues a enquêté, j'assistai à une conversation entre Marjorie et son

amie Denise peu après que nous ayons appris que Jennifer, la fille aînée de Marjorie, était enceinte. La future grand-mère avait alors demandé à Denise en ma présence à quelles aides sociales Jennifer pouvait prétendre une fois installée en ménage. Denise était considérée dans le réseau de Marjorie comme une personne-ressource, connaissant « les bons tuyaux » et les rouages des aides sociales pour faciliter la vie des femmes de son entourage, souvent comme elle en situation de précarité. Elle rassura Marjorie en lui disant que sa fille et son gendre auraient droit au RSA, aux APL et à la CMU et lui recommanda de ne pas trop s'inquiéter. Marjorie entendait bien réaliser un suivi rapproché de la grossesse de sa fille qu'elle voulait sous les meilleurs auspices, ce qui signifiait pour elle, entre autre choses, un lieu de vie bien emménagé pour la future famille. Son fort investissement auprès de l'association (ramassage des sarments de vigne notamment) lui a permis en retour d'être aidée des bénévoles pour meubler le logement de son aînée et assurer un équipement de puériculture à moindre coût avec des objets de seconde main.

L'interprétariat improvisé

La question de l'interprétariat est de plus en plus pointée comme centrale dans la question de l'accès aux soins [Kotobi, Larchanché *et al*, 2013]. Dans l'un des CPEF investigués lors de l'enquête MédocIresp, j'ai été amenée à jouer **spontanément** les interprètes pour les besoins d'une femme hispanophone, issue de la communauté des gens du voyage et venue dans le Médoc pour travailler aux vendanges dans les châteaux viticoles environnants. Cette femme de 46 ans, séparée et mère de deux enfants, pensait être enceinte au vu de l'embonpoint qu'elle avait pris et des montées de lait significatives que ses seins produisaient. J'ai consacré un long encadré dans le rapport MédocIresp à cette situation [Annexe n°9] au cours de laquelle la gynécologue qui nous refusait habituellement l'accès à sa consultation, arguant le secret médical, a cette fois insisté pour que je vienne traduire. Je fus assez consternée du peu d'écoute et de l'infantilisation dont elle a fait preuve à l'égard de cette patiente, ainsi que de moi-même. Le rapport MédocIresp souligne que « concernant le problème de la langue posé par certaines femmes non francophones venues consulter, l'équipe n'a pas relevé de protocole de prise en charge précis, mais plutôt des pratiques de bricolage, tant du côté des consultantes que des professionnels. Ainsi, si l'existence d'un service téléphonique d'interprétariat associatif, pris en charge financièrement par le CG33 était connu des conseillères conjugales qui accueillait ces femmes, elles ne semblent pas l'utiliser en pratique, ce qui est assez courant, y compris dans les structures hospitalières (Kotobi *et al.*, 2013) ».

Fadila, jeune femme marocaine de 28 ans consultait régulièrement le CPEF de sa commune pour ses problèmes de thyroïde, responsables de plusieurs fausses couches successives. Habituellement, c'était l'une de ces amies plus âgée, Mme Zerrifi, qui

venait jouer les interprètes. Je les voyais souvent ensemble dans cette salle d'attente ou à l'association d'aide alimentaire. Un jour qu'elle était venue seule consulter au CPEF, Fadila me fit comprendre dans son français approximatif, qu'elle avait consulté un spécialiste à Bordeaux pour traiter ses problèmes. Elle venait voir la gynécologue pour lui signaler qu'elle était maintenant sous traitement pour les deux prochains mois et qu'elle souhaitait toujours tomber enceinte. Mme Zerrifi n'étant pas là pour la traduire, elle s'inquiétait de ne pas arriver à se faire entendre du médecin gynécologue ni de la comprendre. Elle montra tous les papiers du spécialiste consulté à l'hôpital de Bordeaux (échographie de la thyroïde, résultats d'analyses de sang, ordonnance) ainsi que la boîte de médicament, me demandant de lui lire. Elle voulait que je lui explique avant sa consultation de quoi retournait exactement son traitement, s'il lui permettrait uniquement de soigner la thyroïde, ou si il faciliterait aussi la grossesse. Mon incompetence en langue arabe ne pouvait pas me permettre d'accéder à sa demande, tout comme sûrement ce fut le cas pour la gynécologue. Fadila sortit de sa consultation l'air triste et déçu, semblant toujours sans réponse.

Les femmes qui ne parlaient pas bien le français étaient donc contraintes de trouver une accompagnante pour les traduire, ce qui a pu jouer sur certains recours. D'une part, les interactions entre soignants et soignées souffraient d'incompréhensions mutuelles. D'autre part, on peut penser que les demandes de soins étaient régulièrement sous-exprimées en raison des normes de pudeur concernant les maux de femmes et du manque d'anonymat provoqué par ce type de situation. Dounia par exemple, ouvrière agricole de 46 ans, en couple et sans enfant, était marocaine, possédait des papiers espagnols. Elle ne parlait et ne comprenait que peu le français lorsqu'elle est arrivée dans la commune médocaine où résidait une de ses sœurs. « Au Maroc, il n'y a pas le travail, et en Espagne, maintenant c'est pareil. » regrettait-elle.

Après une demande en urgence d'une Aide Médicale d'Etat à Bordeaux auprès d'une association bordelaise, Dounia poursuivit ses démarches administratives, sociales et médicales auprès des employés de la MDSI de sa commune. Il n'a pas été rare que j'intervienne pour lui lire et expliquer des courriers, ou prendre des rendez-vous par téléphone. Dounia s'employait ensuite pour les rendez-vous à trouver des femmes susceptibles de la traduire : ainsi sa sœur l'a parfois accompagnée, mais il a pu être observé qu'une simple connaissance, « attrapée au vol » dans la rue, pouvait être mobilisée pour jouer les interprètes. Le temps faisant, Dounia a pu se faire des amies sûres pour l'aider dans ses situations, et a réalisé de rapides progrès en français.

4.1.3. Des tactiques pour s'approprier une offre de soins normée et normative

Aux côtés des logiques rituelles, d'urgence et de débrouille qui semblaient guider les recours et l'accès aux soins spécifiques à la SSR des femmes rencontrées, apparaissait également des logiques tacticiennes. Michel de Certeau distingue la stratégie à la tactique. La première se définit comme « des actions qui, grâce au postulat d'un lieu de

pouvoir (la propriété d'un propre), élaborent des lieux théoriques (systèmes et discours totalisants) capables d'articuler un ensemble de lieux physiques où les forces sont réparties. Elles combinent ces trois types de lieu, et visent à les maîtriser les uns par les autres. (...). Le modèle en a été militaire, avant d'être "scientifique". » [Certeau de, 1990 : 62]. Quant aux tactiques, elles sont comme une multitude de façons de faire silencieuses dans les interstices de l'ordre établi ou d'attitudes bricolées permettant de « faire avec » :

« Les tactiques sont des procédures qui valent par la pertinence qu'elles donnent au temps – aux circonstances que l'instant précis d'une intervention transforme en situation favorable, (...) les tactiques misent sur une habile *utilisation du temps*, des occasions qu'il présente et aussi des jeux qu'il introduit dans les fondations d'un pouvoir. » [Certeau de, 1990 : 62].

La SSR constitue un domaine de la santé particulièrement normé et normalisant compte tenu des thématiques de santé qu'il recouvre ainsi que des orientations thérapeutiques choisies, largement inscrites dans le phénomène de médicalisation du social et dans la un fort principe de prévention et de réduction des risques. L'offre de soins et de prévention en SSR repose en France sur le système de santé officiel selon une organisation des services par thématiques (contraception, avortement, grossesse, dépistage des MST, des cancers gynécologiques...) et par populations-cibles (jeunes, vieux, précaires...) [Chapitre 3]. Dans ce contexte, il s'agit maintenant d'examiner les situations où les pratiques des femmes, pas toujours en adéquation avec les attentes et discours des professionnels censés normaliser leurs conduites, usent de tactiques auprès d'eux pour arriver à leurs fins.

4.1.3.1 Une appropriation des services de soins : le cas d'un CPEF

Dans le cadre de la recherche MédocIresp, les trois centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) du Médoc ont été ethnographiés en tant qu'offre publique de services de soins spécialisés en santé sexuelle et reproductive. Dans le cadre de ce travail, j'ai surtout concentré mon observation au sein de l'un d'entre eux. Comme les autres CPEF de la presqu'île, le service (comme celui de PMI) était hébergé par la MDSI locale. Celle-ci dépendait du Conseil Général de la Gironde qui avait découpé le Médoc en trois zones territoriales du Nord au Sud et implanté ce type de structure dans chacune d'entre elles, comme dans les autres « territoires » du département. La majorité des femmes rencontrées bénéficiaires du CPEF étaient pour autant loin de ces considérations détaillées de la mise en œuvre des politiques locales d'accès aux soins. Pour la plupart, le « planning » était un lieu facilement accessible car situé en centre-

ville et près de chez elles⁶⁶, où l'on pouvait se rendre avec ou sans rendez-vous et à moindre coût (voire gratuit), que ce soit pour des consultations médicales ou de conseil conjugal ou pour certains produits spécifiques, comme les préservatifs, les tests de grossesse et les contraceptions d'urgence. L'entrée dans le bâtiment ouvrait sur une salle d'attente où était classiquement disposées des chaises en cercle, adossées aux murs et faisant face à une table basse centrale jonchée de magazines féminins, de brochures de la Caisse d'Assurance Familiale, d'exemplaires de la revue du Conseil Général et de dépliants contenant des messages de prévention contre les MST et les grossesses non désirées. Des « invitations » en papier permettaient de bénéficier de services de soutien en puériculture et dans le domaine de la parentalité. Des jouets destinés aux enfants en bas-âge étaient rangés dans un coin de la pièce. Des affiches plus ou moins récentes garnissaient les murs et contenaient elles aussi des messages de prévention.

Attenantes à la salle d'attente se distribuaient deux cabinets de consultation, celui de la conseillère conjugale et celui des médecins gynécologues qui se relayaient au fil des permanences. Nous avons surtout fréquenté cette salle car malgré l'autorisation reçue de la part du Conseil Général pour effectuer une observation ethnographique des consultations, les médecins de la structure ne nous ont pas ouverts leurs portes pour préserver leur secret médical. Ces conditions d'enquête ont toutefois permis une observation fine des interactions au sein de cet espace qui ne ressemblait que rarement à un lieu d'attente silencieuse mais plutôt à un endroit de rencontres et de paroles entre femmes hors de chez elles et relativement garant des secrets qui s'y partageaient. En effet, même si les hommes pouvaient consulter les services du CPEF et de la PMI, ils ne venaient que très peu ou en tant qu'accompagnants.

Deux groupes de femmes se retrouvaient alternativement dans la salle les jours de permanence. Le premier était constitué de jeunes lycéennes dont la plupart avait pris connaissance de ce service grâce au travail de partenariat entre l'ancienne puis la nouvelle conseillère conjugale et l'infirmière scolaire⁶⁷.

⁶⁶ Nous avons rarement rencontré dans ce CPEF des patientes qui venaient de plus loin que les quelques communes attenantes à la ville de D. Difficile de savoir si les femmes habitant au-delà de ces communes renonçaient aux soins, si elles connaissaient réellement cette offre publique et si elles consultaient des spécialistes en santé reproductive par ailleurs.

⁶⁷ La séance de « prévention et d'éducation à la vie affective et sexuelle » décrite au Chapitre 3 illustre l'un des aspects de ce solide partenariat.

« La logique de groupe des adolescentes du lycée » déstabilisant l'organisation du travail

Les professionnelles insistaient sur l'idée que le centre de planification se devait d'être un lieu où « on se sent libre et à l'aise de venir poser ses questions ou demander de l'aide ». La permanence se déroulant sur les horaires du lycée de la commune, la conseillère ou les secrétaires de la MDSI étaient habilitées, dans le cadre de ce partenariat, à compléter les billets d'absence pour l'administration scolaire, pensant à juste titre favoriser un accès anonyme des jeunes à leurs services. Avec ce système, nul besoin de faire appel aux parents pour aller chercher des préservatifs ou se faire prescrire une contraception. Mais le système marchait peut-être trop bien à en croire la conseillère conjugale dont le travail se trouvait constamment désorganisé par la venue de groupes de jeunes filles sans rendez-vous. « La logique de groupe des adolescentes du lycée » comme elle l'appelait bousculait le planning de la journée de permanence car elles venaient le plus souvent sans rendez-vous et en grand groupe quand bien même seulement quelques-unes d'entre elles venaient consulter :

« Nos missions en CPEF ciblent prioritairement les jeunes mineur-e-s, et après aussi les jeunes majeures et les femmes en situation de précarité, qui n'ont pas de mutuelle ou de sécu etc. Après oui, on peut recevoir des femmes avec d'autres problèmes.... Mais on n'est pas censé suivre des ménopauses, par exemple. Mais là, même si les ados du lycée rentrent 100% dans les missions premières du CPEF, les jeunes-là ont pris l'habitude de sécher les cours chaque vendredi matin. une réunion est prévue avec l'infirmière du lycée, pour trouver des solutions adaptées car ça ne peut pas continuer comme ça ! »

Lorena Anton, membre de notre équipe d'anthropologues, s'était progressivement rapprochée de ce groupe de jeunes femmes qui niaient venir pour sécher les cours en expliquant le rôle d'accompagnatrice que chacune jouait tour à tour selon le degré de proximité entretenu avec la personne venue pour une consultation. « En groupe, c'est plus facile que toute seule ! » On peut aussi penser que cette stratégie permettait de « brouiller les pistes » au lycée quant à l'identification des jeunes filles ayant réellement recours aux soins et quant aux motifs de ces recours.

Ensemble, elles parlaient à voix haute de leurs quotidiens heureux et malheureux, de leurs expériences sexuelles et amoureuses, leurs usages de la contraceptions, les pratiques d'IVG survenues dans leur entourage proche comme les poursuites de grossesse, imitant les mimiques des femmes d'âge mûr sans en respecter les codes de pudeur, s'étonnant et se rassurant les unes les autres, renforçant les liens de solidarité par le partage du secret :

« Ici, on est tranquille pour se dire les choses ! Au lycée, c'est pas pareil. Et en dehors, on peut pas toujours se voir parce qu'on habite toutes loin. On prend le bus pour venir en cours et pour rentrer le soir. On n'a pas trop le temps. Par téléphone c'est pas pareil non plus... » [Clarisse, lycéenne].

Entre rires et chuchotements mal contrôlés, se livraient des conseils « pour ne pas avoir mal la première fois », pour savoir « à quel moment des préliminaires dire au mec de mettre une capote sans avoir l'air conne », savoir « quoi faire si on saigne pendant le rapport », « si t'as pas envie de lui faire une gâterie », « si le mec il a une panne »... Les relations affectives et sexuelles avec les garçons étaient au cœur des discussions, de même que les « risques de tomber enceinte ». En de rares moments, il fut aussi question des relations homosexuelles et bisexuelles que certains de leurs connaissances partageaient au lycée.

D'autres jeunes gens venaient évidemment au CPEF de façon plus conventionnelle, c'est-à-dire plus ponctuellement et individuellement ou accompagnée d'une seule personne tout au plus. Ce qui est intéressant d'observer ici c'est l'opportunité saisie de faire d'un lieu d'attente et de soins spécialisés, un lieu d'échanges et de paroles profanes, voire un lieu de soins populaires permettant l'expression collective de la confiance, de l'empathie, de la sollicitude et de conseils avisés basés sur l'expérience. Pour les jeunes, le fait de venir dans ces murs témoignaient pour elles et pour les autres de leur entrée imminente ou réelle dans la vie sexuelle. Nous avons vu que le recours aux soins en SSR rythmait aujourd'hui les passages aux âges de la vie, il n'est donc pas anodin que les jeunes filles aient choisi ce lieu chargé symboliquement pour y préparer ou y vivre de façon collective leur passage au statut de femme, quitte à enfreindre le cadre établi de la consultation individuelle ou de la séance de sensibilisation. Le lieu leur avait été présenté comme leur étant dédié, ce qu'elles semblaient avoir pris au mot.

Le groupe des « marocaines », une occupation collective et signifiante du lieu de soins

Comme évoqué précédemment, le groupe des lycéennes-sécheuses-de-cours n'était pas le seul à s'être approprié ce lieu pour le convertir en espace thérapeutique informel : de nombreuses femmes d'origine marocaine venaient se retrouver dans la salle d'attente les jours de permanences. Nous y avons fait la connaissance de Malika, Fadila, Zorah, Mme Zerrifi et revu à l'improviste plusieurs autres femmes rencontrées dans des contextes différents. Comme les lycéennes, la plupart venait sans rendez-vous, ce qui contraignait constamment la gestion de la permanence pour la conseillère conjugale, qui s'efforçait quand même de toujours concilier l'accueil de toutes en même temps que des prises en charges personnalisées de qualité, le respect de celles qui jouaient le jeu de la

prise de rendez-vous et une attention vis-à-vis de ces femmes qui préféraient occuper la salle d'attente du CPEF plutôt qu'un salon de thé en centre-ville.

Fadila et Malika étaient les plus régulières en raison de leurs difficultés à avoir des enfants (la première avait cumulé sept fausses couches à cause d'un problème de thyroïde, la seconde était porteuse d'une maladie systémique rare et ne parvenait pas à tomber enceinte): peu sensibles au fait que le CPEF était d'abord un lieu destiné aux jeunes et à la prévention des MST et grossesses non voulues, elles y voyaient l'accès facilité à une consultation avec des gynécologues susceptibles de régler leurs problèmes, tandis que les professionnels de la structure nous faisaient part de leur impuissance face à leurs cas qui nécessitaient selon eux le recours à d'autres spécialistes sur Bordeaux. A la fin de l'enquête, les deux jeunes femmes avaient suivi cette voie, sans pour autant renoncer à venir occuper la salle d'attente les jours de permanence. En effet, il s'agissait pour elles comme pour leurs amies et connaissances de venir parler avec celles qui avaient rendez-vous, ou de passer au moment de leur consultation pour traduire les échanges en arabe et en français. Certaines pouvaient parfois venir confier la garde de leur enfant le temps de la consultation ou même le temps d'aller faire une course à l'extérieur, ce qui était permis par la présence continue des femmes dans cet espace pourtant restreint. Quand elles ne parlaient pas en arabe, je notais qu'elles conversaient sur des sujets touchant les opportunités de travail à la vigne ou pour faire des ménages, ou moins gravement de recettes de cuisine et de soins de beauté, se complimentant pour la couleur et la brillance des cheveux, l'éclat de leur peau.

J'assistai à un moment où Fadila, désemparée par ses fausses-couches, nous montrait sa photo lors de son arrivée en France quatre ans plus tôt. Fine, maquillée de khôl et les cheveux noirs et volumineux de la jeune femme sur l'image contrastait avec la femme terne, ronde et peu apprêtée face à moi. Mme Zerrifi venue la traduire, Malika venue accompagner sa cousine Zorah, ainsi que Wisseme « une collègue de la vigne » qui avait rendez-vous se sont empressées de la conseiller sur la marque de henné qu'elle devrait utiliser pour sa chevelure, l'enjoignant à prendre soin d'elle. Au cours de la recherche, l'attention des femmes envers Fadila s'est estompée car leurs efforts pour lui remonter le moral demeuraient trop souvent vains. Malika parlait souvent de ses problèmes conjugaux et chacune y confrontait ses propres histoires pour tenter de solutionner les choses.

Il m'a semblé que cette salle d'attente, en plus d'offrir un lieu de soins pratique et propice d'échanges d'informations pour travailler à la vigne par exemple ou à l'échange de services, pour garder un enfant ou faire la traduction. Le lieu était vu comme consacré aux femmes et à leurs confidences. Il permettait des moments de sollicitude entre femmes partageant des situations de vie proches, mais aussi la revendication d'une certaine identité féminine vis-à-vis d'elles même et d'autrui. Dans le cas de Fadila et de Malika précisément, le fait de ne pas réussir à avoir de bébé menaçait d'après elles leur statut de femme et d'épouse. Elles disaient que leurs maris les quitteraient certainement

si elles ne leurs donnaient pas d'enfants. Le fait de venir régulièrement au CPEF montrait à qui voulait le voir leurs efforts pour répondre aux attentes sociales liées à leurs statuts. La fréquentation du CPEF, centre aux missions idéologiquement marquées par les luttes féministes, pouvait également signifier un lieu potentiel d'émancipation féminine vis-à-vis de normes de genre trop pesantes quand bien même les femmes n'échangeaient pas avec les professionnelles.

4.1.3.2. Une exigence de soins nuancant l'exercice d'un biopouvoir ?

Une demande de soins obstinée

Malika, âgée de 24 ans, peinait depuis près de deux à tomber enceinte. Comme je l'ai précisé, elle venait très souvent au CPEF sans rendez-vous préalable, où notre équipe d'anthropologues lui a régulièrement parlé. Au fil des mois, nous apprenions que ces règles continuaient d'être anarchiques et qu'elle ne constatait toujours aucun signe de grossesse malgré ses consultations régulières. Son attitude vis-à-vis des professionnelles s'est rapidement dégradée. Malika parlait fort à ses amies dans la salle d'attente en les critiquant afin qu'elles entendent, tantôt en arabe (non retranscrit ici) tantôt en français :

« Dr XX, elle est pas très souriante ! Je la déteste, je la déteste elle ! (...) Elle m'a demandé l'autre jour: Vous prenez la pilule ? Elle croit que les arabes prennent pas la pilule une fois mariées ou quoi? » [Malika, 23 ans, mariée, sans enfant, handicapée par une maladie grave]

Malika émettait régulièrement des jugements à l'égard des soignantes du CPEF. Elle pensait qu'elles avaient des aprioris concernant ses origines marocaines, lesquelles ne feraient pas d'elle une femme « qui prend la pilule », une femme moderne et occidentale en quelque sorte. Pourtant les questions des professionnelles semblaient assez standardisées d'après ce que les patientes nous rapportaient. En entretien Malika m'avait confié sa difficulté à se sentir être une « femme française » car bien qu'elle soit « pure médocaine », ses origines et sa famille émigrée faisaient d'elle une « rebeu »⁶⁸ en France et « une française au bled ». Sans doute que la consultation de SSR cristallisait ces enjeux identitaires, d'autant plus que Malika consultait pour résoudre ses problèmes d'infertilité et gagner le statut de femme-mère.

Un mois plus tard, nous la retrouvions énervée dans la salle d'attente. Venue sans rendez-vous, elle voulait que la conseillère conjugale lui donne un test de grossesse, n'ayant pas les moyens de s'en payer régulièrement à la pharmacie : « Je veux juste un test, parce-que je stresse ! Juste un test, c'est juste qu'un test ! ». Elle expliqua à Lorena

⁶⁸ Une « arabe » en verlan.

Anton que la semaine précédente, elle avait dû prendre rendez-vous avec la gynécologue, parce-que la conseillère avait refusé de lui donner « toute seule » un test de grossesse. L'ayant utilisé et en ayant besoin d'un à nouveau, elle était revenue en chercher un mais avec la ferme intention de ne pas revoir la gynécologue pour si peu. Il est vrai que l'armoire à pharmacie qui contenait préservatifs, contraceptifs et tests de grossesse se trouvait dans le bureau de la gynécologue. Ces produits se trouvaient en nombre relativement limité et devait être distribués avec parcimonie nous avait fait comprendre la conseillère, afin que toutes les personnes dans le besoin puissent en profiter. Elle avait espéré que la consultation avec la gynécologue tempère Malika, mais celle-ci demeurait déterminée à « contraindre » les professionnelles de la prendre en charge jusqu'à ce qu'elle tombe enceinte. Une autre fois, à haute voix dans la salle d'attente :

« Moi je veux qu'elle me donne quelque chose. A Fadila, elle a donné des trucs, et moi non. Elle me dit d'arrêter d'y penser. Moi je veux qu'elle me donne un truc. Elle me donne Oestrogéprom ou je sais pas quoi. Ca sert à rien ça. Elle voulait que je mette un implant pour régler les règles. N'importe quoi ! Mais elle est folle ou quoi ? » [Malika, 23 ans, mariée, sans enfant, handicapée par une maladie grave]

Peu familière avec le détail des missions du CPEF qui visaient plus la planification familiale que l'aide à la procréation, Malika voyait là deux professionnelles de la SSR dont elle exigeait polyvalence et compétence. Son attitude de patiente obstinée ne répondait pas aux attentes des professionnelles qu'elle mettait en difficulté. En ce sens, je m'appuie sur les travaux de Dominique Memmi [2004] pour dire que la jeune femme, par son attitude déplacée et difficile à vivre pour les professionnelles, échappait aux logiques de normalisation des conduites.

Dominique Memmi a mis en évidence les processus de “surveillance” mis en œuvre par les institutions médicales publiques, et notamment hospitalières. Les discours sanitaires n'étant plus disciplinaires au sens où l'entendait Michel Foucault, l'administration publique développe néanmoins une stratégie de contrôle des conduites des patients. Or cette surveillance est aujourd'hui contrastée et dépendante des situations car elle repose sur la régulation des individus par eux-mêmes (subjectivation) au moyen de la parole lors des échanges obligatoires avec les soignants. Le discours de ces derniers serait sous-tendu par « des dispositifs juridiques mais aussi des procédures explicitement mise en place par les services médicaux » [2004 :139], et consisterait à surveiller les motifs donnant leurs orientations aux itinéraires thérapeutiques. Dans le cas de l'enquête de Dominique Memmi, il s'agit par exemple de surveiller la détresse de la patiente qui demande une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) ou l'effective gravité de l'affection foetale dans le cas d'un recours à l'IMG (Interruption Médicale de Grossesse). Le gouvernement des conduites serait double: on assisterait à une systématisation de la production de la parole par le soignant chez le soigné, tandis que

celui-ci devrait faire preuve d'un autocontrôle, d'une rationalité à un moment où sa vie est en question, à l'instar de ce qui était attendu de Malika et ce à quoi elle échappait. Dominique Memmi parle de « biopolitique déléguée » pour caractériser cette situation où les professionnels de santé ont pour tâche d'adapter subtilement les patientes aux orientations du système de santé, et dans le cas de la SSR aux normes qui y sont spécifiques. Les émotions et les sujets sont standardisés, le patient pulsionnel ne correspondant pas à la norme.

Selon l'auteure, si en apparence les choix des patients sont plus ou moins laissés à leur libre arbitre, de par les lacunes et les paradoxes des discours sanitaires et des pratiques thérapeutiques, le « faire-parler » a des fonctions normalisatrices. C'est peut-être aussi pour cette raison que la conseillère conjugale insistait pour que Malika voit la gynécologue pour simplement se faire délivrer un test de grossesse. La biopolitique devient « *bricoleuse* » [Memmi, 2004 : 145]. Une dernière modalité de gouvernement des corps consiste selon Dominique Memmi, quand c'est possible, d'utiliser les affects pour orienter la décision des patients: dans le cas de l'IMG, les soignants possèdent une plus grande marge de manoeuvre pour se prononcer sur la viabilité ou non d'un fœtus et de la capacité de la famille et de l'enfant à supporter tel ou tel handicap... De même, selon l'interaction soignant/soignée, on va assister à une dédramatisation ou à une culpabilisation de la demandeuse d'IVG. La biopolitique se fait « sauvage ». Dans le cas de Malika, il semble que les professionnelles essayaient justement de dédramatiser cette infertilité, expliquant qu'il fallait mieux « arrêter d'y penser et de stresser pour que ça ait des chances de marcher ». C'est aussi ce que lui disait régulièrement son mari, ce qui l'énervait encore davantage ! Je rejoins Dominique Memmi qui constatait sur le terrain une surveillance effectuée par le personnel médical de la bonne intériorisation de la conformité des normes, qui rencontrait néanmoins des limites, notamment sur les topiques de santé sensibles. Dans le cas de Malika, son attitude a créé au bout de quelques mois de l'exaspération, ainsi que la conseillère l'avait confié à Lorena Anton :

« T'as vu ? On va pas pouvoir les changer, celles-là ! Non, mais c'est incroyable ! Elles sont incroyables, c'est toujours comme ça ! Elles viennent tout le temps, sans rendez-vous. Elles ont du mal à tomber enceinte, mais ici, ça dépasse nos possibilités au CPEF ! (...) J'avais dit [à Malika] que son mari devrait lui aussi faire des analyses, que le problème ne venait peut-être pas d'elle. Elle est revenue avec les analyses de son mari et voulait qu'on lui commente. Elle s'est énervée parce qu'on n'a pas le droit de commenter les analyses de quelqu'un d'autre ! Je lui ai aussi conseillé d'aller à Bordeaux. Aujourd'hui je crois qu'elle a rendez-vous avec un spécialiste là-bas. Après, je la comprends, l'angoisse de tout ça... mais quand même ! Il y a un moment où il ne relève plus de nous, du médical....Il faut un suivi psy ! ». [Mme Martin, conseillère conjugale en CPEF]

L'attitude de Malika exaspérante pour les professionnelles du CPEF a été interprétée comme relevant peut-être du champ psychiatrique tant elle était déviante par rapport à leurs attentes sociales et institutionnelles, plus que comme le symptôme d'une réelle détresse et d'une forte ténacité dans sa quête de soins. Elle a tout de même été réorientée vers un spécialiste à Bordeaux après quoi Malika est tombée enceinte quelques mois plus tard.

Le recours à un autre médecin, un autre hôpital ou dans un autre pays

Chez d'autres femmes la réorientation vers un autre médecin ou un autre établissement de soins susceptibles de mieux répondre à leurs besoins de santé en SSR a été décidée par elles-mêmes et non par l'intermédiaire d'un professionnel. Sophie par exemple, la commerçante saisonnière maman d'un petit garçon, s'est plainte de sa gynécologue habituelle qui refusait d'accéder à sa demande de ligature des trompes :

« J'ai jamais eu de problèmes avec elle. C'est ma gynéco depuis le début, que j'ai 15-16 ans quoi. Je la trouvais old-school mais bien. Mais là je me suis fâchée contre elle la dernière fois. Je veux plus de contraception. Bon, j'ai eu mon petit ange, mais à la base je ne voulais pas d'enfant. La dernière fois, je lui ai demandé... pour me faire ligaturer les trompes. Elle a refusé que je fasse ça, sauf que j'ai besoin d'une ordonnance pour aller faire le bilan psychologique. Maintenant, faut que je me trouve un autre médecin qui sera d'accord. Faut que je cherche sur Bordeaux. Mais, je croyais pas, mais cette gynéco, elle est pro-nataliste ! J'ai une amie, elle voulait avorter, elle l'a pas trop aidé pour les démarches... » [Sophie, 34 ans, commerçante saisonnière, célibataire, un enfant]

Il est à noter que la stérilisation contraceptive, bien que légalisée en 2001, n'est que très peu pratiquée en France (Bajos, Bohet et al., 2012) sans doute du fait de son irréversibilité. Sophie a finalement trouvé un praticien en accord avec sa demande sur Bordeaux. Elle a ensuite différé cette opération car elle s'était séparée de son dernier compagnon et n'avait plus autant besoin d'une contraception. Plusieurs mois plus tard, elle rencontra un autre homme avec qui elle entame une relation. Elle retourna chez sa gynécologue pour se faire prescrire une contraception d'appoint et lui fit part de sa démarche auprès de l'autre médecin à Bordeaux. La gynécologue consentit alors à l'accompagner dans sa demande.

J'ai également relaté dans le rapport MédocIresp [2013 : 146] le récit d'Hanaen que cette restauratrice de 38 ans, mariée et mère de deux enfants, m'avait confié un matin où je passai lui rendre visite à son commerce. Elle m'offrit un café et s'assit à ma table en disant : « ça tombe bien que vous soyez là parce que j'ai des choses à vous raconter ! ».

La dernière fois que l'équipe l'avait vue, elle perdait du sang en continu depuis deux semaines. Elle m'expliqua que cela s'était finalement arrêté mais que dernièrement, c'était un retard de règles qui l'avait inquiétée. Une prise de sang effectuée par son généraliste avait confirmé qu'elle n'est pas enceinte. Ce qu'elle souhaitait finalement me raconter, c'était son dernier rendez-vous au CPEF de la MDSI la plus proche. Le motif de la visite était un problème de « patch (contraceptif) qui gratte ». Elle souhaitait changer de contraception pour se faire poser un implant, parce que je lui en avais parlé la fois d'avant et qu'elle s'était aussi renseignée sur internet, comme à son habitude.

Elle débuta son récit en disant que la conseillère conjugale rencontrée était tout à fait favorable à une pose d'implant, alors que la gynécologue s'y était fermement opposée. Hanaen raconta, en colère : « la gynéco m'a fait un lavage de cerveau ! Elle a dit : « Il faut faire le stérilet. Ca vous convient bien. Cette gynéco-là, elle mérite sa réputation, je vous le dit ! ». Elle poursuivit : « En plus, j'ai eu deux césariennes ! » J'acquiesçai bien que je ne comprenne pas bien le rapport avec le DIU. Elle s'emporta ensuite sur le fait que la gynécologue ne se soit pas intéressée davantage à ses saignements qui avait pourtant duré presque tout le mois d'Avril. Puis elle revint sur le stérilet : « Elle m'a vraiment bousculée. En plus j'ai vu sur Internet que ça peut être dangereux. Et moi j'ai une amie qui a eu trois césariennes, elle avait un stérilet. Et bien, il est arrivé en haut ! » dit-elle en mimant de la main un objet qui circulerait de son bas ventre presque jusqu'au niveau de l'estomac. Elle continua à raconter le déroulement de son rendez-vous : initialement prévu à 10h, elle a dû attendre car le médecin n'est arrivé qu'à 11h. Hanaen s'indignait : « Elle regarde même pas le dossier, elle écrit : 'tatata, et puis Sortez !' Alors j'ai dit à l'infirmière : 'Je ne veux plus de rendez-vous avec ce docteur, ça c'est clair !'. A la fin je savais plus ce que je pensais, j'ai failli dire d'accord, mettez moi le stérilet alors que je veux pas de ça ! »

Hanaen a pu convenir d'un nouveau rendez-vous avec l'autre médecin qui assure les permanences. Cette médecin généraliste était favorable à la pose d'un implant mais expliqua qu'elle ne posait pas les implants. Hanaen, ennuyée se disait prête à demander à son médecin traitant, qui « est une femme aussi » ou à un autre médecin généraliste homme s'il le fallait. Elle ne pouvait pas recourir à la gynécologue libérale car « le problème, c'est que la MSA, elle prend pas la gynécologue... ». Finalement, Hanaen décida d'attendre septembre, « quand l'été et Ramadan seront passés », pour la pose de son implant qui aurait pu rendre ses cycles menstruels anarchiques à un moment peu propice.

Ainsi, certaines femmes choisissaient de ne pas suivre les conseils, voire les injonctions, de leurs médecins et restaient fidèles à leurs besoins de santé perçus en SSR. Elles étaient prêtes pour ça à multiplier les recours aux soins jusqu'à trouver satisfaction, ce qui pouvait parfois s'apparenter à une logique consumériste dans le sens où elles mettaient en concurrence plusieurs offres de soins afin qu'au moins une réponde à leur demande. Toutefois, dans le cas de Sophie, le caractère radical de la stérilisation fait

davantage penser à un choix correspondant à un mode de vie et à une façon de se penser en tant que femme à la sexualité définitivement dissociée de la procréation.

L'histoire de la grossesse difficile de Jeanne, que celle-ci avait confié à Laurence Kotobi et Lorena Anton lors de leur première rencontre, relate une situation où c'est la parturiente qui a décidé de la poursuite de sa prise en charge par son transfert dans un autre l'hôpital de son choix. Son placenta s'était fissuré très précocement, Jeanne avait dû garder le lit jusqu'à la vingt et unième semaine, époque à laquelle elle a commencé « à saigner la nuit ». A la clinique du Médoc, le médecin lui a manifesté des réserves quant aux suites possibles de la grossesse: « C'est une fausse couche, bon le bloc opératoire, vous êtes à côté, d'accord... ? ». Jeanne n'était pas d'accord, persuadée qu'il ne s'agissait pas d'une fausse couche car elle en connaissait les symptômes et sensations précisa-t-elle, puisqu'elle en avait fait une quelques années plus tôt. Pour les médecins qui passaient la voir quotidiennement, sa grossesse était trop risquée pour l'enfant à venir qui naitrait probablement avec un handicap, une malformation... De son côté, Jeanne ressentait qu'elle pouvait mener à bien cette grossesse particulière. Elle a alors demandé son transfert dans un hôpital plus perfectionné dans la ville de Bordeaux, situé à une heure et demi de la clinique où elle se trouvait, convaincue que l'équipe de la clinique ne lui offrirait pas le soutien dont elle avait besoin. Une fois transférée, elle continua à garder le lit et dit s'être transformée « en couveuse ». Au cours de la trente deuxième de grossesse, « le liquide amniotique sortait la nuit c'était tout vert. Donc là j'ai commencé à m'inquiéter, j'ai dit « Là, il est temps...il faut le sortir ». Elle conviait l'équipe médicale de pratiquer au plus vite la césarienne prévue quelques semaines plus tard avant de donner naissance à son petit garçon aujourd'hui en excellente santé.

La décision de recourir à une autre offre de soins en SSR jugée meilleure ou plus apte à répondre aux besoins peut aussi dépasser les frontières nationales. C'est le cas pour les recours aux IVG dont les délais légaux ont été dépassés. Les femmes du Sud-Ouest de la France partaient alors généralement pour des cliniques privées situées en Espagne, généralement à Barcelone. Solène, la pépiniériste, me fait part d'un autre cas de recours transnational lié à la SSR : sa belle-sœur de 43 ans avait des difficultés pour tomber enceinte et le protocole d'insémination artificielle réalisé en France n'avait rien donné. Le médecin qui l'a suivait lui avait alors conseillé de se faire à l'idée qu'elle n'aurait pas d'enfant. Elle a alors décidé avec son mari d'aller poursuivre la prise en charge en Espagne.

4.2. Logiques expertes, rebelles et sentinelles

Si la majorité des femmes rencontrées recourait aux professionnels et services de santé de SSR selon les diverses logiques évoquées plus avant, d'autres semblaient plus réservées quant à ces usages. L'examen des situations d'automédication propres au domaine de la SSR montre que les femmes sont tantôt contraintes tantôt incitées par les professionnels de santé à des logiques expertes favorisant leur autonomie qui peuvent leur être déstabilisées selon les situations.

Une minorité de femmes, dont je qualifierai les logiques de « rebelles » revendiquaient cette autonomie comme une liberté et non comme un droit. Elles rejetaient les normes véhiculées par les campagnes de prévention et la médicalisation dans le domaine de la SSR (et de la santé en général). Elles renonçaient par conviction à certains soins préventifs, comme les dépistages, y voyant une tentative de contrôle de leur personne. Moins radicales, nous allons voir que d'autres femmes développaient des logiques « sentinelles » au sens employé par Jean-Pierre Dozon [2001:40]. N'acceptant ni rejetant en bloc l'offre de soins en SSR, elles développaient des réflexions quant aux ciblés et lacunes du système de santé et recouraient aux soins après avoir mis consciemment en balance les conduites dites « à risque » et les effets iatrogènes des traitements proposés.

4.2.1. L'automédication : une autonomie contrainte, incitée ou négociée

4.2.1.1. L'automédication contrainte pour des maux banalisés par les professionnels

La société française est souvent considérée comme l'une des plus consommatrices de médicaments au monde⁶⁹. Or cette affirmation tend à être nuancée par les travaux d'anthropologie dédiés aux usages relatifs à ces remèdes fabriqués par les industries pharmaceutiques et prescrits par le médecin. Les logiques de recours observées montrent une certaine variabilité par rapport aux prescriptions médicales qui en conditionnent l'obtention et en indiquent les emplois précis [Fainzang, 2001 ; Haxaire, 2002].

⁶⁹Voir par exemple la revue de presse de la mutualité française du 11/03/2011 intitulé « Consommation des médicaments : la France, championne d'Europe » (<http://www.mutualite.fr/actualites/Consommation-de-medicaments-la-France-championne-d-Europe/>) ou cet article du journal Marianne du 27/12/2010 intitulé « La surconsommation des médicaments, un mal français » (http://www.marianne.net/La-sur-consommation-de-medicaments-un-mal-francais_a201072.html)

Depuis quelques années, l'automédication est devenue une pratique de soins domestiques de plus en plus répandue : elle consiste à l'auto-prescription et l'auto-administration de médicaments en vente libre, ou obtenus grâce à une ancienne ordonnance, ou encore donnés par un proche qui a reconnu chez le malade des symptômes qu'il a déjà lui-même éprouvés et soignés grâce à un traitement prescrit médicalement, pas toujours observé dans sa totalité et dont il a gardé l'excédent en prévision d'un usage ultérieur [Buclin, 2001 ; Fainzang, 2010].

Les antalgiques figurent en France en tête de liste parmi les médicaments vendus sans ordonnance. Les douleurs physiques apparaissent comme l'un des symptômes les plus répandus dont le traitement le plus courant vise la disparition rapide de la sensation désagréable [Fainzang, 2012]. Parmi les femmes rencontrées, les maux de ventres, douleurs de règles et migraines faisaient l'objet de ce type de recours permettant de mieux vivre la douleur que l'on sait récurrente et éphémère. Des plaquettes du célèbre « Doliprane », d' « Efferalgan » ou des comprimés roses fuchsia de « Spasfon » étaient presque toujours disponibles dans les sacs à mains et dans les armoires à pharmacies en prévision de ce type de maux. Entre femmes qui se connaissent bien, demander « un Spasfon » à l'autre peut signifier tacitement que l'on a ses règles, les autres cachets étant plutôt associés aux maux de têtes voire aux courbatures. L'usage de ces antalgiques dans ces cas précis était très répandu chez mes interlocutrices, y compris chez celles qui avaient tendance d'ordinaire à refuser les traitements médicamenteux :

« Je ne prends jamais de médicaments, et je suis contre les vaccins. J'essaie de me débrouiller avec les plantes... Bon, j'utilise à la limite un Efferalgan quand j'ai vraiment mal à la tête, ça c'est léger, mais c'est tout ! » [[Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, 1 enfant]

Ils étaient considérés comme des médicaments d'usage facile et courant sans pour autant être utilisés aveuglément quant à leurs effets secondaires: dans le cas des douleurs de menstruations, les femmes prenaient garde à ne pas utiliser d' « Aspirine » qui « fluidifie le sang et pourrait déclencher une hémorragie ».

Plusieurs auteurs se sont interrogés sur les raisons qui poussent les individus à l'automédication. Pour Antoine Rode, qui s'est intéressé aux non-recours aux soins chez les populations précaires, il peut s'agir d'un moyen pour ces individus de rationaliser la distance qu'ils entretiennent *apriori* volontairement au système de soin (« je peux me soigner tout seul ») [Rode, 2010]. Cette logique se rapproche des stratégies d'évitement identifiées par Sylvie Fainzang chez les patients impatientes qui anticipent la prescription du médecin vu comme tardant trop à reconnaître le problème, et chez les patients blasés qui savent à l'avance ce que prescrira le docteur compte tenu des symptômes[Fainzang, 2012]. Claudie Haxaire montre quant à elle une logique pragmatique de l'usage en automédication des médicaments psychotropes. Elle a observé chez ces enquêtés de Basse-Normandie que ces recours s'inscrivaient dans les logiques locales de traitements

domestiques des « maladies des nerfs » qu'elle décrit comme une entité nosologique populaire [Haxaire, 2002].

Dans le cas des maux de femmes qui motivaient mes interlocutrices à utiliser des antalgiques, plusieurs aspects corroborent ces analyses : les femmes anticipent la prescription médicale ou se substituent au médecin quand il s'agit de soulager des douleurs de règles et des maux de têtes passagers, mais aussi dans les situations d'apparition d'herpes et de mycoses buccales ou génitales. Elles en connaissent les symptômes ou en discutent avec des personnes de confiance et savent ou apprennent comment s'en charger. Ce qui apparaît comme plus spécifique aux maux de femmes, c'est que ces douleurs et affections sont fréquemment considérés comme bénignes, voire banals, par les médecins généralistes et spécialistes qui prescrivent le plus souvent des traitements vendus en vente libre. Les femmes concernées vont alors avoir tendance à ne pas faire appel à eux et à se soigner toutes seules.

De plus, sans pour autant parler de catégorie nosologique populaire, il apparaît que ces problèmes de santé sont particulièrement marqués par les normes de pudeur et de tabou relatifs à la sexualité féminine [Chapitre 2] : nous avons déjà évoqué le caractère impur des règles, le secret qui les entourent, les techniques servant à les dissimuler et la normalisation des douleurs qu'elles entraînent chaque mois. Concernant l'herpès ou les mycoses, il apparaît que la médecine les a d'abord considérés sous une même catégorie nosologique, « le mal vénérien » qui regroupait l'ensemble des affections de la sphère génitale (vérole, syphilis, gonococcie, condylomes, herpes génital) [Régnier, 1999 : 87]. Les individus affectés se voyaient autrefois classifiés comme des personnes ayant une activité sexuelle peu conforme aux normes conjugales : libertinage, prostitution, activité trop régulière, avec trop de partenaires aux mœurs légères. La syphilis à l'âge classique a été emblématique de cette catégorie nosologique marquée par l'impureté et la souillure, pour laquelle les élites recouraient en toute discrétion à des cures thermales⁷⁰ entre autres procédés, tandis que le peuple s'en accommodait, usait de remèdes populaires ou se trouvaient pris en charge selon des mesures sanitaires plus strictes procédant par la mise à l'écart des sujets atteints [Foucault, 1972]. L'indicibilité commune aux maux de femmes frappe également l'herpès génital qui est encore peu présent dans les discours, les femmes préférant se taire et acheter en vente libre des « ovules » antifongiques et des produits de toilette intime, quitte à devoir renouveler l'opération en cas d'échec du traitement.

⁷⁰ J'ai pu recueillir des récits de la part d'habitants des Pyrénées qui relataient la venue de l'aristocratie française du XIX^{ème} siècle dans les stations thermales érigées à cet effet autour des sources naturelles d'eaux sulfureuses. Les anecdotes recueillies racontent que les élites y venaient officiellement pour remédier à leurs problèmes respiratoires, cachant aussi parfois d'autres motifs de soins, à savoir les maladies dites « vénériennes ». Ces pratiques ne semblent pas tout à fait disparues : dans le Médoc, l'un des médecins généralistes interrogés nous expliqua avoir écrit une thèse et s'être spécialisé, quelques 40 ans auparavant, dans le « thermalisme gynécologique » qu'il avait pu expérimenter dans les montagnes pyrénéennes proches de seulement quelques heures en voiture.

Les « retards de diagnostics » sont pointés par les médecins comme de dangereuses limites à l'automédication, pourtant encouragée par les pouvoirs publics et les laboratoires pharmaceutiques pour des raisons essentiellement économiques [Fainzang, 2012]. Si les femmes rencontrées reconnaissent chez elles les douleurs récurrentes relatives aux menstruations, elles risquaient néanmoins de confondre ces maux de ventres avec une potentielle endométriose, maladie sous-diagnostiquée et méconnue des femmes comme des médecins qui ne pensent pas toujours à effectuer les examens complémentaires. De même, l'herpès génital reste assez ignoré et sous-diagnostiqué [Judlin, 1999 : 159] malgré l'importante prévalence des individus porteurs du virus (347000 personnes en France en 2008 selon Malkin, [1999 :98]).

4.2.1.2. La place de l'automédication dans la prévention en SSR

Les campagnes préventives de santé publique consacrées à la SSR en France ont été majoritairement dédiées à la lutte contre l'épidémie du VIH-Sida et des MST ainsi qu'à la réduction du recours aux IVG. Une série de mesures relevant de l'auto-prévention existent comme la mise en vente libre des préservatifs et de la contraception d'urgence.

Dans le Médoc, les quelques pharmacies observées proposaient des préservatifs masculins de marques, tailles et couleurs variées dans ses rayonnages accessibles aux clients, leur évitant l'impudeur de devoir en demander à haute voix. Certaines officines avaient même installé des distributeurs de préservatifs de première gamme et au coût modique sur les murs extérieurs de leur devanture. Ainsi les plus timides ou les moins ponctuels pouvaient se procurer des « capotes » sans entrer dans le magasin ou en dehors des horaires d'ouverture. Les préservatifs féminins étaient plus rares, ce à quoi les pharmaciens nous ont répondu que la demande l'était encore tout autant.

La contraception d'urgence est souvent appelée « pilule du lendemain » malgré son efficacité jusqu'à 72 heures après un rapport non protégé par une autre contraception. La loi du 13 décembre 2000 permet sa vente sans ordonnance dans les pharmacies, y compris pour les mineures qui peuvent la recevoir à titre gratuit. Dans les pharmacies observées, les professionnels disaient connaître ces dispositions. Or certaines jeunes filles rencontrées en CPEF et des professionnels participants au projet GNS [Chapitre 3] nous ont mentionnés des refus de gratuité aux mineures de la part des pharmaciens.

Ces derniers, considérant la contraception d'urgence comme un « vrai médicament » avaient tous l'habitude (ou l'obligation ?) de les ranger derrière leur comptoir. Cette façon de faire contraignait les femmes à le leur demander expressément (et parfois à leur préciser le moment de leur rapport sexuel non protégé pour contrôler la pertinence du traitement). Selon les tempéraments des femmes, leur âge, leur origine sociale ou culturelle, leur statut marital, ce dévoilement au guichet pouvait constituer un frein à

leur demande et remettre en cause la volonté des pouvoirs publics de réduire le nombre des IVG par cette pratique d'automédication. Ces obstacles étaient volontairement pris en compte dans le cadre de la vente de préservatifs tandis que les représentations relatives à la sexualité féminine n'apparaissaient pas aussi délicates quand il s'agissait d'une sexualité à finalité reproductive. Les tests d'ovulation et de grossesse étaient en vente libre dans les rayonnages « côté client » et faisaient même l'objet de publicités télévisuelles, rappelant à l'esprit la dimension commerciale des officines. Le coût de ces tests demeurait relativement élevé pour les femmes en situation de précarité qui préféraient comme Malika, les demander gratuitement en CPEF.

Depuis septembre 2015, il est à noter que la Ministre de la Santé Marisol Touraine a permis la commercialisation en pharmacie des « auto-tests » dépistant la séropositivité au VIH, malgré les réticences quant à la fiabilité de ces tests et le manque d'encadrement entourant la découverte d'un résultat positif à la maladie. Coûtant entre 25 et 30 euros pièce, il est théoriquement délivré gratuitement dans les structures de soins spécifiquement consacrées à la lutte contre l'épidémie et le soutien aux malades. En regard des conditions de délivrance de la « pilule du lendemain » observées, on peut se demander si certaines des contraintes identifiées agissent également comme des freins dans la demande de ces produits au sein des pharmacies.

4.2.1.3. Le « dépannage de pilule » : une faveur controversée et des usages détournés

Lors d'une conférence donnée le 30 mars 2015 par l'anthropologue Sylvie Fainzang à l'Université de Bordeaux sur l'automédication⁷¹, celle-ci expliqua à ma demande qu'elle n'avait pas tenu compte des « pilules » contraceptives dans sa méthodologie d'enquête dans la mesure où les produits contraceptifs appartenaient à une catégorie de médicaments « spécifique » : ils ne servaient pas à guérir. Pourtant, j'ai plusieurs fois entendu sur le terrain de la part de pharmaciens peu favorables au « dépannage de pilule » malgré le fait qu'ils accédaient généralement à la demande des femmes. Ils expliquaient leur mécontentement en réaffirmant cette fois que « la pilule est un médicament comme les autres ! », autrement dit qu'elle ne devait pas être banalisée ni « prise comme on prendrait des bonbons ! », idée reprise par certains concernant la contraception d'urgence, d'ailleurs considérée comme potentiellement plus dangereuse en cas d'utilisation excessive car beaucoup plus concentrée que les contraceptions hormonales ordinaires.

⁷¹ La conférence intitulée « L'automédication et la question de l'autonomie. De l'automédication à l'auto-médicalisation » était organisée dans le cadre du séminaire « Anthropologies et santé » de la Faculté d'anthropologie sociale-ethnologie.

Lors de son enquête sur les pharmaciens d'officine face à la demande de « dépannage », la sociologue Pauline Barraud de Lagerie constatait que la majorité des pharmaciens accédaient aux demandes de dépannages des femmes pour leur contraception orale [2011]. Ceux-ci faisaient « l'avance » de plaquettes de comprimés en attendant que la patiente revienne avec son ordonnance, ou prenaient un risque médical et disciplinaire en les leur délivrant sans cette précaution. Dans le Médoc, les pharmaciens rencontrés procédaient de la sorte avec leurs clientes régulières et les touristes de passage. Si pour la plupart cet arrangement à peu de frais permettait aussi une fidélisation de leurs clientes, l'un d'entre eux m'expliqua la démarche « éducative » qu'il entretenait avec celles qui oublièrent leur ordonnance trop souvent :

« Je leur dépanne une fois mais pas deux fois coup sur coup ! La deuxième fois, je dis non, pour qu'elles aillent consulter un gynécologue ou au moins voir un généraliste ! » [Pharmacien]

Ce même pharmacien évitait de « dépanner » les femmes qu'il ne connaissait pas car il « ne pouvait pas savoir si elles avaient déjà eu une prescription ou si elles demandent la même pilule que leurs copines ».

Pour les femmes interrogées, le « dépannage » n'était pas vécu sur le même registre car elles prenaient la contraception orale depuis des années. La nécessité de l'ordonnance pouvait déclencher la prise de rendez-vous chez le gynécologue dont les délais pouvaient durer plusieurs semaines. Nombre d'entre elles rechignaient à ce type de consultation « alors que tout allait bien » et qu'elles « savaient très bien quelle était leur pilule » habituelle puisqu'elles avaient « quand même l'habitude de la prendre tous les jours depuis des années et des années ». Certaines n'avaient jamais changé de marque de contraception orale depuis leur première prescription.

Parfois agacées par cette contrainte qui pouvait être vécue comme une « infantilisation » alors qu'elles se sentaient plutôt expertes concernant leur propre contraception, elles usaient parfois de tactiques pour s'éviter un « décalage dans la plaquette » (un décompte mensuel des jours est généralement imprimé sur les plaquettes à côté du comprimé correspondant). Classiquement, elles utilisaient une ancienne ordonnance qu'elles conservaient chez elles ou dans leur sac à main. Les pharmaciens acceptaient généralement facilement cette commodité tout en remplissant leur rôle de conseiller de santé et en faisant constater qu'une visite préventive de contrôle serait nécessaire. Le nomadisme restait tout de même fréquent : Bertille travaillait 6 jours sur 7 pendant la saison estivale et voyageait beaucoup le reste de l'année. Une année, pendant ses six mois d'emploi en restauration sur la côte médocaine, elle a multiplié les dépannages de plaquettes de 1 mois en allant de pharmacies en pharmacies :

« Ça a été la galère cette saison pour la pilule, je bossais tout le temps mais c'est comme ça ! J'avais plus d'ordonnance... Depuis mon dernier

déménagement, je ne sais pas où elle est passée ! J'ai fait toutes les pharmacies du Médoc du coup cet été! [Rires] Non, je plaisante, mais chaque mois je changeais de pharmacie pour qu'il me donne la pilule pour un mois. A la fin, ça en fait des kilomètres ! » [Bertille, 27 ans, saisonnière en vente]

Dans certains cas, la « plaquette dépannée » servait à constituer une « plaquette de secours » dans le sac à main parallèlement à celle restée à la maison - sur la table de nuit ou dans la salle de bain le plus souvent – en cas d'oubli ou pour pallier à un imprévu empêchant le retour à la maison à l'heure de la prise.

La « plaquette dépannée » pouvait aussi être utilisée comme « plaquette de confort » : si de nombreuses femmes étaient rassurées de voir apparaître leurs règles chaque mois, garantissant que « tout fonctionne bien », d'autres sentaient parfois le besoin de supprimer momentanément leurs règles en détournant la prescription habituelle. Normalement, la prise contraceptive dure trois semaines et est suivie de sept jours de latence au cours desquels apparaissent des saignements semblables aux menstruations⁷². La plaquette de dépannage permettait de poursuivre la prise de comprimés pendant ces sept jours et annuler les saignements pour éviter d'être trop fatiguée pendant une période de travail intense pendant la saison estivale ou les vendanges par exemple, pour assurer une performance sportive comme la Marathon du Médoc ou une compétition de surf ou pour profiter des vacances et de la plage sans douleur et sans inquiétude quant aux fuites plus visibles en maillot de bain.

Cette pratique d'automédication restait occasionnelle chez les femmes qui y recouraient sans y voir de graves complications possibles dans la mesure où « d'autres contraceptions, comme l'implant, diffusent des hormones en continu et arrêtent des fois les règles » [Ana Rosa, 29 ans, célibataire, sans enfant, employée saisonnière]. Hanaen, restauratrice, souhaitait justement arrêter l'utilisation du patch contraceptif (qui la grattait) pour l'implant espérant ne plus avoir de règles, source de fatigue et d'anémie pour elle. Elle s'était informée sur internet quant aux pertes anarchiques qui pouvaient survenir et être régulées par une pilule pendant les premiers mois après la pose pour réguler le phénomène.

Comme l'observait aussi Emilia Sanabria à Bahia au Brésil [2011], la suppression des règles peut être perçue par ces femmes comme une marque d'appartenance à la modernité, les bienfaits des menstruations étant reléguées, comme la saignée, aux conceptions humorales jugées archaïques. L'utilisation de l'implant contraceptif sous cutané, qui tend à faire disparaître les règles, participe aussi des représentations de la modernité [Kotobi, Bretin, 2016] Toutefois, la suppression volontaire des règles par

⁷²La philosophe Elsa Dorlin explicite la question des « fausses règles » : les saignements qui surviennent pendant les sept jours de latence ne peuvent être considérés comme des menstruations dans la mesure où l'ovulation n'a pas eu lieu, en raison de la présence d'hormones oestro-progestatives [Dorlin, 2005].

utilisation détournée de la contraception orale restait relativement occasionnelle, témoignant d'un décalage entre discours et pratiques. Pour la philosophe féministe Elsa Dorlin, cette ambivalence entre suppression des menstruations et désir rassurant d'avoir ses règles ne devrait pas être considérée en tant que telle. Elle peut être vue comme une forme de pouvoir donnant la possibilité aux femmes de « jouer » avec leur identité de genre grâce à une technologie habituellement au service de l'incorporation des normes sociales en la matière. La contraception orale hormonale est selon elle un dispositif de naturalisation de l'identité sexuée féminine socialement construite [2005]. S'appuyant notamment sur l'histoire médicale de l'hermaphrodisme et de *La fabrique du sexe* selon Thomas Laqueur [1990], elle explique que détourner l'usage de la contraception hormonale peut signifier de la part des femmes une prise de conscience de la relativité des normes de genre, ainsi que de la pertinence de penser l'intersexualité, gageure d'une déstabilisation des rapports de domination entre hommes et femmes [2005]. Pour l'heure, il semble que cette conscientisation politique n'effleurait pas mes interlocutrices qui supprimaient leurs règles moins par militantisme que par logique pragmatique voire consumériste pour un objectif de confort.

Trois facettes de l'autonomie en santé ont pu être abordées au prisme de l'automédication : celle contrainte par l'invisibilité et l'indicibilité de certains maux de femmes, celle incitée par les pouvoirs publics dans le cadre de leurs missions de prévention en SSR et celle en tension entre expertise populaire des femmes [Massé, 1995 :338] et expertise professionnelle, ici celle des pharmaciens. Une dernière facette de l'autonomie a également pu être observée : certaines femmes, entre attitude rebelle et sentinelle vis-à-vis du système de santé, revendiquaient leur liberté dans l'exercice de leurs choix thérapeutiques.

4.2.2. Des femmes rebelles ou sentinelles ?

4.2.2.1. Des expériences de soins difficiles et marquantes

Claudine Herzlich et Marc Augé ont montré que la maladie, lorsqu'elle est vécue comme grave et qu'elle modifie intensément le cours du quotidien, peut revêtir la dimension d'« événement » marquant la trajectoire biographique de la personne malade et influençant ses conduites de santé ultérieures [Herzlich, Augé,]. Si de nombreux aspects de la SSR ne sont pas des maladies, la médicalisation dans ce domaine permet de s'appuyer sur cette notion d'« événement » pour décrire le vécu parfois traumatique des prises en charge de l'IVG, de l'accouchement et de la périnatalité rapportées par mes interlocutrices.

L'IVG, un épisode souvent traumatique

La majorité des femmes rencontrées qui avaient subi une IVG nous ont confié des récits empreints de détresse parfois accompagnés de larmes. J'ai expliqué plus haut que jusqu'à la récente loi de mars 2015, la détresse des femmes était une condition légale (et j'ajouterai morale) au recours à l'IVG, seule voie sécurisée et autorisée en France pour mettre fin à une grossesse non désirée. Mon enquête en centre d'orthogénie montrait les vives et sincères émotions qui traversaient les femmes juste avant et juste après leurs IVG m'amenant à questionner la dimension socialement construite de cette souffrance. Les femmes se sentaient-elles tristes car l'on attendaient ça d'elles et parce qu'elles reconnaissaient leur déviance à la norme ? Cette question non complètement résolue a laissé place à un autre constat sur le terrain médocain. Si la détresse au moment de l'IVG était rendue visible pour des raisons diverses, celle ressentie des semaines, des mois et des années plus tard était marquée par le sceau du secret. Les IVG ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique quant à leurs conséquences psychologiques qui pourrait signifier que ces actes sont nocifs et corroborer les propos des militants anti-avortement. De plus, les IVG sont censées « soulager » les femmes de leur détresse. Or chez les femmes rencontrées leur recours demeure dramatisé et dramatisant et marqué par une forte incommunicabilité.

Solène, pépiniériste médocaine, avait vécu un avortement difficile dans un moment de sa vie où elle vivait en marge :

« CL : – Vous continuiez à prendre des drogues... ?

Solène : – Mais je ne savais pas que j'étais enceinte. Je ne prenais plus la pilule...

CL : – Tu vivais dans un autre monde... C'était une autre vie...

Solène : – Voilà. Cramée par les deux bouts... J'ai donc appris le même jour que j'étais enceinte, que j'avais fait une fausse couche, que je n'avais pas évacué, que c'était pas très bon et qu'il fallait tout de même faire quelque chose. Je suis donc allée aux urgences, je suis arrivée pliée en deux. On me dit qu'il va falloir nettoyer, évacuer tout ce qui ne va pas... Là, l'anesthésiste écoute mes poumons et, forcément, avec la vie que je menais à l'époque, il me dit que j'avais un début de bronchite, donc je ne peux pas vous anesthésier. Et il me dit de revenir mercredi. Moi j'étais pliée en deux... (...)

Donc l'hôpital m'a renvoyée chez moi, en fait, j'avais mal au ventre, c'était des contractions, en fait entre le lundi où j'y étais allé et le mercredi où on m'avait demandé de revenir, j'avais évacué dans mes toilettes, toute seule...

A l'époque, je n'étais pas très très bien... Cette grossesse n'était de toute façon pas possible, donc quelque part, je me suis fait une raison. Pour moi, c'était mieux comme cela. Ce n'était pas terrible pour mon corps. En plus la personne concernée voulait que je l'appelle et il me dit, bon bin ça va t'as pas un cancer ! J'ai halluciné !» [Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

L'histoire de Solène est singulière et particulièrement pénible. On comprend aisément qu'il ait été traumatique compte tenu des circonstances de son recours. Si elle ne représente pas un « vécu-type » d'IVG, elle reflète tout de même la difficulté d'exprimer la souffrance vécue. Solène a eu des difficultés à se remettre de son expérience qu'elle n'avait raconté à personne pendant longtemps :

« J'avais un ami avec moi pendant deux jours qui ne savait pas du tout ce que j'avais, il savait que je devais retourner à l'hôpital, c'était quelqu'un de proche de moi et je ne pouvais pas lui dire ce que j'avais. C'était compliqué, je ne sais pas comment on peut se mettre dans des situations pareilles.

Personne ne savait, personne n'a su. Je l'ai dit à ma mère, elle l'a su bien après.

J'ai gardé cela pour moi... La honte peut-être... » [Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

Solène raconta avoir fait une dépression suite à cet épisode traumatique dont elle n'a parlé à personne, honteuse de ce qui lui était arrivé. Que ce soit en raison de la mise en récit de la détresse ou parce que l'expérience de l'IVG était vécue comme douloureuse physiquement et surtout psychologiquement, les souffrances laissées par IVG étaient très rarement prises en compte par le personnel soignant ou par les médecins traitant des femmes rencontrées. Les choses se passaient comme si l'IVG avait été le remède à une détresse qui n'avait alors plus lieu d'être. Or, avec ses mots, l'une des femmes enquêtées nous fit comprendre que cette pratique laissait une empreinte morale difficile à surmonter : Zorah, la cousine de Malika rencontrée au CPEF, avait une petite fille de 3 ans mais était séparée du père de celle-ci, resté à Bordeaux alors qu'elle était venue se rapprocher de sa famille en Médoc. Alors que nous la croisions dans le centre-ville de sa commune environ un an après notre première entrevue, elle nous expliqua en passant avoir subi une IVG quelques mois auparavant. Elle dit l'avoir mal vécu tout en faisant tourner sa main près de sa tête pour signifier que cet événement l'avait psychologiquement perturbée, « que ça lui a fait tourner la tête », « que ça l'a fait cogiter ». Elle regretta : « Je n'ai pas eu de rendez-vous avec la psy, à 14h j'étais dehors, comme ça. Je saignais encore ! Heureusement, c'est ma mère qui m'a accompagnée ! ». Ce que Zorah tentait de nous dire, c'est que l'IVG l'avait soulagée autant qu'elle l'avait troublée, mais que ce trouble, elle devait s'en accommoder seule.

Si les espaces de parole avant l'IVG sont censés prendre en charge la « détresse », ils peuvent aussi être considérés comme des lieux de stigmatisation de son propre corps souffrant, comme une forme d'épreuve sanctionnée par l'institution pour mettre en lumière sa propre déviance par rapport à la norme. Pour Didier Fassin, ces pratiques quasi-contraintes d'auto-exposition de la misère du corps répondent à une double logique foucauldienne de subjectivation et d'assujettissement à l'Etat. Cela semblaient être d'autant plus le cas quand les femmes présentaient des caractéristiques qui présumaient d'une non maîtrise de soi et de sa fécondité [Fassin, 2004]. Pour autant, il semble que la normalisation des corps au moment du recours à l'IVG par le personnel

soignant ne soit pas si évident et efficace [Memmi, 2004 ; Lemonnier, 2011]. De plus, l'expérience d'IVG relatée par Ilham montre que cette tentative de normalisation n'échappe pas tout à fait aux patientes à l'esprit critique parfois aiguisé. Ilham, jeune trentenaire célibataire et maman d'un petit garçon, était très réfractaire au système médical depuis un épisode aigu de maladie resté mystérieux pour son médecin et qui a entraîné sa première dépression que ce même médecin a traité avec des médicaments lourds qui l'ont beaucoup isolée sans améliorer son problème. Contrainte d'aller à l'hôpital pour recourir à l'IVG, elle s'est sentie acculée et culpabilisée par l'équipe soignante qui s'inquiétait pour elle. Ses propos semblent parfois exagérés et issus de représentations sociales courantes plus que de son expérience propre car le langage utilisé pendant l'entretien était assez textuel par passage et moins décousus qu'à d'autres moments de récits plus personnels. Pour autant, ils demeurent assez emblématiques des raisons invoquées par les femmes qui recourent à l'IVG ainsi que de leurs peurs et angoisses, encore vécues longtemps après sans pouvoir toujours les partager et les soigner :

« CL : - Tu disais que tu avais été mal accueillie pour ton IVG...

Ilham : -Donc ouais, j'ai été mal accueillie... Dès le premier jour, en fait on te fait prendre deux médicaments, tu reviens deux jours après et tu prends le dernier qui est donc la pilule abortive. Donc en fait ils m'ont dit : « On va vous envoyer à l'hôpital de jour », donc à Bordeaux. Arrivée à l'hôpital de jour, on m'a dit : « Ah non non, on va pas vous mettre à l'hôpital de jour ». On m'a mise directement en maternité. Donc on m'a foutue dans une pièce dans la maternité, avec le couffin à côté, tout enfin, etc. Là j'ai demandé : « Qu'est-ce que je fais ? ». On m'a dit : « Vous attendez jusqu'à l'expulsion. » J'ai dit : « Quoi ? » Ils m'ont répondu : « Oui, jusqu'à l'expulsion. Vous allez expulser là, bientôt. » Super... Heureusement que je suis tombée sur une infirmière ! Elle m'a demandé : « Ça va, vous allez bien ? » Je lui dis : « A votre avis ? ». Après, elle revient, elle m'a reposé la même question, je lui ai dit : « Ecoutez, ça suffit, vous êtes dans un processus de culpabilisation de toutes ces femmes. Si vous croyez vraiment que c'est drôle de faire ce genre de démarche, et qu'on fait une démarche comme ça, comme si on allait chercher son pain, c'est une erreur ! » Et l'infirmière a eu un super discours avec moi, mais bon c'est l'horreur quoi. Déjà à la base, la gynéco c'est l'horreur... Les gynéco c'est ... l'horreur !

CL : - Tu as un gynéco dans le Médoc ?

Ilham : - Non non pas du tout. Moi, à la base, je suis bordelaise. Je vis ici depuis 10 ans. (...) j'ai pris contact là bas parce que la clinique c'était hors de question. (...) Et donc j'avais pris rendez-vous avec une gynéco sur Bordeaux, qui faisait partie d'un planning familial, en plus ! Et donc ce rendez-vous a été absolument horrible. Je lui ai expliqué ma situation etc... Mais bon voilà, ça s'est mal passé dans le sens où j'ai demandé cet avortement, c'était obligatoire, je n'avais pas le choix, je n'avais pas les moyens, j'étais en plein divorce, dans une situation compliquée, familiale, sentimentale etc... Ce qui fait que non, on ne donne pas une existence à un enfant quand on n'a pas ni les moyens financiers, ni les moyens

psychologiques, aucun moyen en fait ! Malgré tout elle a tenu absolument à faire une échographie. Cette échographie, elle a souhaité me la montrer, alors que je ne souhaitais pas. Et elle en a rajouté en mettant le son : elle a commencé à me faire écouter le cœur de la petite cellule qui avait à peine 1 mois. Pour bien me faire comprendre que c'était pas... Bon voilà, c'est fait. Suite à cet avortement, j'ai eu de gros gros souci de santé, je suis revenue la voir 1 mois après, et de là, on a refait une échographie. Et elle m'a donc montré, parce qu'elle avait tourné le petit monitoring, en me disant qu'effectivement l'avortement n'avait pas été complètement fait parce qu'il restait encore quelques cellules vivantes, qu'elle m'a effectivement montrées. Elle m'a refilé derrière des médicaments qui sont normalement pour des personnes qui ont des ulcères à l'estomac et qui sert effectivement de pilule abortive. Donc j'ai repris ça, j'ai refait une hémorragie. Comme précédemment pour le premier avortement j'ai fait une grosse grosse hémorragie, donc j'ai pas... J'ai pas voulu appeler de l'aide parce que là dans le Médoc, y a rien. Bon y a les pompiers, mais bon le problème c'est que les pompiers tout le monde les connaît, les gens parlent etc...bon, le secret professionnel est léger.

CL - Donc tu as fait une hémorragie en rentrant chez toi ?

Ilham : -Oui. Ce deuxième avortement, donc qui a suivi, hein 15 jours-3 semaines après le premier, avec ces pilules... ces médicaments en fait pour les ulcères m'a remise pareil dans un état pas possible. J'ai perdu beaucoup beaucoup de sang en 1 mois en fait. Après, j'ai beaucoup déprimé. » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Préférer « faire sans »

Le cas de l'IVG n'est pas le seul représentatif des vécus difficiles de prise en charge de SSR. Nous avons déjà évoqué la difficile grossesse de Jeanne qui a dû se battre pour poursuivre sa grossesse tout en étant prise en charge par une équipe soignante en capacité de l'accompagner. Celle de Marjorie a également été traumatique, cachée par son hernie abdominale, de même que son accouchement où elle avait perçu un problème. Le bébé était étranglé par son cordon ombilical, et elle n'arrivait pas à se faire entendre des professionnels de santé qui accusaient son obésité de les gêner dans leur travail. « Depuis ça, la clinique, le gynéco, pour [elle] ça a été fini ! » résuma-t-elle lors de notre premier entretien, juste avant le début de la distribution de colis alimentaire de l'association dont elle était bénéficiaire.

Dans le rapport MédocIresp [2013], au cours de notre journée d'étude de novembre 2013, ainsi que dans notre récent article [Kotobi, Lemonnier ; 2015], les actuelles notions de « non-recours » et de « renoncement aux soins » sont discutées en regard des situations observées en santé reproductive et génésique : nous montrons que ces notions, bien qu'utiles pour questionner et rendre compte des inégalités d'accès aux soins, ne reflètent pas toujours la réalité des itinéraires thérapeutiques dans ce domaine particulier

de la santé. Sans reprendre cette discussion ici, je précise que dans le cadre de l'Observatoire DEs NON REcours aux droits et aux services (ODENORE), le politiste P. Warin définit le non recours à l'offre publique comme un phénomène qui renvoie « par définition à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre. » [Warin, 2010 : 3] Il a élaboré une typologie explicative appréhendant trois formes typiques du non recours : « la 'non connaissance', lorsque l'offre n'est pas connue ; la 'non demande', quand elle est connue mais pas demandée ; la 'non réception', lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue » [Warin, 2010, p3] La « non-demande par choix » semble faire écho à ce que Caroline Desprès, Paul Dourgnon, Romain Fantin, Florence Jusot appellent le « renoncement-refus » qui relève d'une décision personnelle, contrairement au « renoncement barrière » dû à des contraintes sociales plus structurelles, [Desprès, *et al.*, 2011].

Concernant précisément le « renoncement-refus », nous avons remarqué qu'il était souvent peu exploré dans ses significations, et ce d'autant plus concernant le domaine de la santé reproductive [Kotobi, Lemonnier, 2015]. Le renoncement-refus peut en effet faire suite à des expériences de soins négatives ou à une transmission domestique de savoir-faire et d'expériences par exemple. Il ne signifie pas l'absence totale de soins comme le montrent les pratiques de soins domestiques et les recours non conventionnels observés pendant l'enquête de terrain [Chapitre 5 et 6]. « Faire sans » signifie ici davantage « faire sans les médecins » que « ne rien faire du tout ». L'exemple de Berta témoigne de cette volonté d'autonomie vis-à-vis de l'institution médicale :

« Moi les médecins, moins je les vois mieux je me porte. J'ai eu un accident et de graves problèmes à ma jambe. J'ai subi plusieurs interventions, je ne vous dirais pas combien... J'ai toujours le problème. Ils veulent me déclarer handicapée. Mais je marche ! J'ai mes deux jambes, mes deux bras ! C'est n'importe quoi ! (...) Pour le dernier, j'ai préféré accoucher chez moi. C'était le troisième, je savais comment c'était... Les autres, j'avais été à la clinique mais bon, si je pouvais éviter. Alors j'ai accouché la nuit chez moi, c'est mon fils aîné qui a prévenu les pompiers une fois que c'était fait. Je les avais prévenus, ils voulaient que je les appelle au début de l'accouchement, mais bon. » [Berta, 38 ans, 3 enfants, séparée, maçon et couturière]

La relation entre Jennifer et sa mère Marjorie est minutieusement décrite dans notre récent article [Kotobi, Lemonnier, 2015] et dans le Chapitre 5. J'en restitue ici un aspect illustrant bien le refus d'une aide sociale vue comme intrusive et jugeante par Jennifer qui préfère s'appuyer sur ces propres compétences de soins et sur le soutien apporté par sa mère. Etant d'une famille de cinq enfants, elle a très tôt secondé sa mère dans les travaux de maternage des plus petits, surtout lorsque celle-ci a été hospitalisée. Quand je lui ai demandé, la sachant enceinte depuis peu, si elle allait faire appel à une sage-femme en particulier, elle avait fermement répondu :

« Je ne veux pas de sage-femme chez moi. Si c'est pour me dire fais-ci, fais-ça, ça c'est pas bien, machin chose... Je sais comment on s'occupe d'un bébé. Je vais pas l'amener au rayon frais du supermarché en sortant de la maternité ! Et puis ma mère est là ! » [Jennifer, 20 ans, en couple, enceinte, sans emploi, bénéficiaire d'une aide alimentaire]

Questionnant la mère sur ce positionnement si tranché, j'appris ce même jour que celle-ci avait eu une mauvaise expérience avec une sage-femme à domicile, travaillant certainement pour une instance publique. Selon elle, la professionnelle avait eu une attitude moralisatrice et culpabilisante, voyant que le bébé dormait dans le salon la journée, alors que les trois chiens du ménage y séjournaient aussi. La mère de Jennifer ne souhaitait pas que sa fille subisse le même tort.

Une « résistance » aux campagnes de prévention en SSR

Chantal, 57 ans, travaillait comme sa fille Séverine en tant qu'agricultrice certifiée en biologique. Elle avait souffert étant jeune d'une infection grave du rein et avait dû être hospitalisée après un retard de diagnostic de son médecin généraliste habituel. Son grand père était guérisseur et « avait pris les choses en main quand [elle] est rentrée ». Quand ce grand père est mort, elle dit avoir été contrainte « de prendre sa santé en charge » car elle nourrissait une méfiance envers l'institution médicale prise dans son ensemble depuis sa mauvaise expérience. Elle s'est tournée vers le premier ostéopathe qui s'était installé dans le Médoc, lequel lui a appris les rudiments de l'homéopathie qu'elle utilisait toujours pour se soigner elle ou sa famille. Il lui semblait primordial de ne pas « être assisté » quant à sa santé, à sa vie sociale, à son travail mais d'avoir une démarche « active ».

Mère de quatre enfants, elle a pris « la pilule » moins d'un an dans sa vie, considérant qu'elle n'en connaissait pas bien les effets secondaires et que la contraception était une question qui se gérait à deux avec son mari. Ce dernier fut l'un des rares de l'enquête à avoir participé à notre entretien qui s'était déroulé à la ferme, attablés au soleil sur la terrasse de la cuisine. Il raconta que sa femme était toutefois retournée à l'hôpital pour accoucher des trois premiers enfants pour des raisons de sécurité d'abord, et parce que le gynécologue de son épouse y travaillait. Pour leur dernière fille, qui nous avait rejoint au soleil entre temps, il rapporta fièrement qu'ils n'avaient pas eu le temps de partir à l'hôpital et que c'est lui qui a mis au monde le bébé. Il plaisanta en disant qu'il « l'avait déjà fait avec des brebis et une vache » en soulignant que ça l'avait aidé à ne pas paniquer. Sa femme rappela « qu'au bout du quatrième enfant, on est plus aguerrie » et que « les choses se passent mieux ». Hormis pour ses accouchements à l'hôpital, elle avait fait le choix de ne pas effectuer de suivi gynécologique régulier.

Je la retrouvai lors de la restitution collective de la recherche MédocIresp que nous avons organisée sous la forme d'une causerie. A propos, la moitié des femmes qui ont répondu à notre invitation étaient celles qui étaient les plus réfractaires au système de santé et qui semblaient avoir trouvé là un rare lieu pour s'exprimer. Béatrice et Claire par exemple, acquiescèrent quand Chantal, qu'elles ne connaissaient pas, insista ce jour-là sur le fait qu'elle refusait de participer aux campagnes de prévention qui invitent les femmes à un dépistage du cancer du sein à partir de 50 ans :

« Si je ne veux pas savoir si j'ai un cancer du sein ou non, c'est mon problème. Je ne préfère pas savoir. Pour moi, tout ça est un immense contrôle des gens, une atteinte à la liberté. Prendre la pilule, accoucher à l'hôpital, faire vacciner les filles, faire un frottis tous les ans... En nous faisant croire qu'on a pas vraiment le choix et que c'est bon pour nous ! Et qu'on est déraisonnable si on fait rien de tout ça ! Peut-être même coupable d'ailleurs... Mais pas que c'est pour faire de l'argent et contrôler tout le monde ! » [Chantal, 57ans, mariée, 3 enfants, agricultrice biologique]

Depuis ses 50 ans, elle faisait visiblement partie des populations cibles de la lutte préventive contre le cancer du sein. En Gironde, une association envoyait au domicile des femmes des invitations à des dépistages organisés. Chantal voyait moins la bienveillance et l'utilité de ce type de dispositif qu'une intrusion dans sa vie privée et une tentative de contrôle de son individualité. Ce type de logique illustrait la caractéristique du modèle actuel de la prévention identifié par Jean-Pierre Dozon (« le modèle contractuel »), à savoir la constante tension entre la civilisation des mœurs de Norbert Elias et la normalisation des conduites de Michel Foucauld [Dozon, 2001 :43].

4.2.2.2 Des soins ajustés à un mode de vie alternatif

« Elias versus Foucauld, deux perspectives par conséquent difficilement compatibles et synthétisables, mais qui, pour cette raison même, laissent à penser que le modèle contractuel oscille entre chacune d'elles, balance entre le procès de civilisation ou de pacification d'un côté et le procès de médicalisation et de normalisation de l'autre, comme s'il en exprimait lui-même les tensions et l'impossible conciliation. (...) [dans ce modèle] un individu peut vouloir être un « patient sentinelle », désirer se conformer à un certain mode de rationalisation des comportements, notamment par une suppression des facteurs de risques, et en même temps vouloir échapper ou résister à ce mode de subjectivation » [Dozon, 2001 :43]

Dans les cas précédents, des événements de santé ou des prises en charge vécues comme traumatiques et contraintes avaient marqués les trajectoires biographiques des

femmes rencontrées, laissant dans l'ombre des souffrances en suspens et induisant une logique plutôt réfractaire, voire rebelle, vis-à-vis de l'offre de soins, notamment préventive, spécifique à la SSR. Toutefois, selon les situations et les personnes, ce rejet pouvait se muer en négociation. C'est le cas pour Ilham qui a choisi d'accoucher à domicile et de « composer » avec le système de santé pour remédier aux complications post-partum. Séverine refusait elle, de recourir à une contraception hormonale dont elle jugeait les risques trop importants et les effets trop éloignés de sa conception de la santé et de son mode de vie.

Le désir d'un accouchement moins médicalisé

A l'instar de quelques autres femmes comme Alice, masseuse bien-être, et d'Eléonore, diplômée d'un master de biologie, toutes deux dans la trentaine, Ilham avait choisi d'accoucher de son bébé à domicile. En Gironde, seule une sage-femme libérale pratiquait, de façon militante, ce type d'accouchement hors de l'hôpital. Cette rareté se traduit aussi au niveau national, les sages-femmes pratiquant les accouchements étant en très grande majorité employées sur des plateaux médicalisés dans des services hospitaliers. Les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile viennent à cette pratique généralement après avoir travaillé dans ce type de services et après avoir elles-mêmes donné naissances à leurs propres enfants pour certaines chez elles également. Ces professionnelles aspirent à un accompagnement moins protocolisé, répondant à leurs convictions personnelles et plus proche selon elles du « cœur de leur métier » entre écoute, accompagnement, empathie et compétences techniques [Hontebeyrie, 2015].

Du côté de la demande, il semble que l'accouchement à domicile répond à une demande particulière des parents :

« (...) cette demande ou ce choix semblent loin d'être spontanés. En effet, selon les dires mêmes de ces sages-femmes, ils reposent sur un processus d'intellectualisation de la part des parents, capables d'exprimer une demande « *légitime* », reposant sur leur « *libre* » choix, ou leur « *philosophie* », qu'il s'agisse de « *donner le libre choix aux patientes du lieu accouchement* » ; de proposer une « *offre de soins pour tous en fonction de leur philosophie* » ; d'accéder au « *désir de répondre à une demande légitime des couples* ». » [Hontebeyrie, 2015]

Les familles et femmes rencontrées en Médoc qui avaient opté pour ce type d'accouchement cultivaient un certain mode de vie « alternatif » en regard des normes habituelles. Alice et son compagnon artiste habitaient en été une petite cabane dans les bois dont elle était propriétaire et louaient un appartement en hiver. Eléonore, passionnée de plantes sauvages comestibles et médicinales avait auto-construit avec son compagnon leur maison avec des matériaux écologiques. Ilham était une néo-rurale qui

avait quitté le centre de Bordeaux une quinzaine d'années auparavant : déjà attirée par des pratiques alternatives en termes de santé par les plantes ou d'alimentation biologique, elle était venue s'installer dans le Médoc où elle passait ses vacances depuis toujours pour aspirer à une vie plus saine, moins stressante et plus proche de la nature.

Pour ces femmes, l'accouchement à domicile constituait un bon équilibre entre sécurisation grâce aux compétences de la sage-femme et démedicalisation voire « renaturalisation » de la naissance. Pour elles, l'hospitalisation (et la péridurale) dénaturait l'accouchement en plus de le conditionner aux exigences des praticiens. Elles voulaient pouvoir accoucher dans la position de leur choix, dans un environnement familier et rassurant en compagnie du père ou de femmes proches d'elles. Pour Alice, ce fut sa professeure de yoga et amie.

Ilham : « C'est une sage-femme qui m'a accouchée, parce que j'ai eu mon bébé à la maison. Ça a été une volonté justement parce que j'avais trop la trouille d'être en maternité quoi, clairement ! Surtout ici, et puis Bordeaux, j'avais pas beaucoup plus confiance, j'avais surtout envie de quelque chose d'authentique, de pas avoir trop de choses trop aseptisées...Je voulais avoir mon environnement quoi, que mon enfant naisse dans cet environnement, de pouvoir prendre le temps et de le faire chez moi ! (...)

CL : C'est la même sage-femme qui a assuré le suivi de la grossesse et l'accouchement ?

Ilham : Oui, c'est la même. C'est quelqu'un qui bosse à son compte et qui travaille beaucoup. Elle fait un accouchement à domicile en moyenne tous les deux ou trois jours. Donc ça fait beaucoup.

CL : C'est qui ?

Ilham : C'est Mme Jacquet. C'est la seule à Bordeaux. Même en Gironde d'ailleurs. Bon d'autres femmes se forment, qui font des stages avec elle, mais en attendant c'est la seule qui permet aux femmes d'accoucher chez elle. Bon, elle est assez controversée par les gynécologues qui voudraient interdire les sages-femmes à bosser sur les plateformes d'accouchement à l'hôpital... »
[Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Le choix d'Ilham et des autres contrastait avec celui des femmes qui se rendaient spontanément accoucher en maternité par habitude, suivant la norme et convaincues d'assurer leur sécurité et celle de leur bébé en cas de problème. Pour les autres, c'est l'environnement hospitalier qu'elles trouvaient au mieux pas forcément utile, au pire nuisible, au bon déroulement et à la prise en charge individualisée de leur accouchement. Je n'ai pas fait la rencontre de Mme Jacquet mais j'ai entendu plusieurs fois parler d'elle, soit par des femmes qui louaient ses services et ses convictions, soit par des sages-femmes hospitalières ou de PMI qui lui reprochaient de multiplier les actes d'accouchements, bien payés, et de ne pas assurer les soins du post-partum, moins

valorisés. Ce à quoi d'autres rétorquaient qu'étant seule à le faire, elle devait faire face seule à une demande croissante d'accouchements à domicile sur tout le département et n'avait « pas le temps de faire le reste » malgré l'importance de ces soins. Au sein de la culture professionnelle propre au métier de sage-femme et « des bonnes pratiques » qui y sont élaborées, l'accouchement à domicile, et qui plus est, les méthodes de Mme Jacquet, faisaient débat. Du côté des femmes rencontrées, Eléonore et Alice m'ont rapporté que leur accouchement et ses suites se sont bien déroulés. Je notai qu'elles qui ont aussi pu compter sur leur entourage (père de l'enfant, mère, amie...). Ilham était plus isolée et a rencontré quelques complications qui l'ont contrainte à faire appel au système médical plus conventionnel, ce qui s'est révélé compliqué du fait du manque de concertation préalable avec les professionnels qui allaient devoir prendre en charge les soins du post-partum localement mais aussi en raison de divergences quant aux représentations de « la bonne prise en charge » de la grossesse et de l'accouchement. Ilham semble ainsi avoir été catégorisée par les professionnels qui l'ont suivie après son accouchement. Elle s'est d'abord sentie jugée pour ses pratiques puis aidée par des professionnels de santé institutionnels. Elle n'a jamais considéré comme problématique l'absence de suivi rapproché en post-partum de la part de Mme Jacquet malgré son esprit critique habituel envers « le monde médical » :

« Bon moi, j'avoue qu'après l'accouchement, j'étais un peu pommée en tant que jeune maman pour avoir une aide - pédiatre, sage-femme, etc...- près de chez moi. Dans les jours qui suivent, il faut faire le test de Gutri. La sage-femme m'avait laissé le petit carton pour un prélèvement de sang pour qu'une autre sage-femme ou une pédiatre puisse le faire. J'ai donc appelé la clinique du Médoc pour prendre rendez-vous avec la pédiatre. Cela m'a été refusé par cette pédiatre parce que je n'ai pas accouché dans cette maternité. Or les autres pédiatres dans le Médoc sont ceux qui viennent en consultation libre à la clinique et qui sont présents une fois tous les trois mois. Donc cela signifiait qu'il fallait que j'aille sur Bordeaux, sauf que j'étais extrêmement fatiguée après mon accouchement et que mon petit avait une semaine. J'ai fait des pieds et des mains, et une kiné qui connaît ma sage femme libérale de Bordeaux, a bien voulu se déplacer et venir me faire le test de Gutri.

Par la suite, il a quand même fallu que j'aille voir la pédiatre de la clinique pour les premiers tests, pour voir la taille, le poids du bébé, voir si tout allait bien. J'avais du mal à allaiter et j'avais eu ma sage-femme au téléphone, on a essayé différentes positions, le tire-lait... Ca a été l'enfer jusqu'à ce que j'aille voir cette pédiatre avec qui ça a été encore plus l'enfer d'ailleurs.

Elle a constaté que mon fils n'avait pas repris suffisamment de poids après la naissance. Après la naissance, les bébés perdent 10 % de leur poids en

éliminant le méconium de leur tube digestif. Noé en avait perdu un peu plus.

De là Noé n'a pas repris de poids, la pédiatre m'a fait culpabilisé en disant que c'était pas bien, qu'il fallait absolument que je lui donne du lait en poudre en même temps que le lait maternel, que je pouvais faire les deux et que le lait en poudre allait permettre à Noé de grossir plus vite. Bon elle disait « Bon bébé, beau bébé » Elle avait quand même compris que je n'étais pas folle et que je me bougeais, que je n'étais pas maltraitante. En sortant je suis allée acheter du lait en poudre. Deux jours après, je devais y revenir parce que j'avais oublié le carnet de santé pour le faire remplir. Quand je suis arrivée, elle était absente mais j'ai appris qu'elle avait été mettre les services sociaux au courant qu'il y avait un problème avec mon fils. Les services sociaux m'ont contacté en disant qu'effectivement la pédiatre avait appelé, avait « signalé une problématique avec mon fils » et une puéricultrice a débarqué chez moi. Heureusement elle a été super. Elle venait de la PMI. Je savais pas vraiment ce que c'était. » [[Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Le refus des effets non désirés de la pilule : une négociation des risques

Dans son enquête sur les « savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques », la psychologue Christine Durif-Bruckert [2008] remarque que la plupart des femmes qu'elle a interrogé (notamment en centre de planification dans la région française du Rhône) « parlent de la pilule comme elles le feraient d'une thérapeutique lourde » laissant sur le corps « les marques de sa nocivité » : souvent présenté par les patientes comme un « poison », cet « objet merveilleux et maudit » ne serait pas évacué par le corps, l'affaiblirait, brouillerait les cycles naturels et ferait baisser la libido. Les travaux de la sociologue Hélène Bretin [1992] sur les choix contraceptifs en France de femmes kabyles, algériennes, françaises et tziganes en **montraient** la complexe intrication avec le vécu corporel, la situation familiale ou professionnelle, et surtout avec les projets de vie de ces femmes.

Lors de mon premier entretien avec Sophie, une discussion assez informelle chez elle, celle-ci expliqua à ma demande qu'elle avait « déjà pris la pilule » sans pouvoir en poursuivre le traitement :

« Le problème avec la pilule, c'est que je ne la supporte pas. Je ne peux pas le prendre. C'est pareil avec les autres moyens qui contiennent des hormones en fait ». [Sophie, 34 ans, commerçante saisonnière, célibataire, un enfant]

L'absorption de la substance avait provoqué chez elle des problèmes de vue : une cécité partielle était en effet survenue sans qu'elle ne sache d'abord pourquoi. Ces troubles ont disparu alors qu'elle a arrêté ce mode de contraception médicamenteux, qu'elle avait

remplacé par des méthodes locales (préservatifs masculin et féminin). Des cas de violentes migraines m'ont aussi été rapportés par des femmes qui ont été soulagées, parfois plusieurs années plus tard, par l'arrêt de leur contraception. Combinée au tabagisme, la « pilule » avait la réputation de causer des accidents vasculaires cérébraux...

Les effets indésirables voire nocifs de la contraception hormonale m'ont ainsi été pointés par plusieurs femmes, mais c'est Ilham qui a exprimé ce point de vue avec le plus de véhémence. D'un tempérament assez vif, Ilham s'insurgea quand je lui demandai si elle prenait la pilule :

« Surtout pas de contraception ! Les hormones ça flingue l'organisme, les humeurs tout ça... ! Les médecins avec leurs médicaments et les gynécos avec leur pilule, ce sont les plus grands dealers de la planète ! » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, 1 enfant]

L'évocation des humeurs était intéressante en ce qu'elle soulignait la persistance de la théorie humorale dans la conception de la santé féminine. Celle des « dealers » faisaient apparaître les dangers quant aux abus de la pharmacologie et de l'industrie industrielle qu'elle assimilait à un cartel. Les récents scandales médiatiques sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations [ANSM, 2013], ainsi que sur le médicament Diane 35 et ses génériques utilisés comme contraceptifs [ANSM, 2013] viennent appuyer son argumentaire :

« Rien qu'à voir ce qu'on veut bien nous dire sur les médicaments qu'on retire de la vente ! Je ne suis pas étonnée de ce qui se passe en ce moment avec la pilule ! ». En plus des risques connus liés à l'absorption d'hormones contraceptives, Ilham ajoute celui d'encourager le lobbying pharmaceutique et médical : « Une plaquette de pilule, c'est tous les mois ! Ils ne font pas ça que pour ton bien ! ». Elle tient ses informations d'autres amies ou de voisines médocaines ou encore d'internautes, ainsi que de livres et magazines dont le point commun est un refus d'adhérer au système médical en place : « Je suis marginale, je sais... Mais je ne suis pas la seule ! Et on trouve des solutions ! ». [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Appartenant au même réseau de connaissance, Séverine s'était montrée plus réservée qu'Ilham et les autres quant à l'accouchement à domicile auquel elle avait tout de même songé. « Peut-être pour le deuxième, mais pour le premier, je me sentais plus en sécurité à l'hôpital » expliquait-elle. Elle était la fille aînée de Chantal qui lui avait appris à se soigner avec l'homéopathie mais qu'elle trouvait parfois un peu trop radicale vis-à-vis du système de santé. Elle préférait « peser le pour et le contre » comme dans le cas de la vaccination de son petit garçon âgé de trois ans. Avec son compagnon, titulaire comme elle d'un diplôme d'ingénieur et travaillant avec elle sur leur exploitation agricole, ils

avaient identifiés certains vaccins comme indispensables et d'autres comme trop nocifs pour lui être administré. Ils avaient conduit un raisonnement similaire concernant la prise ou non de contraception hormonale par Séverine, agissant en véritables « patients-sentinelles » :

« Sujets en permanence soucieux d'eux-mêmes, capables d'objectiver leur corps, c'est-à-dire les risques internes (génétiques, immunologiques) ou externes (environnementaux) auxquels celui-ci peut être exposé, comme s'ils étaient vis-à-vis de lui en lieu et place de la biomédecine. [Dozon, 2001:41]

Agée de 34 ans engagée dans la filière biologique refusait également la contraception hormonale en raison des dérèglements qu'elle causait à son cycle, de la méconnaissance des effets secondaires à long terme sur son corps et de l'important impact négatif de son rejet dans la nature via les eaux usées. Après la naissance du petit, elle n'a pas repris de contraceptif hormonal. Elle avait « pris la pilule » après la puberté mais disait en ressentir excessivement les effets sur son corps. « Avec la pilule, les deux dernières années, je n'avais pas de règles. J'ai mis trois ans à récupérer un cycle ! ». Ainsi, c'est moins une contre-indication qu'une gêne qui la pousse à refuser une contraception hormonale.

Toutefois, engagée dans la lutte écologiste, elle ne reconnaissait plus en « la pilule » un droit des femmes face à la domination masculine, mais un danger pour leur corps et pour l'environnement. Ce faisant elle ne remettait pas pour autant en cause la norme de procréation et de planification familiale qu'elle suivait en « surveillant ses cycles », en « faisant attention avec son conjoint, très impliqué » et en mettant « des préservatifs en attendant de trouver mieux... ou le moins pire ! ».

« C'est compliqué ces histoires de contraception. Je ne sais pas quelle est la meilleure solution. Ya rien de sûr dans les alternatives, et puis la pilule, non merci ! Pour l'instant, je fais comme ça... ». [Séverine, 34 ans, en couple, 1 enfant, agricultrice biologique]

Sensibles à la planification des naissances mais peu enclines à utiliser une contraception hormonale, Ilham et Séverine se disaient également assez réfractaires aux autres modes de contraception médicalisée. Si les dispositifs intra-utérins au cuivre ne contiennent pas d'hormones, son innocuité n'en reste pas moins critiquable à leurs yeux : Séverine confie que « l'idée d'avoir un morceau de cuivre à l'intérieur... C'est pas très naturel non plus ! ». Les autres méthodes sont également rejetées : l'implant et les anneaux contiennent des hormones et les spermicides des produits chimiques (donc « pas naturels »).

Le sociologue Patrick Peretti-Watel affirme que le point de vue des scientifiques a parfois tendance « à réduire un risque au produit de deux mesures (sa probabilité

d'occurrence d'une part, la gravité de ces conséquences d'autre part) tandis que le profane aurait une approche du risque moins strictement quantitative, moins réductrice » [Peretti-Watel, 2010 :29]. La diversité de leurs sources d'informations montre que ces femmes cultivent une véritable distance par rapport au seul savoir biomédical ainsi qu'une démarche d'appropriation et de revendication d'autres formes de savoirs et de pratiques. Dans ce contexte, elles manifestent une grande sensibilité aux effets secondaires annoncés et aux effets perçus liés à la contraception hormonale, cela d'autant plus qu'il s'agit d'une pilule qu'elles absorbent au quotidien sur plusieurs années le plus souvent.

Aussi, Emilie et Séverine préféraient surveiller leurs cycles et en déterminer les périodes d'ovulation. Elles disaient « compter les jours » et « faire attention » mais n'employaient pas le nom de cette méthode, connue sous l'appellation « méthode Ogino ». Elles utilisaient le préservatif masculin (pas son homologue féminin) et/ou pratiquaient la « méthode du retrait » ou « coït interrompu » avec leurs partenaires qui semblaient d'accord et coopérants. Le refus de contraception médicalisée semblait se faire chez les femmes interrogées en vertu d'une certaine « écologie corporelle », c'est à dire d'une quête d'un corps en harmonie avec lui-même et avec l'environnement qui l'entoure [Andrieu, 2009]. Cette recherche d'équilibre passait par l'acquisition de différentes formes de savoirs sur les pratiques de soins en santé reproductive qui donnaient lieu à une catégorisation en termes de pratiques « saines » et « malsaines » [Herzlich, 2007] mais aussi en termes de ex-propiation/réappropriation du corps [Illich, 1975]. La contraception médicalisée, et notamment la contraception hormonale, est ainsi reléguée au rang des pratiques « malsaines », « à risque » et pernicieuses, d'autant plus qu'elles accordent plus de pouvoir à l'institution médicale qu'aux femmes elles-mêmes concernant la gestion de leur fécondité. En ce sens, le risque encouru selon elle est relativement important. D'un autre côté, le « risque de grossesse non désirée » n'était pas écarté par les femmes enquêtées. Ainsi, il semble que le choix opéré par Séverine et Ilham résultait moins d'un choix parmi un ensemble de possibles que d'une négociation entre des risques. La prise d'une contraception médicalisée constituait pour elles un plus grand risque qu'une potentielle grossesse. Séverine dit en plaisantant : « La grossesse, c'est pas encore une maladie ! ». Il est à noter que les femmes interrogées, si elles tombaient enceintes, ne seraient pas forcément reconnues comme « déviantes » [Becker, 1963] du point de vue de leurs âges et de la taille de leurs familles. Elles n'auraient pas soutenu de projet parental préalable mais semblaient capables d'ajustements vis-à-vis de cet aspect de la norme procréative actuelle. Ainsi, le contrôle social qui pesait sur elles par rapport à la survenue d'une « grossesse non désirée » pouvait être surmonté.

Une sorte de quête d'une nouvelle identité féminine semblait également se dégager de leur démarche. Remettant en cause des pratiques féminines couramment vues comme « modernes » et émancipatrices (comme l'usage de la « pilule », de l'implant contraceptif, le recours à l'accouchement en milieu hospitalier) on pourrait penser que

ces femmes réifient les normes traditionnelles assignant aux femmes la tâche de reproduction en optant pour l'accouchement à la maison ou l'allaitement à la demande par exemple. Elles accordaient une grande importance à partager les questions de SSR avec leurs compagnons avec qui elles entretenaient a priori des relations paritaires (même si pour Ilham, mère célibataire, ce projet avait été dévié). Elles se disaient résolument féministes et écologistes, sans pour autant toujours se retrouver dans les revendications de leurs consœurs des années 1960. L'analyse de Camille Froidevaux-Metterie peut éclairer le paradoxe qu'elles incarnaient par le biais de leurs pratiques de soins en SSR, rejetant leur médicalisation tout en revendiquant un féminisme qui s'est justement appuyé sur le médical pour éclore. Si Elsa Dorlin proposait de penser un après-genre intersexué [2005], Camille Froidevaux-Metterie explique que les générations actuelles vivent certes une véritable égalitarisation et une homogénéisation des genres du point de vue des droits et des activités professionnelles ou domestiques, mais ils sont en même temps en proie à l'injonction sociale de plus en plus marquée à se réaliser socialement en tant qu'individu (comme l'expliquent Anthony Giddens [1991] et Alain Erhenberg [1998]), ce qui implique notamment de se définir en discours et en pratique comme homme ou comme femme [2014]. Faire usage des anciens modèles et les détourner ou les réinventer, par le biais des pratiques de soins par exemple, pourrait donc participer des dynamiques identitaires féminines d'aujourd'hui.

Conclusion du Chapitre 4

Nous avons vu dans ce quatrième chapitre que les recours aux soins de SSR disponibles sur la presqu'île médocaine répondaient à des logiques variées, dépendantes pour les femmes des besoins de santé qu'elles éprouvaient et formulaient, des représentations qu'elles avaient de ces services et de leurs possibilités d'y accéder, de même que de la capacité de ces derniers à satisfaire leurs demandes. Les soins médicalisés en SSR ont fréquemment été associés aux idées de sécurisation et de maîtrise des risques évitables chez de nombreuses femmes rencontrées, et plus rarement à des notions de perte de liberté et de dangerosité. Toutes les femmes rencontrées pendant l'enquête y avait toutes recouru sans exception à un moment ou à un autre de leur vie mais deux tendances se distinguaient pourtant dans leurs logiques de recours à ce type de soins, selon que les femmes entretenaient un rapport de proximité, de confiance et d'exigence envers le système de santé, ou qu'elles nourrissaient envers lui une certaine méfiance et une distance plus ou moins importante.

Au sein de la première tendance apparaît d'abord le recours quasi-incontournable aux soins administrés aux différents âges de leur vie. Si la loi française prévoit une prise en charge médicalisée obligatoire dans le cadre de la grossesse et de l'IVG, la plupart des femmes sollicitaient une prise en charge (pour elles ou pour leurs filles) aux autres moments forts de leurs trajectoires biographiques. Le moment de la puberté sonne celui de la première consultation médicale en vue de la prescription d'une contraception, généralement la contraception orale, plus ou moins suivie du premier examen gynécologique. Le premier rapport sexuel est abordé sous l'angle de la prévention contre les MST et les grossesses non voulues. Ainsi, la jeune fille devient femme sous les bons auspices de la SSR. L'accouchement qui « fait » des femmes de nouvelles mères est presque toujours assuré dans un service de maternité hospitalier. L'âge de devenir grand-mère est moins marqué aujourd'hui qu'il y a une dizaine d'années encore par « la totale ». On appelait ainsi les hystérectomies effectuées à l'âge de la ménopause sur des dizaines de femmes sans toujours qu'il y ait eu nécessité médicale. Ces opérations chirurgicales étaient effectuées afin de prévenir les désagréments physiques et psychologiques liées à la cessation du cycle menstruel et l'apparition d'éventuels fibromes matriciels. L'analyse anthropologique montre qu'elles évitaient aussi d'éventuels « tardillons » (enfant nés « sur le tard ») et retiraient aux femmes ce qui avait constitué jusqu'à lors une grande part de leur identité en tant que femme [Moulinié, 1998]. Aujourd'hui, ce passage semble de plus en plus marqué par les campagnes préventives de santé publique qui organisent des dépistages organisés pour les femmes ménopausées, population cible qui répond donc à une catégorie pré-existante dans l'imaginaire collectif. En véritables rites initiatiques, ces recours aux soins instituent le passage d'un statut à un autre en même temps qu'ils témoignent de l'incorporation, par leur médicalisation, des normes propres au domaine de la SSR.

Aux logiques symboliques et rituelles qui sous-tendaient les recours aux soins en SSR s'ajoutaient une logique plus pragmatique, souvent guidée par l'urgence et la gravité perçues ou réelles des maux. Les médecins étaient alors considérés comme les professionnels les plus à même d'établir un diagnostic sûr et de leur prescrire un traitement efficace. Quand ces soins n'étaient pas accessibles en raison de la sous-médicalisation en Médoc mais aussi parfois de la méconnaissance de l'offre locale par les femmes, ces dernières mettaient en place des logiques de débrouille pour parvenir à se faire soigner. L'attention portée au « système D » révèle les barrières habituellement moins visibles de l'accès aux soins de SSR. Comme le pointe le rapport MédocIresp celui-ci ne se résume pas à l'ouverture de droits et à l'accès géographique aux services, eux-mêmes souvent dépendants des compétences et possibilités des réseaux informels d'entraide chez les femmes précaires rencontrées. La possibilité d'exprimer ses demandes de santé intimes, de raconter ses maux de femmes souvent indicibles apparaît encore plus difficile quand soignants et soignées ne parlent pas la même langue. Pour pallier à ce problème, les femmes concernées tâchaient de trouver par elles-mêmes des personnes susceptibles de les traduire, ce qui n'était pas sans poser de problème dans les prises en charge.

Dans d'autres cas, les femmes semblaient mettre en place de véritables tactiques pour contraindre les institutions de soins de SSR, organisées autour de populations cibles et de missions de santé particulières, à adapter les prises en charge à leurs besoins ou tout simplement à entendre leurs demandes. La mise en place des tactiques d'appropriation et de détournements des services, comme dans le cas de l'occupation de la salle d'attente du CPEF par des groupes de femmes, renseigne plusieurs aspects des représentations de la santé et des soins en SSR. Premièrement, il apparaît que dans un contexte de pénurie médicale, les femmes passent outre les spécificités institutionnelles des services et témoignent d'une certaine insistance pour se faire soigner, soit par méconnaissance du système de soin soit par contrainte de santé. Ces institutions acceptent généralement de s'adapter à ces contingences pour garantir à ces femmes leur droit à des soins spécialisés. Elles définissent également les modalités et les temps de soins collectifs (séances de sensibilisation auprès des jeunes par exemple, éducation à la parentalité) comme ceux des consultations individualisées. Les incitant à se sentir libre de venir, les professionnels n'apprécient paradoxalement pas toujours que leurs patientes règlent elles-mêmes ces modalités d'usage des services, en occupant les lieux, en venant sans rendez-vous... Ces femmes en question venaient à ce moment-là car elles traversaient, parfois avec difficulté, les âges de la vie : se regrouper de façon informelle dans un lieu dédié aux soins des femmes dans ces moments forts de la vie permettaient de mieux appréhender, collectivement, le passage d'un statut à l'autre ou les troubles qui l'en empêchaient. Ce deuxième aspect réaffirme la dimension sociale que revêtent ces événements pour ces femmes qui ne remettaient pas en cause leur médicalisation, mais qui complétaient le suivi individualisé et professionnel par une prise en charge plus collective et profane. Quand les soins ne répondaient pas à leurs besoins, nous avons vu que certaines femmes engageaient également des tactiques de

captation et de mise en concurrence des services et des professionnels de santé ainsi que des formes de nomadisme médical afin de parvenir à la prise en charge souhaitée. Les femmes usent ainsi de résistances, d'exigences et de stratagèmes lorsque leurs demandes n'entrent pas en adéquation avec les problématiques de santé ou les publics ciblés par les professionnels ou par les institutions de soins. Toutefois, certaines femmes n'ont pas le tempérament, le temps ou les moyens pour emprunter ces logiques tacticiennes et certains maux de femmes demeurent non pris en charge ou que tardivement.

Le cas de l'IVG reste particulier car il cristallise de nombreux enjeux de la SSR en termes de liberté et de normalisation des conduites des patientes. Ces dernières ont la possibilité, en même temps que l'absence d'un autre choix, d'une prise en charge médicale pour se faire avorter en sécurité et dans le respect de la loi, alors qu'elles connaissent des difficultés d'accès à l'IVG dans le Médoc. Nombre d'entre elles nous ont confié leur détresse suite à leur IVG et l'absence d'une prise en charge psychologique adaptée pour soulager cette souffrance souvent indicible et taboue qu'elles éprouvent en silence parfois durant des années.

La deuxième tendance identifiée dans ce chapitre quant aux logiques de recours aux soins de SSR, répond à des rapports plus distanciés avec le système de santé, l'offre disponible ne correspondant pas toujours aux attentes des femmes. Logiques expertes, rebelles et sentinelles donnent en effet à voir un aperçu de différentes facettes de l'autonomie en santé. Les conduites d'automédication appliquées à la SSR n'ont été que très peu investiguées en sciences sociales alors qu'elles rendent compte d'au moins trois caractéristiques du hiatus existant entre l'offre de soin ciblée et des besoins très diversifiés. D'abord, l'automédication peut répondre à l'absence d'une réponse médicale précise et attentive dans le cas par exemple de l'usage d'antalgiques pour les douleurs de ventre. Souvent associés aux douleurs menstruelles, ces maux sont régulièrement perçus comme « normaux » et leur gestion revient aux femmes elles-mêmes, contrainte de se débrouiller seule et courant le risque de diagnostics tardifs plus graves. L'automédication est également incitée par les politiques sanitaires de prévention contre les MST et les grossesses non souhaitées, mais la contraception d'urgence ne bénéficie pas encore d'un accès facilité : bien qu'en vente libre et sans ordonnance, l'observation montre que la demande doit être faite par les femmes auprès des pharmaciens, alors que d'autres dispositifs de SSR sont vendus de l'autre côté du guichet de façon plus anonyme. L'incitation à l'autonomie par les pouvoirs publics semble participer du processus de subjectivation dans ce domaine de la santé. L'autonomie apparaît enfin négociée entre les femmes et les professionnels de la dispensation des médicaments dans le cas du « dépannage de pilule ». Les premières, devenues souvent expertes de leur traitement contraceptif au point de parfois en détourner les usages, font l'objet de contrôles plus ou moins rigoureux et de faveurs selon leurs relations avec leurs pharmaciens qui les incitent à un suivi gynécologique

régulier, bricolant leur mission de normalisation des conduites auprès de femmes déjà habituées pour la plupart à prendre leur contraception.

Certaines situations de recours au système de santé ont été traumatiques pour quelques-unes des femmes rencontrées, ce qui a pu par la suite influencer leur rapport aux soins biomédicaux en général, et en SSR en particulier, allant jusqu'à préférer accoucher seule pour l'une des femmes rencontrées. D'autres vivent comme une atteinte à leur liberté individuelle et de femme les injonctions normatives présentes dans les campagnes de prévention auxquelles elles disent résister en refusant de recourir aux dépistages organisés ou d'effectuer un suivi gynécologique régulier. Ces mauvaises expériences de soins, le refus d'une certaine forme de normalisation des conduites ne sont pas les seuls facteurs influençant un rapport distancié aux soins de SSR.

Quelques femmes, au mode de vie « alternatif », se montraient très vigilantes aux possibles effets iatrogènes de la biomédecine, et notamment dans le domaine de la SSR. Leurs recours aux soins dans ce domaine participaient d'une négociation des risques entre les avantages de la médicalisation, en termes d'efficacité et de sécurité, et ses inconvénients en termes de normalisation des conduites et d'effets pervers nocifs. Les pratiques autour de l'accouchement à domicile témoignent ainsi d'une volonté de concilier la démedicalisation de la naissance et sa sécurisation par un professionnel compétent. Cette pratique, rare en France et en Gironde, est considérée comme marginale bien qu'elle soit courante dans d'autres pays, comme la Hollande où elle bénéficie d'un encadrement spécifique. Le cas du refus de contraception orale montrent une méfiance croissante envers les effets pervers perçus par les femmes et reconnus scientifiquement. La situation de refus témoigne toutefois de conduites normalisées en matière de santé et de planification familiale car l'on assiste plus à une prévention des risques, fer de lance du processus de médicalisation dans notre société, qu'à un rejet de la norme de procréation. Le recours aux soins semble « réfléchi » voire « sentinelle » dans le sens où ces femmes prenaient en compte une pluralité de facteurs, comme la santé perçue, les effets secondaires connus sur le corps, sur l'environnement, les conséquences de l'absence d'une prise en charge alternative... avant d'effectuer leurs choix de santé et de donner telle ou telle inflexion à leurs itinéraires thérapeutiques.

PARTIE III. Des recours aux soins peu visibles

Chapitre 5. Des soins non conventionnels pour les maux de femmes

Me racontant leurs itinéraires thérapeutiques, plusieurs de mes interlocutrices m'ont fait part de leur recours à des soins non conventionnels pour soigner certains de leurs maux. Dans les Landes où j'ai grandi, ainsi que dans le bocage normand où mon arrière-grand-père « pensait le feu », je connaissais la réputation des personnes qui faisaient « faire partir les verrues », « enlevaient le feu » et « guérissaient » toutes sortes de maux. Si les légendes médocaines et gasconnes rapportaient les agissements des sorciers, sorcières et rebouteux [Viaut, 1981], Sophie, la commerçante saisonnière, et Jeanne, l'ouvrière viticole devenue auxiliaire de vie m'ont confirmé assez tôt la présence de tels individus dans le Médoc, lesquels pouvaient aussi intervenir dans le domaine des maux de femmes.

Nous avons donc vu dans la partie précédente que les soins biomédicaux dédiés aux maux de femmes étaient le plus souvent ciblés en fonction des caractéristiques et des normes relatives au domaine de ma SSR, de fait : qu'en était-il au sein de cette offre de soins particulière et peu souvent prise en compte dans les études sur les recours aux soins ? Qui étaient ces praticiens et à quelles représentations du corps et des maladies se référaient-ils ? Quelles logiques les femmes empruntaient-elles lorsqu'elles décidaient de faire appel à leurs services ? Ce chapitre propose, en deux temps, des éléments de réponse à ces questions.

Premièrement il montre, par l'exposé de la méthodologie d'enquête, comment se donne à voir et se dévoile cette offre de soins qui bénéficie actuellement d'un certain flou juridique en dépit de son interdiction par le droit français. Nous avons vu dans le Chapitre 3 que l'exercice de la médecine en France est légalement encadré et réservé aux médecins et aux professions paramédicales sous certaines conditions. Or, si certains praticiens non conventionnels font l'objet de poursuites initiées par le Conseil de l'Ordre National des Médecins, la majorité jouit d'une certaine tolérance tant que les thérapeutes ne commettent pas de délits majeurs et restent peu visibles. En France, le recours aux soins non conventionnels semble en croissance [Reynaudie, 2012] mais il demeure néanmoins difficile de réaliser des études quantitatives précises, tant le domaine des soins non conventionnels est mouvant et pluriel. L'approche qualitative que j'ai développée en Médoc a permis de restituer ici quelques portraits de différents praticiens rencontrés. Ce procédé illustre la difficulté d'en établir un profil type du fait de la diversité des parcours et des modalités d'exercice de leur activité de soin. Une

typologie des savoirs et pratiques thérapeutiques est proposée afin de mieux saisir la pluralité des sources de connaissances et de référentiels de soins.

Dans un second temps, ce chapitre explore les modalités d'interprétations étiologiques des maux de femmes, entre rupture de l'équilibre des humeurs et des énergies vitales, et épreuves de vie dont il faut saisir le sens profond pour en sortir victorieuses. Les praticiens non conventionnels semblent prompts à inscrire les problèmes de santé de leurs patientes dans leurs trajectoires biographiques et à les rendre actrices de leur quête de guérison. La quête de sens et de bien-être constitue l'une des logiques de recours aux soins non conventionnels identifiées ici. Nous verrons que les patientes se tournent également vers ces soins pour leurs maux spécifiques en suivant parallèlement d'autres logiques, notamment quand elles n'ont pas eu de réponses satisfaisantes du côté de la biomédecine et de la SSR, que l'issue des traitements est incertaine ou encore que les normes de pudeur et de tabou les ont dissuadées d'exprimer leurs demandes.

5.1. Des praticiens aux vies marquées et aux multiples savoirs de santé

Au début de l'analyse de mes données ethnographiques recueillies auprès des différents praticiens non conventionnels rencontrés, j'avais souhaité réaliser une cartographie et une typologie de cette offre de soins sur la presqu'île médocaine. Discutant de ce projet avec des géographes du laboratoire ADESS, mes directeurs et d'autres enseignants en anthropologie, notamment les Prs Ilario Rossi lors du comité de suivi de thèse et Marc-Eric Gruénais à l'occasion d'un séminaire doctoral à l'université, j'ai renoncé à ce projet qui soulevait plusieurs points sensibles : d'une part, la trop grande diversité des parcours biographiques et des pratiques de soins utilisées par ces personnes soignantes ne permettait pas d'établir des catégories claires, et d'autre part, je risquais de les exposer au danger de poursuites en justice en situant trop précisément leurs activités sur une carte du Médoc. J'ai alors décidé de les décrire ici selon trois approches successives.

En premier lieu, j'explique comment je suis parvenue à rencontrer quelques-uns de ces praticiens, mes cheminements ethnographiques illustrant la façon dont est rendue visible ou non localement cette offre de soin particulière, par eux-mêmes ou par leur patientèle. Ensuite, je me suis attachée à dresser les portraits de ces personnes en replaçant leur activité de soins dans leurs trajectoires biographiques. Enfin, je propose une typologie des savoirs de santé qu'ils mobilisent dans leurs activités thérapeutiques.

5.1.1. Enquêter auprès des praticiens non conventionnels : invisibilités et posture

5.1.1.1. (In)visibilité de l'offre de soins non conventionnels

Suspicion de charlatanisme et de sectarisme dans la presse locale

Dans ces recherches sur les Landes de Gascogne portant sur la fin du XVIII^e siècle, l'anthropologue Bernard Traimond ravive la mémoire des procès de sorcellerie, par une affaire accusant précisément une sage-femme, et dont les faits marquants et surnaturels ont été consciemment consignés par écrit, puis archivés [Traimond, 1988] . Aujourd'hui, ce type de discours peut figurer dans les articles de la presse locale, les journalistes ayant, de plus, une forte tendance à ne « s'intéresser le plus souvent [qu'] aux aspects spectaculaires du croire » [Rocchi, 2000 :584]. Le *Sud-Ouest*, l'un des journaux régionaux les plus populaires en Aquitaine, ne semblait pas échapper à la règle.

Un article, paru le 28 septembre 2010 dans *Sud Ouest - Édition Médoc*, traitait des bienfaits des soins de l'ostéopathe de l'équipe senior du club sportif « Pays Médoc Rugby » deux ans après le recrutement de la praticienne. L'ostéopathie est une pratique thérapeutique de manipulation corporelle s'appuyant sur une vision holistique du corps et sur l'interdépendance des organes, muscles, os et tissus cellulaires qui constituent l'anatomie humaine. Jusqu'en 2002, la pratique de l'ostéopathie n'était pas légale en France. Aujourd'hui autorisée, elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale mais certaines mutuelles prennent en charge une partie du prix des consultations, ce qui témoigne de la progressive reconnaissance socio-économique de la pratique longtemps considérée comme du charlatanisme par le Conseil de l'Ordre National des Kinésithérapeutes. Aujourd'hui, l'ostéopathe possède une obligation de formation sanctionnée par un diplôme reconnu par l'État français. Ainsi, contrairement à de nombreuses pratiques thérapeutiques interdites en France, et parfois autorisées dans les pays voisins, l'ostéopathie n'apparaît plus comme une pratique à risque, ni même marginale, puisque même la populaire équipe de rugby du Médoc en fait usage. Ce recours, implicitement présenté comme atypique dans l'article de journal, donnerait presque au club sportif une image moderniste.

Dans un autre cas de figure, l'ostéopathe d'une des stations balnéaires médocaines n'a pas bénéficié d'une aussi bonne presse à en croire l'article du *Sud Ouest- Édition du Libournais* paru le 7 février 2009 sous le titre : « Un ostéopathe poursuivi pour agressions sexuelles ». L'article informe brièvement de son interpellation par les gendarmes et de son passage à venir au parquet de Bordeaux⁷³. Ana Rosa, l'une de mes interlocutrices employée saisonnière en station balnéaire, avait « entendu parler de cette

⁷³L'article « Un ostéopathe poursuivi pour agressions sexuelles » est paru dans le *Sud-Ouest* du 07/02/2009. <http://archives.cedrom-sni.com/WebPages/SearchResult.aspx>

histoire » : « il paraît que c'est parce qu'il voulait soigner une patiente qui était stérile... Il lui aurait palpé avec les doigts l'intérieur de son vagin, ou de son anus je sais plus, pour débloquer le...le problème quoi... Je crois qu'il n'a pas été condamné. Ou alors pas beaucoup.» me dit-elle.

Un autre article du *Sud-Ouest-Édition du Libournais*, paru le 7 mai 2015, informait enfin de la relaxe de l'ostéopathe mis en examen pour viol, demeurant tout de même poursuivi pour agression sexuelle par deux ex-patientes. Ces femmes étaient venues le consulter l'une pour un problème de dos, l'autre pour un problème au tendon d'Achille. Le praticien avait traité ces problèmes en introduisant effectivement ses doigts dans leur vagin pour effectuer une manipulation ostéopathique particulière.

« Il assure avoir recueilli le consentement de ses patientes avant de réaliser ces manipulations à des fins purement thérapeutiques (...) des techniques plus classiques et extérieures ayant échoué dans le traitement du mal de dos ou de remplacement de l'utérus (...). La loi du 4 mars 2002 et un décret du 25 mars 2007, interdisent les gestes gynécologiques aux ostéopathes (...) auxquels le médocain avait été formé. Il ne nie d'ailleurs pas avoir ainsi traité et soigné une cinquantaine de patientes. Fournissant à chaque fois des explications qui n'étaient peut-être pas comprises de la même façon par toutes. »⁷⁴

Béatrice nous avait confié lors d'un entretien chez l'une de ces amies, avoir fait appel à ses services pour son problème d'utérus rétroversé et en avoir été satisfaite, jugeant ses pratiques peut-être particulières mais ne sortant pas du cadre thérapeutique clairement établi selon elle. L'article explique qu'il a notamment été défendu par une consœur sage-femme et ostéopathe qui forme à ces techniques et qui milite pour leur reconnaissance juridique.

Si les nouvelles pratiques de soins autorisées se voient sans doute toujours porter un regard plus suspicieux que celui porté sur la biomédecine, il apparaît, d'un autre côté, que la méconnaissance des techniques d'une thérapeutique encore récente sur le marché légal de la santé peut conduire à des abus, permis par la légitimité juridique qui lui est conférée. Le Centre intercantonal d'Information sur les Croyances en Suisse [Durish-Gauthier, 2007], pays plus permissif en matière de pluralisme thérapeutique, semble remplir cette fonction. En France, nous ne disposons pas d'un tel dispositif et l'information officielle sur les soins non conventionnels est notamment issue, depuis 2002, des rapports, guides d'action et campagnes préventives de la MISSION interministérielle de VIgilance et de LUtte contre les DÉrives sectaires (MIVILUDES) – coordonnant également les nombreuses associations locales qui entendent assurer une

⁷⁴Extrait de l'article « Médoc : jugé pour attouchements, l'ostéopathe a été relaxé » publié dans le journal *Sud-Ouest* par Florence Moreau le 07/05/2013 : <http://www.sudouest.fr/2015/05/07/juge-pour-attouchements-l-osteopathe-a-ete-relaxe-1913768-2780.php>

protection de la population contre les sectes. Cette orientation particulière s'en ressent directement sur les descriptions des divers soins non conventionnels, mettant l'accent sur les risques de manipulation mentale et d'escroquerie considérées comme caractéristique de ces pratiques.

Les cas traduits en justice sont souvent relayés par les organes de presse locaux. Dans le journal *Sud Ouest-Gironde* du 18 décembre 2006, l'Aquitaine est considérée comme « une région très touchée » selon les propos de la présidente d'une association bordelaise anti-sectes. On peut lire que différents mouvements auxquels on attribue des « dérives sectaires » sont implantés localement tels que « la Nouvelle Acropole, très présente, la Scientologie, les Témoins de Jéhovah et, plus récemment, le Sahaja Yoga. La Méthode Hamer est pratiquée à B.-du-Médoc, dans la banlieue bordelaise, par un institut de bio-psycho-généalogie,»⁷⁵. Pendant mon enquête, j'ai pu également lire dans ce même journal la condamnation d'un magnétiseur médocain à quatre mois de prison ferme pour exercice illégal de la médecine. Également gérant d'un club échangiste au sein duquel il « recrutait » ses patients et recevait ces derniers dans « le donjon de la villa » libertine pour des thérapies énergétiques, des désenvoûtements et la prescription de pilules magnétisées qui étaient en fait des compléments alimentaires dont les tarifications s'ajoutaient aux honoraires du guérisseur⁷⁶.

Ces articles de presse dénoncent le plus souvent des situations dramatiques ou dangereuses concernant les soins non conventionnels, excepté lors de la valorisation de l'ostéopathie, légalisée depuis peu, afin de promouvoir le progressisme d'un club de rugby local.

D'une certaine façon et de manière générale, il y est plutôt question d'apporter des éléments alimentant un climat de suspicion envers ces soins, tout en renforçant tacitement la légitimité de la santé publique et de la biomédecine. La crédulité face au charlatanisme demeure un argument fort en toile de fond, sans qu'il soit toujours explicitement avoué. Les théories foucaaldiennes montrent que le couplage « savoir » de santé et « pouvoir » dans les médias n'interdit pas directement les attitudes des individus mais les oriente : il s'agit de créer la subjectivité selon laquelle un individu épanoui et réalisé est un individu qui ne se risque pas ni ne s'aliène aux comportements dangereux [Berlivet, 2004]. La presse « grand public » telle que le journal *Sud-Ouest* tend à répondre à ce type de dynamique normative. Pourtant, de plus en plus revues se spécialisent sur la promotion des soins non conventionnels auprès d'un lectorat croissant, demandeur de ce genre d'informations, prêt à acheter ces magazines plus

75 L'article « Associations et avocats ont du mal à endiguer les tendances venues des États-Unis » a été écrit par Hélène Rouquette-Valeins et est paru dans le *Sud-Ouest* du 18-12-2006.

76 L'article « Listrac-Médoc (33) : le magnétiseur libertin condamné par la justice » a été publié par Yann Saint-Sernin dans le *Sud-Ouest* du 14/12/2012.

coûteux (5 à 6 euros en moyenne) qui entendent donner des informations alternatives. On peut toutefois penser que ces magazines possèdent également une dimension normative dans la mesure où ils promeuvent des pratiques de santé préventives, par le biais par exemple d'une alimentation « saine » ou de massages de bien-être pour se prémunir de l'accumulation nocive de stress [Annexe n°8].

Différents supports publicitaires

Si les médecins n'ont pas le droit en France de faire de la publicité concernant leur activité, il apparaît cependant que la plupart des praticiens en soins non conventionnels profitent du flou juridique autour de leur activité, en en faisant parfois la promotion via différents supports. Cet effort publicitaire montre en filigrane l'inscription de ces soignants dans un marché de soins où ils doivent faire leur place, obéissant aux règles de l'économie libérale et de la société de consommation [Cant, Sharma, 1999]. Les termes utilisés désignent alors ces activités thérapeutiques soit par le domaine ou la technique de soin (« néo-shamanisme amérindien », « psychologie transcendantale », « EMDR », « art-thérapie », « magnétisme et radiesthésie », « énergétique chinoise » par exemple- soit par l'activité du praticien –« magnétiseur », « énergéticien », « acupuncteur », « médium », « thérapeute en psycho-généalogie »), le mot « santé » n'apparaissant que rarement au profit de celui de « bien-être », de même qu'au terme de « médecine » semble être préféré celui de « thérapie ». Les praticiens rencontrés m'ont confirmé par la suite que cet affichage vise à éviter une accusation d'exercice illégal de la médecine. Des bambous, des galets, des fleurs de lotus illustrent généralement les cartes des thérapeutes d'inspiration ou de formation orientales, tandis que des symboles amérindiens, mayas ou incas, ornent ceux influencés par les pratiques rituelles anciennes des indigènes américains.

Si une minorité publie dans la presse locale des petites annonces généralement situées non loin des horoscopes, la majorité éditent des cartes de visites et des petits dépliants qu'ils déposent en différents lieux stratégiques : la caisse des boulangeries a, par exemple, l'avantage du passage d'un grand nombre de personnes tandis que les salons de soins esthétiques et de coiffures ciblent davantage une clientèle spécifique. Celles des épiceries biologiques et magasins de produits équitables semblent également particulièrement visées au vu du grand nombre de supports publicitaires que j'ai pu y collecter. C'est dans l'une d'elles par exemple, que j'ai récupéré le dépliant d'Alfonsina, praticienne en « psychologie transcendantale », que j'ai par la suite rencontrée pour un entretien, et avec qui j'ai suivi une séance de méditation collective qu'elle dirigeait sous un tepee dans la forêt. Cette séance m'a d'ailleurs permise de rencontrer les autres participantes (le seul homme était un ami qui m'avait accompagnée).

Aujourd'hui, de plus en plus de praticiens utilisent internet pour faire connaître leurs activités, notamment lorsqu'ils exercent chez eux et n'ont pas la visibilité d'un commerce ou qu'ils sont assez isolés géographiquement. En outre, ce support permet de diffuser un large contenu d'informations via différents médias (textes, images, musique, vidéo) décrivant leurs parcours, leur offre de soins, le déroulé d'une séance-type, les bienfaits, etc., visant à rassurer les patients-clients potentiels et à les inciter à recourir à leurs services. Mr Valier, « magnétiseur-reboutothérapeute » et Sarah, psychologue et olfactothérapeute ont par exemple été rencontrés par le biais de leur site internet qui m'avait paru suffisamment rassurant pour que je les contacte, sans avoir été en amont conseillée par quelqu'un. Je reçois d'ailleurs toujours de leur part des invitations par mail aux différents salons « bien-être » auxquels ils participent dans le Sud-Ouest de la France et à Paris.

Sur leurs lieux d'exercice, les praticiens font régulièrement de la publicité pour leurs « confrères » et « consœurs » non conventionnels qui ne pratiquent pas les mêmes techniques thérapeutiques. S'ils bénéficient d'une devanture, alors la publicité se trouve affichée en vitrine comme dans les commerces plus ordinaires. La boutique-salon « Le cocon de bien-être », installée en face d'un camping de la côte, affiche un menu de « massages traditionnels de relaxation, réflexologie plantaire, zen californien et suédois, rose thérapie, FFMTR ». Profitant de l'image du bien-vivre en Médoc et du retour à une vie plus naturelle, les campings, les centres naturistes et même les offices de tourisme communaux relaient également certaines annonces de ces praticiens pour amplifier leur attractivité, promouvant l'évasion, la détente et le bien-être.

C'est par ce dernier biais que j'ai pu rencontrer David et Fiona Northway, respectivement énergéticien et art-thérapeute. Une ancienne collègue étudiante de faculté travaillait depuis peu dans un office du tourisme médocain et m'avait transmis leurs coordonnées. J'ai rapidement sympathisé avec eux et réalisé de nombreux entretiens. J'ai également participé à un stage de développement personnel qu'ils avaient organisé. Ce jour-là, les autres participantes ont accepté de répondre à mes questions et de me revoir plus tard, pour des entretiens plus formels, me permettant d'enrichir mes données d'enquête.

De façon artisanale, certains soignants accrochaient des pancartes pour signaler leur présence en des lieux pas toujours facilement accessibles, notamment lorsqu'ils exerçaient à leur domicile. Ces panneaux semblaient être connus par la population locale qui m'en a signalé la présence en des endroits précis de la presqu'île:

« Voyons... Oui ! Il y a un guérisseur en direction de H., quand vous arrivez de Bordeaux, juste après la commune de Saint-J., il y a un carrefour, le carrefour du Peish. Il y a un radar pour les excès de vitesse pas loin. Vous voyez ? Là, au carrefour, vous prenez à droite et vous verrez un peu plus loin un panneau avec écrit « guérisseur, magnétiseur ». » [Une commerçante en

produits de puériculture, Nord du Médoc]

La « rumeur », un circuit d'information et de services privilégié

Lors de sa recherche sur les guérisseurs en Combrailles auvergnates, l'anthropologue Clémentine Raineau explique avoir découvert les spécificités du bouche-à-oreille dans le domaine des soins, officiels ou non :

« J'ai découvert après plusieurs mois sur le terrain, l'importance de deux réseaux, incontournables pour comprendre, et la vie locale, et le système de soin. Il s'agit des réseaux de la rumeur et ceux des relations de services.(...) la rumeur, système de communications local et oral, où transitent informations, comptes rendus d'expériences personnalisées, où se forment jugements et réputations. Paroles sur les soins et thérapeutes, références circulant de façon dynamique au sein de ces réseaux. Ces informations et soins ont parfois la valeur de service, et alimentent les réseaux locaux d'échanges. » [Raineau, 2002].

Ayant rencontré cette chercheuse plusieurs fois pendant mon enquête, j'ai suivi son conseil de suivre « la rumeur » en me munissant, avant chaque nouvelle rencontre, d'un « passeport » lequel consiste « à dire le nom de la personne qui vous envoie ». Cette dernière a pu l'écrire sur un bout de papier, qui symboliquement, dans la mesure où il n'est pas jeté, fait entrer les deux agents dans une relation de dette.

Sophie a été la première femme de mon enquête à mentionner l'existence de guérisseurs, « traditionnels » ou « modernes » en Médoc. Elle m'informa lors de notre premier entretien chez elle, dans son salon, des activités de Mme Pagnoux, « guérisseuse » à une dizaine de kilomètres de là. Elle m'épela le nom de la dame, qui était « dans l'annuaire » et que je pouvais donc facilement trouver. Par ailleurs, elle savait « qu'il y en avait un qui est fort » dans le village où elle venait d'emménager, mais elle ne connaissait pas encore son nom. Elle en avait « entendu parler, comme ça ». Elle m'invita à la renseigner au cas où j'en apprenais plus sur lui au hasard de mon enquête. Sophie possédait également une amie qui pratiquait le « shiatsu », en japonais « pression des doigts », « discipline énergétique de détente pratiquée depuis des millénaires en Extrême-Orient qui consiste en des étirements et des pressions appliquées sur l'ensemble du corps pour favoriser une meilleure circulation de l'énergie ». ⁷⁷ Sophie ajouta que son amie était « un peu médium » et qu'elle avait la capacité de voir ou d'entendre des choses concernant la vie privée et intime de ses clients pendant ses massages, pouvant favoriser une meilleure compréhension de leur situation.

⁷⁷Fédération Française de Shiatsu Traditionnel, site : http://www.ffst.fr/?id_page=4, consulté le 15/04/11

Suivant le conseil de Clémentine Raineau, j'obtins, non sans mal un rendez-vous, avec Mme Pagnoux. Contactée par téléphone, elle avait mal compris ma demande et avait d'abord cru que je voulais contrôler son activité, puis que je voulais lui vendre des produits pharmaceutiques ou des compléments alimentaires, quiproquos peu anodins. Je l'ai rassurée en mentionnant le don de mon arrière-grand-père guérisseur et mon étude à l'université. Nous avons convenu d'un rendez-vous chez elle. Ce jour-là, je lui demandais si elle connaissait d'autres guérisseurs dans la région. Question à laquelle elle me répondit dans un sourire :

« Vous savez, dans le Médoc, il y en a partout. Vous mettez un coup de pied dans un tas, il en sort ! » [Mme Pagnoux, magnétiseuse, 65 ans environ]

Puis, elle me précisa ses connaissances sur les magnétiseurs du coin : je fus surprise d'apprendre que trois guérisseurs exerçaient dans le village de Sophie sans qu'elle ne le sache encore. Je lui indiquai que la jeune femme m'avait parlé de l'un d'entre eux. Elle me lança : « C'est Martin ? ». A ma mine interrogative elle répondit : « Ça doit être Martin. Sinon, c'est l'autre, Costa. Mais à tous les coups, elle a entendu parler de Martin ». Le troisième praticien non conventionnel de la commune où vivait Sophie était « un nouveau » qui « faisait avec les fleurs de Bach »⁷⁸ mais Mme Pagnoux n'en savait pas plus.

J'informai Sophie de la présence des trois praticiens dans sa commune pour ne pas rompre le circuit de la rumeur. Cela me fut profitable car quelques semaines plus tard, la jeune femme avait trouvé le contact de Mr Martin et entamé une cure avec lui pour soigner une verrue plantaire que son dermatologue n'avait pas réussi à juguler. Je téléphonai alors au guérisseur pour prendre rendez-vous avec lui avec l'intention de mentionner le nom de Sophie et j'eus son épouse au bout du fil. Mme Martin, secrétaire de Mr Martin, me proposa l'air un peu agacée un rendez-vous pour un entretien dans le planning très chargé de son époux. Je suivis Sophie en voiture le jour prévu chez M. Martin pour être sûre de trouver mon chemin, la maison était située dans un quartier excentré du village, à l'orée des pins. Puis, à un moment donné, elle me fit signe de rentrer dans l'allée d'une habitation, aménagée en parking, avant de repartir chez elle. Je me suis garée dans le jardin où Mme Martin m'attendait.

Lors d'un entretien avec Aude, la travailleuse sociale rencontrée grâce à mon amie bordelaise, celle-ci me confia avoir recouru aux services d'une voyante pour des

⁷⁸« Les "Fleurs de Bach" sont trente-huit préparations à base de fleurs, chacune conçue spécifiquement pour cibler un état émotionnel différent. Elles aident à gérer les exigences émotionnelles de la vie quotidienne. Elles ont été créées dans les années 30 par le Dr Edward Bach, médecin anglais, chirurgien, urgentiste et bactériologiste (...) à partir de fleurs sauvages, en les rapprochant de formes de comportements observés chez ses patients, comme étant les sources majeurs de notre mal-être » Bach Original Flowers Essences, site : <http://www.fleursdebach.fr/produits/index.php?zn=20&rub=19>, consulté le 15/04/11

problèmes liées à sa sexualité (nous y reviendrons). Je lui demandai les coordonnées de cette femme et celles d'autres personnes qui pratiquaient des soins « peu ordinaires », tout du moins si elle en connaissait. Elle répondit préférer demander d'abord son autorisation à la voyante, ne préférant pas commettre d'impair puisqu'elle comptait garder de bonnes relations avec elle. En contrepartie, elle me nota le numéro d'Alice, une de ses amies qui pratiquait « des massages de bien-être », tout en m'enjoignant de « prendre soin d'elle » car elle lui était une amie précieuse. Elle me transmit aussi la carte de visite de Sofia, médium guérisseuse qu'elle avait consultée une fois pour une verrue, sans résultat. Elle me parla alors de Mme Pagnoux, qui était parvenue à la traiter, mais dont le soin s'était révélé inefficace la seconde fois où elle s'était rendue chez elle pour « un problème de peau ». Lors d'un entretien ultérieur, son compagnon Luc me confia être « allé voir Mr Martin une fois » pour un problème à l'œil mais son traitement par magnétisme et application de pommade ne l'avait ni convaincu ni guéri. Il précisa toutefois que « si ça n'a rien fait, ça n'a pas fait de mal ! ». Ces bribes de discussions informelles ne sont pas anodines : elles montrent de quoi se forme et comment circule la rumeur à propos des soins et des praticiens non conventionnels, signifiant leur réputation et leur efficacité.

Je décidai alors de prendre contact avec Alice, que Aude prévint au préalable, ainsi qu'avec Sofia. La première me reçut chez elle dans une toute petite maison de bois auto-construite composée de deux pièces dont un salon-cuisine avec une mezzanine pour la chambre et une salle de bain équipée de toilettes sèches. Elle exerçait en tant que « praticienne en massage bien-être » au sein d'un local situé en centre-ville de la commune la plus proche et avait développé des cartes de visites, dépliants et site internet de façon très travaillée et professionnelle. Elle m'invita à contacter l'une de ses amies acupunctrice avec qui j'ai sympathisé et réalisé plusieurs entretiens, ainsi que Coline, sa professeur de yoga que je rencontrai près d'un an plus tard lors d'un stage de permaculture (mode d'agriculture écologique).

Suivant les premières indications d'Aude, je contactai Sofia la médium guérisseuse par téléphone grâce à sa carte de visite. En allant chez elle où elle consacrait une pièce à ses consultations, je me rendis compte que le panneau signalant la présence d'un guérisseur au carrefour du Peish indiquait en fait la maison de cette dame. Elle précisa avoir édité ses cartes de visites davantage « par commodité, pour éviter aux gens de perdre son numéro » que par souci publicitaire car elle fonctionnait mieux par « le bouche-à-oreille ».

Cette modalité locale de circulation de l'information pour accéder aux soins non conventionnels fut aussi pour moi la plus efficace pour ma recherche de terrain. Certaines femmes qui y recouraient se sont ainsi révélées à moi comme des « personnalité-carrefour » [Lacoste, 1976 : 102] à l'instar de Sophie, Aude et Christine. Ayant vécu des expériences de vie fort diverses dans le Médoc et ailleurs, et possédant

un réseau social assez développé dans les environs, ces femmes m'ont en effet permis de rencontrer leurs amies et leurs praticiens de soins.

Christine fut particulièrement active dans cette démarche. En discutant avec Laurence Kotobi sur un marché local, Christine manifesta son intérêt pour les soins non conventionnels depuis qu'elle était atteinte d'une grave maladie et s'était montrée volontaire pour me rencontrer afin que je réalise avec elle un entretien dans le cadre de ma recherche de thèse⁷⁹. Pour ce premier rendez-vous, Christine nous avait proposé de venir déjeuner chez elle. A notre arrivée, elle nous invita chaleureusement à la suivre dans son jardin, s'arrêta au seuil de la maison, marmonna et toucha différents endroits du chambranle avant de nous laisser passer la porte. A l'entrée, trônaient trois grosses pierres, des obsidiennes, dont Christine nous expliqua leur particularité de pouvoir « empêcher les personnes néfastes d'entrer ». Étant ainsi autorisées, nous avions pris place dans le salon et engagé un entretien enregistré, un climat de confiance ayant été établi précédemment entre ma directrice et cette femme. Ce jour-là, notre hôte nous questionna sur notre recherche et décida de nous aider : elle constitua deux listes sur une feuille de papier, l'une concernant des « guérisseurs », l'autre indiquant le prénom d'amies et de connaissances. Quelques semaines plus tard, nous rencontrions plusieurs de ces personnes, dont Shriya, qui proposait des massages ayurvédiques à proximité et avec qui nous avons pu mener plusieurs entretiens et lié une solide relation. Peu après, nous avons fait la connaissance de Laura, « thérapeute – magnétiseuse » dont Christine nous avait précisé qu'elle était celle qu'il nous fallait « la crème ! Parce que elle, elle fait tout ! Pour la recherche, c'est elle qu'il vous faut ! ».

Ce qu'il faut retenir ici de ces différents exemples de circuits de la « rumeur » en Médoc, c'est son importance dans la réalisation de cette partie de mon enquête dévolue aux soins non conventionnels. Il apparaît en filigrane qu'une enquête sur ce sujet ne peut se faire sur un temps court car il nécessite l'engagement du chercheur dans des relations de confiance, de proximité voire de quasi-quotidienneté avec ses interlocuteurs qui ne peuvent s'élaborer que dans la longue durée. Si je n'ai pas élu domicile dans le Médoc pendant ma thèse, je m'y suis rendue plusieurs jours par semaine pendant presque quatre ans.

L'importance de la rumeur se mesure aussi dans les itinéraires thérapeutiques des femmes rencontrées. Comme le précisait Clémentine Raineau [2001], la « rumeur » permet la circulation de l'information, renseigne la réputation et l'efficacité d'un praticien. Elle influence les choix thérapeutiques de la personne en quête de soins et du

⁷⁹J'ai consacré un article à la relation ethnographique nouée avec Christine sur le terrain. Il explique la pertinence d'une analyse réflexive de l'engagement émotionnel du chercheur sur son terrain, d'autant plus dans le cadre d'enquêtes et de restitutions ethnographiques portant sur des domaines peu visibles, à l'instar de celui de la santé des femmes, souvent marqué par l'intime et le tabou, ou celui des pratiques sorcellaires tenues au secret [Lemonnier, 2016].

groupe qui l'accompagne [Gruénais, 1990] en même temps qu'elle inscrit les uns et les autres dans des relations de services réciproques. Donner une indication sur un thérapeute revient à rendre service à l'autre et à signifier son empathie envers lui qui se trouve alors en dette et devra lui rendre service en retour ou plus simplement lui relater son expérience, laquelle alimentera la rumeur.

Le bouche-à-oreille décrit dépend nécessairement de l'intégration des personnes dans des réseaux d'interconnaissance et de la confiance qui leur est accordée à l'intérieur de ces mêmes réseaux. Les soins non conventionnels font souvent l'objet de représentations négatives et sont fréquemment considérés comme des supercheries. Celui qui intègre quelqu'un (un voisin, un ethnologue) dans ce réseau doit être sûr de ne pas être décrédibilisé par ce nouvel entrant.

Pour autant, ces réseaux d'interconnaissance ne sont pas toujours inter-reliés dans le Médoc, certains praticiens étaient en effet connus de femmes qui appartenaient à des réseaux de sociabilités différents établis selon leur lieu de résidence, de travail, leurs activités de loisir, leurs lieux de courses... Ainsi les femmes pratiquant le yoga pouvaient consulter les mêmes praticiens que celles mangeant bio car, sans pour autant se connaître, elles participaient à un même circuit de rumeur. De même, parmi la population marginalisée des gens du voyage, la renommée de certains prêtres évangélistes connus pour leurs messes de guérison incitait des personnes très éloignées à venir y assister. Parmi les personnes immigrées venues du Maroc qu'il m'a été permis de côtoyer, celles arrivées depuis longtemps en France et dans le Médoc participaient au circuit de la rumeur localisé dans la commune et ses environs: Malek, commerçant, me présenta ainsi la « guérisseuse qui faisait des miracles pour son dos » et qui était masseuse et réflexologue (cette dernière n'a jamais souhaité me rencontrer, n'y voyant « aucun bénéfice » pour elle). Fadila au contraire semblait moins intégrée à cette rumeur, peut-être du fait de sa difficile maîtrise de la langue française. Arrivée en France peu après son mariage quatre années plus tôt, elle avait subi sept fausses couches successives. Nous avons déjà vu qu'elle recourait à des soins de SSR au CPEF puis dans un hôpital à Bordeaux pour des problèmes hormonaux [Chapitre 4]. Parallèlement à cette prise en charge, Fadila a profité d'un voyage à Fès au Maroc, où elle était partie rejoindre sa famille à l'occasion du Ramadan, pour aller consulter un sorcier qui, pensait-elle, allait résoudre ce qui n'allait pas « dans son ventre » et qui « empêchait le bébé de rester accroché ». Lors d'une de nos entrevues où Mme Zerrifi traduisait notre conversation, elle précisa que cet homme était connu de sa famille et que ces sœurs l'avaient accompagnée ce jour-là. Si Fadila n'appartenait pas encore au circuit de la rumeur dédié aux soins dans le Médoc, elle faisait toujours partie de celui de son lieu de vie d'origine où des membres de sa famille étaient de plus présents pour l'accompagner, contrairement à ce qui se passait pour elle dans le Médoc. Elle raconta que le guérisseur avait prononcé des prières tout en faisant chauffer de l'huile d'olive sur un feu de bois. Il s'était enduit les mains de cette huile chaude avant de les apposer sur le ventre de la jeune femme, poursuivant ses demandes de guérison au divin.

5.1.2.2. L'ethnologue, agnostique et affectée

Comme je l'ai précisé en introduction, une partie de mon histoire familiale paternelle repose sur l'activité de guérisseur et de « leueur de feu » de mon arrière-arrière-grand-père dans son village normand. J'ai hérité avec mon père des quelques prières de guérison que sa fille (mon arrière-grand-mère que j'ai très bien connue) avait soigneusement consignées par écrit. Ces prières sont destinées à « couper le feu », « arrêter les hémorragies », « réduire les entorses » et « calmer l'épilepsie ». Ni mon père ne moi ne nous sommes jamais servis de ces prières, peu sûrs de posséder « le don » de notre aïeul, décédé accidentellement dans un incendie sans avoir pu le transmettre. Néanmoins mon père a régulièrement fait appel à des voyantes dans les moments difficiles ce qui m'a très tôt sensibilisée à leurs « oracles » et aux pratiques magiques de protection de la maison (bougies, gros sel). Plus tard, je me tournais ponctuellement vers des praticiens de soins non conventionnels à Biscarrosse (Landes) et à Bordeaux pour tenter de soigner des affections que mon médecin habituel ne parvenait plus à prendre en charge. Curiosité, fascination et appréhension envers le monde invisible sont nées de mon histoire familiale et ont été récurrentes dans mes rencontres ethnographiques avec les praticiens en médecines non conventionnelles. J'ai rarement pu observer leurs consultations, car ils invoquaient des raisons de « secret professionnel », le respect et la pudeur des recourants. Jade, une amie, m'a permis une fois de l'accompagner lorsqu'elle est allée consulter Sofia, la médium guérisseuse. J'ai recouru moi-même à des séances avec certains praticiens, j'ai accompagné des femmes à leurs consultations pour recueillir leurs impressions juste avant et juste après et j'ai participé aux séances collectives de méditations diverses ainsi qu'à un stage de « découverte de l'intuition ».

J'ai toujours tenu une posture personnelle et scientifique agnostique envers les praticiens et leurs bénéficiaires, c'est-à-dire que je ne présumais jamais dans mes interactions de l'efficacité ou non de leurs pratiques thérapeutiques ni de l'existence réelle ou non des entités invisibles qu'ils faisaient parfois intervenir dans les processus de guérison. J'ai maintenu une posture d'ouverture et de quête de connaissance, convaincue que chacun possède toujours de bonnes raisons de penser ce qu'il pense et de faire ce qu'il fait. Cette posture est également celle adoptée par Clémentine Raineau [2001] dans son enquête sur les « guérisseurs » dans les Combrailles auvergnates avec qui je me suis plusieurs fois entretenue sur ce sujet sensible qui oppose classiquement la raison scientifique et les croyances. Une posture trop sceptique n'aurait pas donné lieu à la même enquête. D'un point de vue personnel, aurait signifié jeter sans ambages un fort discrédit sur les membres de ma famille et sur les anciens habitants de leur village qui ont (re)connu mon ancêtre guérisseur en tant que tel. D'un point de vue scientifique, elle aurait conduit à renier la démarche anthropologique compréhensive, le relativisme culturel et à porter des jugements de valeur sur ce qui n'obéit pas au régime de la

preuve. La posture que j'ai adoptée m'a permis de mener un travail d'enquête de proximité avec les personnes dispensant ou ayant recours aux soins non conventionnels, en leur montrant une sincère curiosité et en les convainquant de se départir de leur méfiance envers moi, sentiment dû au caractère illégal de ces pratiques de soins et des nombreuses représentations négatives qui les jugent comme archaïques et charlatanesques. A cette fin, j'ai souvent mentionné mon aïeul guérisseur qui s'est révélé être un solide passe-partout pour accéder à cet univers dont je connaissais quelques codes, mais dont les personnes qui en faisaient partie en Médoc m'étaient encore inconnues.

Cette information personnelle ainsi que mon recours aux séances de soins m'ont régulièrement valu d'être « affectée » [Favret-Saada, 1977] à des places différentes de celle de l'ethnologue par mes interlocuteurs [Lemonnier, 2016]. Certains ont vu en moi la possibilité d'un faire-valoir et un moyen de faire reconnaître leur activité, localement mais aussi à l'université, lieu symboliquement représentatif du savoir scientifique. Cette attitude peut s'expliquer par leur quête de légitimité sociale et juridique vis-à-vis de la biomédecine et par la recherche d'appuis significatifs en ce sens. Ceux avec qui j'ai réalisé une consultation se sont présentés à moi, à ces moments-là, comme des soignants et me donnèrent alors la place de la soignée, à la fois patiente et cliente. Quelques-uns encore m'ont affirmé que « le hasard n'existe pas » et que j'étudiais les guérisseurs en tout genre parce que j'avais les capacités d'en devenir une, m'encourageant à tester mes capacités de magnétisme sur les plantes et mes proches et m'affectant clairement de temps à autre à une place d'apprentie-sorcière. Je n'ai pas maintenu longtemps ce dernier statut avec les praticiens non conventionnels : *a priori* tentant pour l'ethnographie, j'ai toutefois manifesté des réticences à devenir moi-même thérapeute suite à leur enseignement, de peur de perdre pied quant à mon travail de recherche et de ne plus maintenir la distance nécessaire à l'étude de mon objet. J'ai préféré observer leurs activités comme elles se donnaient à voir à l'ethnologue, à l'universitaire et à la soignée que j'ai représentée successivement. Ce ressenti m'a néanmoins conduit à penser qu'il existe un processus initiatique qui conduit au statut de thérapeute, une sorte de conversion à la fois « professionnelle » et spirituelle. Les récits de vie des praticiens confirmèrent cette intuition.

5.1.2. Héros et héroïnes de l'ordinaire

5.1.2.1. Les praticiens non conventionnels, une catégorisation difficile

La notion de « praticiens de soins non conventionnels » est employée ici pour désigner l'ensemble des personnes qui prodiguent des soins à autrui dans un cadre dépassant celui de la famille et celui des professions de santé réglementées. Cette expression procède d'un processus d'identification tel que l'entendent Martina Avanza et Gilles

Laferté à propos des identités culturelles, c'est-à-dire comme l'attribution de caractéristiques particulières à un groupe social ou un territoire par une instance qui leur est extérieure [2005]. Il n'y a guère que dans les textes de lois et rapports officiels que la notion de « soins non conventionnels » est utilisée. Je l'emploie dans cette thèse car elle souligne la particularité attribuée aux praticiens de se situer en dehors de la norme et du système de soins en même temps. Elle reste néanmoins insatisfaisante car elle réunit une très grande hétérogénéité de profils et des pratiques de ces personnes ainsi regroupées artificiellement en dépit de leurs propres sentiments d'appartenance.

Une autre raison dans l'usage de ce terme est qu'il n'existe pas de terme pour désigner ces personnes soignantes. La notion de « guérisseur » semble désormais appartenir à l'imaginaire rural et caricatural du paysan rebouteux du village [Raineau, 2001 ; Schmitz 2006] et paraît être employée en Médoc, par commodité de langage, pour désigner sous une même dénomination générique un ensemble de personnes exerçant des activités de soins non biomédicaux. Nous verrons plus loin que le terme de « thérapeute » émerge néanmoins sur le terrain et semble désigner plus précisément les individus qui font de leurs activités soignantes une profession plus qu'un simple échange de services. Le flou persiste néanmoins car dans les deux cas, l'organisation du travail de soin et les techniques employées se sont révélées parfois très similaires.

Les praticiens eux-mêmes ne se désignent pas comme faisant partie d'un groupe à l'identité commune. En témoigne par exemple la faible portée des associations de regroupement de ces individus invités à échanger sur leurs pratiques, à adhérer à des chartes d'éthique et à diffuser leurs coordonnées sur un répertoire commun sur internet. Des fédérations de praticiens existent mais selon les secteurs d'activités et visent surtout la protection juridique des personnes professionnalisées. Ils ne servent pas spécialement une conscience de groupe mais plutôt la sauvegarde d'intérêts individuels. Ainsi que le montre la sociologue Valérie Rocchi [2000], ces soignants sont intégrés et interconnectés dans des logiques de réseaux d'individus. Dans ce contexte précis, chaque praticien se reconnaît, se singularise et se définit selon de multiples appartenances identitaires, en fonction des transmissions reçues, des formations effectuées, des expériences réalisées ou encore des rencontres fondatrices. M. Valier s'identifie par exemple comme un « guérisseur moderne » tandis que Mme Pagnoux, identifiée par Sophie et Aude comme une « guérisseuse », préfère dire qu'elle est « magnétiseuse ». Olivier Schmitz a conclu sa thèse portant sur « les guérisseurs d'aujourd'hui » en Wallonie, soutenue en 2003 et publiée en 2006, en mettant en lumière cette perspective et en proposant la catégorie opératoire de « guérisseurs syncrétistes » :

« La plupart de mes informateurs combinent en effet des pratiques thérapeutiques anciennes (le recours aux saints guérisseurs, la récitation de formules médico-magiques etc.) avec des outils et des techniques (tant matériels que notionnels) issus de la modernité

thérapeutique. C'est pourquoi il me semble plus adéquat de parler de guérisseurs « syncrétistes » pour désigner ces praticiens qui tentent souvent de légitimer auprès de leurs patients des pratiques magico-symboliques en imitant le discours rationaliste de la science.» [Schmitz, 2006 : 227]

L'utilisation de la notion de « syncrétisme » reste cependant à affiner dans la mesure où elle désigne généralement la production d'une entité nouvelle à partir de plusieurs anciennes dans le champ des croyances et religieux. Or nous verrons que dans le domaine des soins, il apparaît plutôt une juxtaposition des techniques jugées efficaces, quelles qu'elles soient. Dans le cas des nombreux praticiens influencés par le mouvement New Age des années 1970 [Champion, 1990 ; Ghasarian, 2002], on assiste à une interprétation universalisante des savoirs sacrés et thérapeutiques d'époques et de milieux culturels et géographiques très variés: chaque rite, prière, geste, secret, est considéré comme permettant, à leur manière, la guérison, l'épanouissement et l'éveil de l'être humain. Ainsi je préfère parler de « constellations » de savoirs et de pratiques de soins que de « syncrétisme », en écho au terme de « nébuleuse » utilisé par Françoise Champion [1990] pour désigner les contours mouvants et diffus du New Age dans la France des années 1990. Re-précisant les contours de cette nébuleuse au début des années 2000, Valérie Rocchi [2000] constate l'affaiblissement de la dimension communautaire initiale et un intérêt croissant, bien qu'édulcoré, pour les pratiques de soins « psycho-mystiques » de la part d'individus fonctionnant désormais en « réseaux ». Elle nomme cette tendance le « Post-Nouvel-Age ». Le terme de « constellation » renvoie de fait assez bien à l'idée d'un assemblage d'entités différentes et éparses, « nébuleuses », réunies artificiellement en des ensembles singuliers. Chaque praticien rencontré a semblé procéder de la sorte : il s'approprie un ensemble de techniques de soins et c'est cet assemblage qui le singularise vis-à-vis des autres soignants et lui confère une part de son identité propre. L'ensemble de ces éléments pointe la difficulté de catégoriser les praticiens rencontrés sous une dénomination et une identité qui ne soient ni connotées ni réductrices. La notion d'« identités enchevêtrées » développée par Abel Kouvouama à propos des identités territoriales [Kouvouama, 2015 : 181] semble pouvoir restituer la situation des praticiens rencontrés : ils paraissent en effet participer de différents « cercles identitaires enchâssés », leur permettant de puiser des ressources symboliques et techniques variées en matière de soins.

Un dénominateur commun s'est néanmoins dégagé de leurs profils hétérogènes. M'inspirant de l'approche développée par les anthropologues Laurent Pordié et Emmanuelle Simon [2013], mon attention s'est focalisée sur les parcours biographiques pour situer comment leur activité thérapeutique y avait pris place et s'organisait au quotidien. Les récits de vie collectés étaient souvent très structurés et évoquaient ceux recueillis par l'ethnologue Christine Bergé dans son étude des itinéraires de personnes gravement malades, parfois devenues des soignants, au sein de groupes de soutien spirituel en Floride [2005]. Intitulant son ouvrage *Héros de la*

guérison elle a pris l'audacieux parti pris de ne pas considérer ces interlocuteurs comme des adeptes de Nouveaux Mouvements Religieux aux pratiques « bricolées », « émietées », « flottantes », comme l'analyse classiquement la sociologie des religions, mais plutôt comme les acteurs de leurs propres reconstructions biographiques et sociales⁸⁰.

« (...) pourquoi des « héros » ? Le personnage héroïque peut être une victime sacrificielle à qui l'assomption confère un caractère sacré, à partir du moment où il transfigure son statut de victime en celui de sauveur. 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 ou d'emblème d'appartenance » [Bergé, 2005 :17]

Les praticiens rencontrés me sont tous apparus comme des personnes ayant traversé des expériences initiatiques, des moments de vie très douloureux ou des épisodes de maladies graves dont ils s'étaient sortis et après quoi ils s'étaient reconstruits autour d'une activité ayant du sens pour eux. Détenteurs d'un don ou initiés, survivants du mal de vivre et du mal-être ou encore rescapés de l'autre monde, les récits de vie de ces héros et ces héroïnes (sur les 20 praticiens, 4 étaient des hommes) témoignaient toujours d'un événement fondateur à partir duquel ils avaient reconstruit ou détourné leurs trajectoires biographiques. Il n'est bien sûr pas question de dire des autres soignants, professionnels de la santé officielle, qu'ils sont moins héroïques dans leur travail quotidien. Consciente du biais que constitue « l'illusion biographique » [Bourdieu, 1986], il s'agit plutôt d'observer comment ces personnes ont réécrit et mis en actes *a posteriori* leurs histoires personnelles, à partir des épreuves personnelles fortes qu'ils sont parvenus à traverser et qui, selon eux, les ont conduits à exercer des activités de soins hors normes auprès d'autrui.

5.1.2.2. Des initiés aux arts de guérir

Mme Pagnoux semblait avoisiner les soixante-cinq ans, portait les cheveux courts et présentait une relative lenteur dans ses déplacements qui laissait supposer un corps douloureux. Elle m'a reçue dans le salon de son appartement, situé dans une résidence à caractère social. En me faisant signe de m'asseoir sur le premier canapé, elle déplaça une chaise en bois qu'elle plaça près de moi avant de s'installer. C'est ainsi qu'elle avait l'habitude de recevoir ses patients, me précisa-t-elle par la suite. Mme Pagnoux

⁸⁰Elle cite à l'appui de sa démarche Wiktor Stoczkowski qui pointe dans un article intitulé « Rire d'ethnologues » le jugement extérieur et normatif de nombreux chercheurs ayant exploré ces domaines [Stoczkowski, 2001].

m'expliqua détenir un don. Par la prière et l'apposition des mains près des plaies ou au niveau des muscles, organes ou articulations concernés, elle pouvait «enlever le mal ». La maladie peut ainsi être associée à une force occulte maléfique qu'il s'agit de faire partir en dehors du corps. Une purification de ses mains et avant-bras par ablution demeurait ensuite indispensable, « pour ne pas garder le mal sur soi ». D'ailleurs, elle expliquait ne pas pouvoir recevoir plus de cinq personnes par jour, et pas forcément tous les jours car cette activité la fatiguait beaucoup. Pour une plus grande efficacité du traitement, elle recommandait de venir la consulter trois fois, ce nombre étant assez récurrent dans les pratiques de guérison par conjuration (réciter trois *Ave Maria*, trois *Pater noster* par exemple).

« CL : - Que soignez-vous ?

Mme Pagnoux :- Oh ! Ça dépend... ça dépend des gens, de ce qu'ils ont... J'essaye toujours de faire quelque chose ! J'enlève les effets secondaires de la chimiothérapie par exemple. Je fais beaucoup les maladies nerveuses... j'enlève aussi les douleurs des rhumatismes. Je fais aussi la stérilité chez les femmes et j'ai même parfois réussi à influencer « le sexe de l'enfant ! Je fais aussi les zonas, l'eczéma (...) Le psoriasis, je fais pas ! J'ai essayé, j'y arrive pas ! » [Extrait d'entretien avec Mme Pagnoux, magnétiseuse, 65 ans environ]

Elle garda le mystère quand je lui demandai comment elle faisait pour guérir les gens qui viennent la voir, prétextant en souriant qu'elle ne savait pas elle-même « comment ça marchait ». Elle restait intimement persuadée qu'elle possédait un don, véritable « cadeau de Dieu. » La petite dame était catholique et invoquait régulièrement Dieu et la Vierge Marie dont elle portait une petite effigie en pendentif. « Je suis croyante mais non pratiquante », confia-t-elle dans un fier sourire. Je crains ne pas comprendre, venant de l'entendre dire qu'elle priait chaque jour que Dieu faisait ! En fait, par « non pratiquante », la guérisseuse entendait son refus du dogmatisme imposé par l'Église, n'allant pas à la messe par exemple :

« Vous savez ce que j'ai répondu au curé quand il est venu bénir la maison, quand je suis arrivée? Je lui ai dit que Dieu entend aussi bien mes confessions chez moi qu'à l'église ! Moi, je prie chez moi, et j'ai besoin de personne pour le faire ou pour me regarder faire ! » [Mme Pagnoux, magnétiseuse, 65 ans environ]

« Si Dieu m'a confié ça, c'est que je dois l'utiliser » affirmait-elle en parlant de son don. De toute façon, lorsqu'elle décidait de prendre du repos trop longtemps, les séances de guérissage⁸¹ lui « manquaient » et elle sentait qu'elle devait « faire sortir l'énergie »

⁸¹Daniel Friedmann propose la notion de « guérissage » pour désigner l'ensemble des modalités constituant la pratique de soin du « guérisseur » ou praticien de soins non conventionnels. Voir

en elle. Cette sorte de fluide divin aux vertus thérapeutiques semblait s'accumuler et, ne pouvant être contenue trop longtemps, la rappelait à sa charitable « mission » existentielle. Je rappelle que Mme Pagnoux n'appréciait guère l'appellation de « guérisseuse » qu'elle trouvait un peu trop vieux-jeu et exagérée et trouvait plus juste de se dire « magnétiseuse ».

Le don de Mme Pagnoux lui avait été transmis par « le papi de son beau-frère dans les Pyrénées » qui enlevait les verrues aux vaches. Elle l'avait sollicité à plusieurs reprises mais lui n'a d'abord pas voulu lui confier son secret de peur qu'il perde lui-même son pouvoir de guérison, utile à ses animaux et ses proches. Pourquoi une telle demande de sa part ? Elle me répondit « avoir toujours voulu faire ça, et encore plus quand je voyais faire le papi ! Je trouve ça merveilleux ! ». Je n'obtins pas plus d'explications à son désir d'initiation, si ce n'est qu'elle « sentait en elle » qu'elle en était capable. A la mort du vieil homme, elle a tenté de guérir une verrue sur le pied de son fils, en récitant les prières et suivant les indications qu'il lui avait finalement apprises peu de temps avant son décès, alors que son don ne lui était plus utile. Au bout de quelques jours, la verrue avait disparu. Dès lors, elle s'est mise à pratiquer sur ses proches ses étranges soins, qu'elle-même n'expliquait pas, et qui se sont révélés de plus en plus efficaces sur un nombre croissant de pathologies à mesure qu'elle expérimentait ce pouvoir. Elle ne me confia pas le contenu de ces prières qui devaient être tenues secrètes, sans quoi elles auraient perdu leur efficacité, et Mme Pagnoux son pouvoir. L'ethnologue Dominique Camus appelle « panseurs de secrets » ces praticiens dont l'efficacité thérapeutique des prières et des charmes est intimement liée au maintien du mystère [Camus, 1980 (2010)].

Le profil de Mme Pagnoux semblait faire écho à celui de ces « guérisseurs modernes » décrits dans les années 1960 en Anjou par l'ethnologue Marcelle Bouteiller [1966], comme les héritiers des emblématiques « rebouteux »⁸² et « conjureurs de maux » de la France rurale du XIXe siècle. Dans les années 1960, l'ethnologue observe que la capacité des praticiens à remettre en place les membres des hommes et des animaux s'accompagne de l'idée du « don » magico-religieux transmissible au sein de la lignée, ce qui n'était pas le cas du rebouteux « traditionnel » mais témoignait tout de même de la survivance de certains aspects des médecines traditionnelles. Pour ce qui concerne la « survivance de la conjuration de secret », j'observai comme Marcelle Bouteiller que les secrets se transmettaient toujours comme autrefois d'un guérisseur à un individu élu par lui, dès lors que l'ancien ne souhaitait plus, ou ne pouvait plus, exercer son activité, la transmission faisant perdre son pouvoir au donneur. Clémentine Raineau a elle aussi

FRIEDMANN Daniel, 1981, *Les guérisseurs. Splendeurs et misères du don*, L'art et la manière, Paris, A.M. Métailié, p. 12.

⁸²Elle précise que dans ce contexte socio-historique « le reboutage se situe à l'opposé des techniques les plus empreintes de magie, c'est-à-dire de la conjuration et du lever des sorts » [Bouteiller, 1966 (1987) :156].; «les rebouteurs ou rebouteux réduisent luxations, subluxations et fractures, [ils sont] instruits et formés par leurs aînés, et par leur propre expérience » [Bouteiller, 1966 (1987) :47].

récemment confirmé ce mode de transmission du don de guérison dans les Combrailles auvergnates [2001 ; 2002].

Une nouvelle catégorie de thérapeutes émergeait néanmoins de l'étude de Marcelle Bouteiller : les « guérisseurs modernes » représentés par les magnétiseurs et les radiesthésistes auxquels Olivier Schmitz a consacré sa thèse en Wallonie en 2003 [2006]. Elle donnait une description de la radiesthésie :

«La baguette des sourciers fut connue en France dès le XIIème siècle. La Radiesthésie moderne est basée sur le champ vibratoire ; le pendule capte les ondes magnétiques, le corps humain sert de support à la radiation. Un organe sain vibre en harmonie ; un organe malade en disharmonie, dans ce dernier cas, il faut rétablir l'équilibre en trouvant la syntonisation du médicament type. (...) Le radiesthésiste ne doit pas seulement posséder des aptitudes réelles mais encore, de l'avis même des théoriciens, des connaissances d'anatomie générale et une bonne santé. (...) Les thérapeutiques du radiesthésiste sont homéopathiques, métallothérapeutiques et phytothérapeutiques ».
[Bouteiller, 1966 (1987) :206-207]

Mme Pagnoux magnétisait régulièrement un jeune ostéopathe qui lui donnait des leçons et des planches d'anatomie en échange. Bien qu'elle n'ait jamais envisagé de manipuler les membres de ses patients, elle souhaitait avoir une bonne connaissance du corps humain pour pouvoir cibler son action magnétique. Le magnétisme animal remonte à Franz Mesmer (1734-1815) et sa conception du corps humain comme un réseau de champs électromagnétiques en constante interaction ; les perturbations de ces champs énergétiques, causés par les différentes forces environnementales et astrales qui traversent le corps, donnent lieu aux maladies que l'on peut soigner en les rééquilibrant à l'aide d'aimants ou d'objets magnétisés par le thérapeute. Le mesmérisme est devenu en vogue dans les pratiques médicales parisiennes à la fin du XVIIIe siècle depuis la guérison en 1774 par Franz Mesmer d'une femme considérée comme souffrante d'hystérie [Sandoz, 2005 : 254]. Les principes de cette médecine, dont la transe convulsive signe l'expulsion thérapeutique des forces en excès, semblent avoir été pensés en partie en inter-relation avec les représentations sociales très particulières de l'hystérie [Annexe n°6]. Elle valorise en effet l'idée de circulation des fluides vitaux dans le corps et une représentation de la santé semblant s'inspirer de la théorie humorale antique qui a longtemps orienté les interprétations du célèbre mal utérin. Hormis pour ce cas précis, la théorie humorale galénique a été délaissée au profit de l'anatomoclinique et de la biologie au fondement de la biomédecine actuelle. Parallèlement, le succès de la clinique parisienne de Mesmer (y compris dans les milieux médicaux) et de ses célèbres baquets et bains magnétiques a été rompu dès lors que des médecins ont prouvé l'inexistence du fameux fluide animal, et attribué les crises de guérison aux suggestions du magnétiseur. Les adeptes du mesmérisme ont néanmoins poursuivi cette

recherche thérapeutique, donnant lieu par exemple au somnambulisme thérapeutique et à l'hypnose naissante [Sandoz, 2005 : 254].

Aujourd'hui, les magnétiseurs n'ont pas disparu mais exercent dans une relative invisibilité auprès de leurs « patients ». Soit comme Mme Pagnoux, Sofia et Mr Martin, ils sont détenteurs d'un don comme l'étaient les « conjureurs de maux » et combinent l'imposition magnétique des mains aux prières de guérisons ; ils considèrent, comme Mr Valier, David et de nombreux autres praticiens rencontrés, que ce fluide est universel, ce qui témoigne de l'influence de la philosophie New Age dans leurs conceptions du magnétisme. Dans les deux cas, il est pensé que ceux qui deviennent magnétiseurs font partie des individus à qui on a annoncé (souvent un initié) ou qui ont découvert qu'ils disposaient suffisamment de ce fluide vital pour être en mesure d'en donner aux personnes déficitaires ou de provoquer une harmonisation énergétique, par imposition des mains notamment, mais également à distance, par la concentration.

L'initiation aux arts divinatoires et de guérison peut également passer par une expérience vécue comme extatique voire paranormale. C'est ce que m'a relaté David lorsqu'il m'a fait part de sa trajectoire personnelle. Nouvellement installé dans le Médoc, il propose avec sa femme des ateliers et stages de développement personnel⁸³ via un éventail de pratiques, considérant comme primordial que les personnes, malades ou non, prennent conscience de leur ressentis et émotions dans leurs façons d'appréhender au quotidien la maladie ou la vie en général :

« L'homme occidental est complètement coincé dans son mental. (...) On se pose la question : et si les sens allaient pouvoir permettre d'accéder à d'autres connaissances que l'on ne peut atteindre d'ordinaire du fait du contrôle constant du mental et de son activité constante de rationalisation cartésienne ? (...) Les humains sont les seuls animaux pourvus d'une réelle capacité de choix. Mais ces choix sont faits avec le mental plus qu'avec les ressentis, ce qui fausse les décisions. Avec le moi plus que le soi si on reprend Carl Jung.» [David, énergéticien, 47 ans environ]

Le parcours de David a été très marqué par le sacré, vécu comme un sentiment profond, plus que par le religieux dont il possède une connaissance érudite:

« Jusqu'à l'âge de 13 ans j'ai cru très fort au Petit Jésus ! (rires) Après, j'ai commencé à... non pas à renier cela, parce que je pense qu'un certain Jésus a dû exister et marquer son temps ! Mais j'ai alors beaucoup étudié la religion, mais dans les bases. Par exemple, Elohim est souvent traduit par Dieu dans la

⁸³ Le couple m'a invitée à l'un de leur stage sur l'exploration des sens et de l'intuition où j'appris notamment à utiliser une baguette de sourcier, outil historiquement attribué aux conjureurs de maux puis aux radiesthésistes. Ces derniers ont également diffusé l'usage du pendule.

Bible alors qu'il veut dire Les Dieux ! Je me suis intéressé à l'histoire des différents conciles qui ont fait la religion, notamment ceux qui ont décidé que Jésus était le fils de Dieu... Donc là, j'ai étudié, étudié... et j'ai épuré ! Et puis je suis allé étudier d'autres religions, car j'aime beaucoup le comparatif. Et là, j'ai commencé à me rendre compte que... En fait, j'ai vive en moi la notion du sacré ! C'est très très fort ! Et que chaque être est quelque chose de sacré. La religion en est le poison, l'opium qui endort le peuple au lieu de l'éveiller. Ce qui ne veut pas dire que chez les religieux il n'y ait pas des personnes merveilleuses. » [David, énergéticien, 47 ans environ]

Cette façon de concevoir le sacré comme à la fois universel et propre à chacun, au-delà des clivages classiques entre religions d'une part et entre le sacré et le profane d'autre part [Durkheim, 1912 (1968) ; Turner, 1972 (1969)] me fit penser ce jour-là à mes lectures sur le mouvement New Age. Aussi, je demandai à David :

« CL : - Vous avez déjà entendu parler du mouvement New Age ? Est-ce qu'on peut dire que vous vous y identifiez ?

David : - Oui ! Mais peut-être pas vraiment de la façon dont vous le pensez... Moi, j'ai d'abord vécu dans pas mal d'endroits mais... Commençons par-là : quand j'étais au Mexique, j'ai vécu et j'ai travaillé avec une shamane, ce qui m'a ouvert des expériences qui ont remis totalement en cause mon point de vue sur le monde. » [Extrait d'entretien avec David, énergéticien, 47 ans environ]

David me raconta une autre fois, hors dictaphone, avoir vécu une expérience de « décorporation », ayant eu la sensation durant plusieurs heures durant de pouvoir « voyager sans son corps » et d'avoir parcouru plusieurs centaines de kilomètres sans que son enveloppe charnelle ne sorte de l'appartement où il se trouvait. Ce « voyage » avait été impulsé par la shamane et David racontait en être revenu avec des capacités de clairvoyance qui se sont estompées des années plus tard, lui laissant toutefois une puissante intuition, utile dans les soins énergétiques de relaxation qu'il proposait. Son aventure initiatique n'était pas sans rappeler celle de l'anthropologue déchu de l'Université américaine Carlos Castaneda que ce dernier relate dans plusieurs ouvrages dont le plus connu reste *L'herbe du diable et la petite fumée* [1972]. David poursuivit :

« Suite à cela, par un concours de circonstances que je vais quand même vous raconter parce qu'au niveau de la synchronicité c'est intéressant. J'avais fait 7000 km en stop depuis le Canada, aux États-Unis et je suis arrivé à Mexico très fatigué. Je n'avais pas lu depuis longtemps -j'aime beaucoup lire- et je ne parlais pas espagnol à l'époque. Je suis allé dans un magasin où ils vendaient des livres en anglais et j'en ai trouvé un dont la couverture m'avait beaucoup attiré. Il s'appelait *The magic of Findhorn*. Je le lis et je m'aperçois qu'il s'agit d'une communauté tout à fait au Nord de l'Écosse qui a été créée dans les

années 1960 où ils parlaient de choses, mais sidérantes quoi ! Qu'ils jardinaient avec l'aide des petits êtres de la nature, que des gens du monde entier se déplaçaient pour venir voir ce jardin qui était cultivé à un endroit où il n'y a pas de terres arables. Ils y apportaient du varech par exemple... Mais personne n'était pour autant capable de dire scientifiquement comment ils arrivaient à produire des choux de 20 kg ! Comment ils faisaient éclore des roses en plein hiver sous la neige ! Tout en disant que c'était l'aide des petits êtres de la nature ! Or avant de partir au Mexique, justement pour échapper au service militaire étant déjà anti-militariste, j'avais eu envie de partir en Écosse. Je me suis dit que c'était là que je devais aller. Et donc quand j'ai quitté le Mexique, ça a été pour me rendre dans cette communauté, qui en effet à l'époque était tout à fait dans la classification New Age. » [David, énergéticien, 47 ans environ]

Pour le sociologue Massimo Introvigne [2005], la fondation de la communauté de Findhorn et celle d'Esalen en Californie en 1962 constituent concrètement les lieux de naissance du mouvement New Age. David a vécu plusieurs mois à la fin des années 1970 dans la communauté écossaise où l'organisation de la vie quotidienne était totalement différente de ce qu'il avait connu auparavant, motivée constamment par l'idée de créativité. Il explique avoir été accueilli gratuitement et qu'ayant plus de connaissance en architecture qu'en jardinage, on lui a proposé de participer au travail collectif au potager afin qu'il étende ses compétences en la matière plutôt que de poursuivre dans la répétition de ce qu'il maîtrisait déjà. Il se souvient d'un lieu sans hiérarchie, sans contrainte de rendement, toujours tourné vers l'épanouissement à la fois de chacun et de tous. Pour lui, le New Age de l'époque signifiait l'expérimentation des possibles pour l'humain et le respect de soi et des autres, philosophie de vie qui ne l'a pas quitté. Pour lui toutefois, le New Age tel qu'il avait connu n'existe plus en tant que tel.

En France, le New-Age n'est apparu que dans les années 1970 et sa dimension communautaire n'a pas survécu aux années 1990, selon la sociologue Françoise Champion [1990]. A l'origine ce mouvement millénariste annonçait l'arrivée de l'ère astrologique du Verseau, ère d'éveil spirituel pour l'humanité, à ses adeptes regroupés au sein de communautés et diffusant ces idées dans des journaux et des ouvrages. Celui de Marilyn Ferguson, *Les enfants du Verseau* [1980], demeure le plus célèbre et le plus important en ce qu'il explicite

le nouveau « paradigme », imminent selon l'astrologie, qui allait guider l'humanité vers la pleine réalisation des potentiels physiques, psychiques et spirituels de chaque être humain. Ce que David avait pu percevoir à Findhorn. Cependant le mouvement n'allait pas se poursuivre exactement dans cette voie comme l'a montré Valérie Rocchi, qui a consacré sa thèse de sociologie des religions à l'étude des associations françaises se

réclamant du New Age (l'auteure préfère dire « Nouvel Age ») entre 1994 et 1998 [1999] :

« Cette croyance millénariste, pourtant centrale dans le croire Nouvel-Age, n'a pas résisté aux difficultés de la vie communautaire et à la non réalisation des prévisions astrologiques en vogue depuis la fin du 19^e siècle. A la fin des années 1980, le mouvement du Nouvel-Age se fonde dans ce vaste réservoir de croyances et de pratiques alternatives qui a émergé dès le début des années 1960-1970 et dans lequel tous les groupes intéressés par une forme de religiosité parallèle puisent à un moment ou à un autre pour construire leur propre système symbolique. Cet ensemble de croyances et de pratiques alternatives (religieuses, thérapeutiques, sociales) a été conceptualisé par Françoise Champion sous l'expression désormais bien connue de 'nébuleuse psycho-mystique' [1990]. (...) »

Très vite, mes premières recherches sur le terrain ont confirmé les analyses de Françoise Champion : le Nouvel-Age, en tant que mouvement spécifique avait disparu et semblait avoir laissé place à une multitude de petits réseaux constitués de courants divers oscillant entre le religieux et le thérapeutique, entre le magique et le spirituel. (...)

Je les ai qualifiés de 'réseaux psycho-mystiques' : le terme 'psycho' veut signifier la prédominance des activités thérapeutiques sur les activités religieuses tandis que celui de 'mystique' désigne d'une part les références faites par les adeptes aux aspects mystiques des religions traditionnelles et d'autres part renvoie aux conceptualisations weberiennes des voies de salut par auto-perfectionnement de type mystique. (...) j'utiliserai une seconde expression, que je considère pour l'instant comme équivalente à la première, celle de 'post-Nouvel-Age'. » [Rocchi, 2003 :176-177]

Si la révolution sociale attendue n'a pas eu lieu, certains principes ont perduré, dans une logique plus individualiste, comme celle de la démarche d'épanouissement personnel et spirituel dont dépend la santé et le bien-être :

« Les thérapeutes psycho-mystiques décrivent la maladie comme étant le résultat d'une rupture entre différents équilibres. (...) Ils considèrent que l'être humain est constitué de cinq niveaux interdépendants : physique, énergétique, émotionnel, mental et spirituel. L'homme serait également en étroite relation avec son environnement dont il est un élément parmi d'autres. Les causes de la maladie (...) sont imputées au déséquilibre des différents niveaux. » [Rocchi, 2000 :386].

Ces propos constituent une sorte de synthèse des théorisations que l'auteure a recueillies soit auprès d'adeptes, soit dans la littérature spécialisée. Dans la pratique, elle explique que « c'est la dimension psychosomatique des maladies qui est le plus souvent invoquée » [Rocchi, 2000 :386], et le traitement ou la prévention passent par la prise de conscience de l'émotion négative ayant causé le problème, la connaissance de soi, la maîtrise des émotions, la réharmonisation entre le corps et l'esprit et l'adoption d'un mode de vie plus sain (le stress et la pollution étant vus par exemple comme des facteurs environnementaux vecteurs de mal-être et donc de maladie). En Médoc, j'ai pu observer qu'une telle prise en charge faisait appel à des techniques d'une grande variabilité, allant de régimes alimentaires végétariens, aux diètes et jeûnes, jusqu'aux techniques de manipulation corporelle issue des traditions savantes orientales, en passant par certains principes de psychanalyse, des pratiques magiques, religieuses ou occultes. Elles ont le point commun de situer la cause du mal en soi et de donner une place d'acteur à la personne souffrante, qui devient pour partie responsable de ce qui lui arrive et de sa guérison. Loin d'être une fatalité, la maladie est vue comme un message de l'inconscient porté par le corps et dont il faut prendre la mesure pour guérir et s'auto-perfectionner. Le chemin paraît là encore initiatique pour les patients comme pour les praticiens qui ont expérimentés ces pratiques pour le moins réflexives et tournées vers la quête de sens et de soi.

L'une des praticiens rencontrés en Médoc s'était spécialisée dans les « thérapies psychocorporelles » particulièrement représentatives de la conception psycho-mystique des maux. Sarah, âgée d'une quarantaine d'années, vivait entre Paris et une petite commune du Médoc. Elle y résidait dans une grande maison, adaptée pour recevoir jusqu'à une dizaine de personnes pour des séminaires qu'elle organisait régulièrement. Je la rencontrai là-bas avec l'une de ses patientes, une toulousaine souffrant d'infertilité, venue pour une semaine de cure alliant jeûne partiel, séances de yoga, randonnées, psychologie transgénérationnelle, olfactothérapie et massages bien-être.

Sarah était une très belle femme, séparée de son conjoint, qui avait grandi dans une famille musulmane non pratiquante et s'était convertie à l'hindouisme pendant son adolescence. Elle avait beaucoup voyagé en Inde où elle avait vécu plusieurs retraites spirituelles dans des ashrams. Elle a suivi en France des études universitaires de psychologie qui lui ont conféré, dit-elle, une « solide base » pour comprendre les souffrances humaines et avait suivi une longue psychothérapie. Cette double initiation, à la fois spirituelle et psychothérapeutique, l'avait amenée à penser que sa formation universitaire demeurait lacunaire car la dimension du sacré et le langage du corps lui paraissaient tout aussi intéressants à explorer pour soulager ses patients. Chaque été, elle faisait venir du Pérou un shaman pour réaliser des cures shamaniques collectives au cours desquelles les participants pouvaient venir expérimenter des états de transe, répondre à leurs questionnements intérieurs ou apaiser des angoisses. Comme la transe, les techniques corporelles à l'instar du jeûne, de la marche, du yoga et de l'olfactothérapie étaient vus comme des moyens de « mettre à distance le mental » pour

mieux faire apparaître à la conscience les ressentis bruts et les émotions refoulées. Les techniques dites de « thérapies psycho-corporelles », inspirées de la médecine psychosomatique, se caractérisent par une prise en charge conjuguée des maux de corps et de l'esprit, les premiers étant vus comme résultant du non traitement des seconds.

Née d'une famille hindou vivant dans une île de l'océan indien, Shriya partageait depuis toujours cette vision holistique du corps et de l'esprit, faisant de cette conception de la santé un équilibre à maintenir. Quand Laurence Kotobi et moi même l'avons rencontrée, grâce à Christine, cela faisait plus d'une dizaine d'années qu'elle résidait dans le Médoc. Si elle adorait l'environnement offert par la côte atlantique qui lui rappelait un peu les plages de son île natale, elle regrettait aussi le coût de la vie et le manque de perspective professionnelle sur la péninsule alors qu'elle élevait seule sa fille de 12 ans. Elle avait emménagé ici, trouvant un travail saisonnier dans un restaurant de la côte, afin de fuir son mariage raté avec son ex-mari. Sa fille ayant grandi et moins dépendante de ses soins, Shriya avait ressenti l'envie de travailler, de faire quelque chose, ainsi qu'elle l'avait toujours fait. Elle a d'abord pensé à faire de la cuisine indienne sur les marchés. Ce faisant, cette femme aux formes généreuses, aussi calme que déterminée, massait régulièrement des gens de son entourage, cette pratique relevant pour elle d'une pratique quasi-quotidienne :

« J'ai toujours fait des massages. Quand j'étais jeune, on se massait à la maison très souvent, avec mes sœurs et ma mère. Nous massions aussi mon père. C'était assez normal. » [Shriya, 48 ans, masseuse ayurvédique]

Shriya dit avoir « connu l'Ayurveda avant de naître » tant cette pratique médicale était ancrée dans sa famille et pratiquée notamment par la mère de cette petite femme aux yeux noirs qui se souvenait l'avoir souvent écoutée et observée. Son apprentissage s'est poursuivi intensivement durant deux années passées en Inde dans un ashram, où elle a été formée par un médecin ayurvédique dont le travail la passionnait, et initiée par guru, qui dit-elle lui a « changé la vie » en lui apprenant « comment faire la paix à l'intérieur d'elle » grâce à une « technique pour se recentrer, de façon spirituelle, au-delà même de l'âme ». Elle est arrivée en France suite à la rencontre avec un couple de français avec qui elle s'était liée d'amitié lors de son séjour avant de rencontrer son ancien mari. Au moment de l'enquête, Shriya participait activement à l'organisation de conférences internationales de son maître et guru – ainsi qu'elle a pu l'appeler en ma présence au bout d'un certain temps, jusque-là consciente que ces termes possédaient en France des connotations sectaires et négatives- qui avait « soigné [son] âme » :

« Quand j'étais petite, j'avais comme une soif profonde à l'intérieur de moi. J'étais triste jusqu'à ce que je fasse la rencontre de quelqu'un qui m'a appris à aller 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. Je me disais que j'allais aimer plus tard comme jamais une femme n'avait aimé un homme. Mais à l'adolescence, j'ai compris que

l'amour c'était pas ça. J'ai été encore plus triste. Puis j'ai eu envie de voyager, je suis partie en Inde. C'est là-bas, dans un ashram, que j'ai rencontré cette personne qui m'a appris à puiser en moi les ressources, à aller en moi. A 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]

Soigner l'âme autant que le corps et l'esprit apparaissait comme primordial pour beaucoup des praticiens rencontrés, d'autant plus lorsqu'ils avaient eux-mêmes expérimentés ces pratiques et s'en disaient soulagés et fortifiés. La pratique des massages dits de « bien-être » rencontre un succès grandissant : ils sont valorisés comme bénéfiques pour les muscles, les articulations, mais aussi pour la circulation des flux corporels et énergétiques (*Ki* dans les massages traditionnels chinois par exemple) et pour permettre une « mise au repos du mental ». Alice, l'une des praticiennes rencontrées, disait partager cette philosophie. Formée au massage traditionnel thaïlandais dans une école réputée de Bangkok puis au massage suédois, cette ancienne danseuse de 28 ans avait une vision très poétique du corps :

« Venant de la danse et du cirque, le corps, pour moi c'est un temple. Et j'en ai fait le tour ! (...) Je fais du yoga deux à trois fois par semaine, pour rester connectée à mon corps et...à quelque chose comme le divin » [Alice, 28 ans, masseuse bien-être]

Elle proposait ses activités dans un petit commerce agencé en salon à la décoration épurée et japonisante. Elle expliquait demander à ses patients de « verbaliser leur demande » afin qu'ils aient « en conscience ce dont leur corps avait besoin » avant leur moment de détente et de « lâcher-prise ». Pendant ses massages Alice explique adopter une disponibilité mentale aux images qui lui viennent, comme des voyages, et les restitue ensuite à la personne massée. Pour Alice, l'important était d'« amener la personne à être en conscience de son propre corps, de sa présence », de s'expérimenter de façon nouvelle.

5.1.2.3. Des survivants du mal de vivre

Certains des thérapeutes rencontrés l'étaient devenus, non pas suite à une initiation de type mystique ou ésotérique, mais suite à des épisodes de vie douloureux comme des dépressions ou des deuils difficiles les conduisant à remettre en cause leurs façons de vivre, leurs regards sur la vie et le sens qu'ils souhaitaient y donner. Ayant réussi à dépasser ces moments de mal-être et de souffrances, ils se posaient en « experts » de la douleur physique mais surtout morale, expression inspirée de celles de « malades-experts », de « patients-experts » et d'« usagers-experts » soulignant la progressive reconnaissance des savoirs (souvent par le biais d'associations) des personnes atteintes de maladies chroniques quant au vécu de la maladie et celui de sa prise en charge dans

le système de santé [Jouet, Flora, 2010]. Pour les praticiens rencontrés, avoir réussi à transcender son mal-être motive à guider les personnes souffrantes dans cette voie qu'ils disent connaître par l'expérience plus que par l'apprentissage. Cette dimension vécue n'est pas révélée à leurs patients avec qui ils gardent une « distance professionnelle » mais leur confère selon eux une grande capacité d'empathie que ressentent les personnes qui viennent les voir notamment pour cette raison.

Le soin aux autres apparaissait comme une vocation chez ces praticiens : les événements douloureux de leur vie avaient fait naître une quête de sens et de soi au cours de leurs propres itinéraires thérapeutiques combinant soins biomédicaux et non conventionnels. Fort de ces recours multiples, l'activité soignante leur est apparue comme une réorientation signifiante et cohérente pour eux et plus ou moins reconnue socialement. Le statut non conventionnel de l'activité leur permet de se démarquer d'un système de santé qui n'a pas toujours réussi à prendre en charge leurs anciens malheurs, et participe de la construction de leur singularité et de leur liberté individuelle, telles qu'initiées pendant leur propre cure. Ils organisent leur travail comme ils l'entendent (pas de règles disciplinaires ou institutionnelles obligatoires) et mettent en œuvre les pratiques de soins qu'ils souhaitent privilégier et qu'ils s'approprient chacun de façon particulière.

Mr Valier, se présentait comme un « guérisseur moderne ». Voulant améliorer ses capacités « innées » de magnétiseur, il avait suivi une formation privée en « reboutothérapie » et en réflexologie. Âgé d'une cinquantaine d'années lorsque nous nous sommes rencontrés chez lui la première fois pendant mon master 2, il évoqua ses galères de jeunesse et une vie familiale difficile. Bien que pacifiste, l'armée a très tôt constitué pour lui une voie de sortie, sans que beaucoup d'autres choix ne s'offrent à lui. Il raconte que l'emploi de fonctionnaire qu'il y a occupé pendant des décennies lui a certes donné un cadre de vie sécurisant, mais avoue en riant n'avoir jamais vraiment adhéré au modèle qui lui était proposé. Il ne s'y était jamais vraiment senti à sa place mais ne savait pas comment « changer les choses ». Depuis tout jeune intéressé par l'occultisme, il situe le début de ses expériences thérapeutiques le jour où il s'est auto-guérit d'une brûlure importante au bras. Il s'est alors « entraîné » à magnétiser plantes, animaux et personnes, expérimentant « cette capacité humaine universelle ». Peu à peu, l'idée de se professionnaliser lui est venue. Contre l'avis de son entourage, il a démissionné de l'armée, suivi des formations et a aménagé son cabinet de consultation dans une petite cabane en bois au fond de son jardin.

Laura nous avait été présentée par Christine comme « la crème » car « elle faisait tout ! ». En effet, lorsque Laurence Kotobi et moi avons rencontré chez Christine, quarantenaire très dynamique et souriante, nous avons toutes deux réalisé une consultation avec elle avant d'effectuer un entretien enregistré [Lemonnier, 2016]. Nous avons convenu de croiser ensuite nos regards et nos expériences (ici corporelles notamment), afin d'opérer la distanciation et la triangulation nécessaire dans toute

immersion⁸⁴. La « sorcière », comme elle se définissait, combinait de multiples techniques de soins qu'elle avait perfectionnées quand je réalisai avec elle quelques trois années après une seconde consultation. Elle alliait cartomancie, numérologie, runes, principes philosophiques de guérison hawaïenne, magnétisme, radiesthésie, élixirs floraux... afin de répondre aux divers besoins identifiés par les patients en début de séance ou ressentis par elle pendant la consultation. Lorsque je l'interrogeai sur son parcours, elle m'expliqua que depuis toute petite déjà, sa mère avait pointé chez elle un fort magnétisme sur les plantes qu'elle entretenait au jardin. Après un furtif passage en pensionnat « chez les bonnes sœurs », elle poursuivit une scolarité classique avant de s'engager dans le théâtre. Devenue comédienne, elle aimait « jouer ou faire de la mise en scène dans des lieux où personne n'allait jamais » avec « l'idée de faire une sorte de théâtre-thérapie » en partenariat avec des psychologues et des travailleurs sociaux ce qui prédestinait, raconte-t-elle, une attirance pour le travail thérapeutique. Après douze ans à exercer ce travail sur une île des DOM TOM, elle rentre en métropole avec l'idée de continuer le théâtre et le travail social. Ne gagnant pas sa vie en tant qu'artiste, elle a voulu passer le diplôme d'Aide Médico-Psychologique (AMP) et relancer une activité de « théâtre-thérapie ». Néanmoins, elle a connu « un grand passage à vide », « à entendre des voix », à « se faire arrêter dans la rue par des marginaux disant [qu'elle] allait bientôt rencontrer Dieu » :

« J'ai commencé à me sentir mal, à sentir l'hiver approcher, sans un sou en poche, à être très très mal... Et à me dire que... que j'étais folle ! Que j'étais passée de l'autre côté. J'ai commencé à regarder comment je pouvais me faire interner en asile psychiatrique, et surtout comment en ressortir après. Ça me préoccupait beaucoup... 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 à quarante ans. Je suis allée m'occuper de mon père et j'ai commencé à me former. Et j'ai commencé à voir ce qu'avait été ma vie très différemment. Je me suis rendue compte que mes metteurs en scène étaient des sorcières, que les gens que je côtoyais jusqu'à lors avaient tous des pratiques de soins assez différentes de la norme (...) et j'en conclus j'avais passé ma vie à me former à être une sorcière ! Si bien que les médiums et tous ceux que j'ai vu pour me former m'ont dit : « tu es déjà une sorcière, alors vas-y, fais-le ! ». Et je me suis installée. » [Laura, 42 ans, sorcière]

Si Laura avait déjà des activités en lien avec l'expression de soi, l'épanouissement individuel au travers de l'approche artistique, elle en fait dans son discours le contexte initial à un double événement fondateur que fut son retour en métropole, avec ses

⁸⁴ Cette pratique a été renouvelée auprès de deux autres thérapeutes avec ma directrice de thèse, dans ce même objectif. Laurence Kotobi a en effet l'habitude d'expliquer en cours aux étudiants les conséquences de l'immersion ethnographique auxquelles il faut accorder une attention soutenue, lorsqu'elle leur signifie : « quand on s'immerge, on se mouille ! dans tous les sens du terme.. ». Dans la pratique de cette co-enquête, ma directrice a visiblement appliqué ce point notamment sous l'angle de l'expérimentation d'un soin thérapeutique réel.

normes, ses réalités très différentes de celles vécues sur l'île au bout du monde où elle avait passé une décennie. Ses difficultés se sont mues en une sensation de profond mal-être, lui-même interprété comme pathologique par cette femme. L'accompagnement de son père dans la maladie puis son décès semblent avoir marqué un tournant radical dans la trajectoire biographique de Laura qui a réinterprété le déroulé de sa vie et de ses difficultés comme les signes de ces capacités médiumniques et sorcellaires. Elle a intégré le malheur à son histoire comme une composante nécessaire et signifiante à la réalisation de soi.

Comme Laura, Emilie et Fiona avaient d'abord exercé un travail de *care* et avaient vécu des deuils très douloureux avant d'opérer une sorte de résilience et de devenir des thérapeutes non conventionnels. Emilie, praticienne en énergétique chinoise, avait perdu sa mère très jeune d'une maladie grave. Elle a d'abord travaillé en tant qu'ambulancière avant de rencontrer un acupuncteur qui lui donna envie d'apprendre cette médecine ancienne et d'agir plus concrètement sur le processus de guérison des personnes malades, d'une façon « respectueuse » de leur individualité, de leur rythme, de leur tempérament... Enfant, ayant été initiée au Bouddhisme par sa mère, elle s'appuie sur sa spiritualité pour être « toujours centrée sur le moment présent » et aussi « relativiser les choses », attitude indispensable pour être mieux à l'écoute des problèmes et des besoins des personnes. Fiona, l'épouse de David, a quant à elle, travaillé durant une vingtaine d'années dans l'aide sociale et la protection à l'enfance en milieu institutionnalisé. « C'est un milieu pas beau à voir » confia-t-elle, l'œil triste. Elle m'expliqua s'être tournée vers l'art-thérapie sous un statut libéral. J'appris plus tard de façon informelle qu'elle avait perdu son enfant quelques années auparavant. Ses expériences personnelles et professionnelles semblaient avoir conditionné sa reconversion en praticienne de soins non conventionnelle, sa sensibilité et son vécu donnant une certaine épaisseur à son activité d'accompagnement des personnes dans l'expression de soi et la guérison psychologique au travers d'une démarche artistique.

Le cas du Dr. Lunel fait également écho à ces profils de thérapeutes. J'ai rencontré ce médecin-acupunctrice dans son cabinet à deux reprises, sur des temps de consultations. Étant médecin généraliste, elle avait légalement le droit d'exercer l'acupuncture en tant qu'orientation médicale, ce qui ne fait pas d'elle une praticienne de soins non conventionnels. Toutefois, il m'est paru pertinent de la mentionner ici pour le « cas-limite » qu'elle représente : la pratique de l'acupuncture demeure illégale en France quand elle n'est pas pratiquée par un (bio)médecin, ce qui faisait d'elle une professionnelle de santé à la pratique marginalisée du point de vue du système de santé, mais valorisée dans le domaine des soins non conventionnels. Elle m'a parlé de son parcours en tant que première médecin généraliste femme à s'être installée sur la presqu'île, ayant d'abord eu du mal à faire sa place. J'appris par la rumeur que la mort d'un de ses proches d'une maladie grave lui avait fait prendre du recul vis-à-vis du système médical et l'avait incitée à se tourner vers la médecine chinoise, plus globale,

préventive et aux traitements moins lourds. Elle me confia d'ailleurs ne quasiment plus prescrire de médicaments.

5.1.2.4. Des rescapés de l'autre monde

D'autres praticiens expliquent, voire légitiment, leur parcours de thérapeute par l'expérience fondatrice de la maladie grave, du coma notamment, et de la guérison, du moins partielle. M. Alain, « medium guérisseur magnétiseur » d'environ 70 ans m'expliqua avoir un don particulier pour guérir les gens : utilisant un pendule pour identifier les zones du corps « où il y un problème », il pratiquait ensuite l'imposition des mains pour « enlever le mal » et appliquait une pommade à base de plantes de sa confection. Pendant la première partie de sa vie, il avait été jardinier jusqu'à ce qu'un grave accident de voiture le plonge dans le coma pendant plusieurs jours. Selon lui, c'est quelques temps après son réveil qu'il a commencé à « voir » et « sentir des choses sur la vie et les problèmes de santé des gens vivants ou morts ». Il pouvait d'ailleurs être parfois convoqué à domicile pour des affaires locales d'exorcisme, ce que le prêtre du village ne faisait pas d'après la conversation que j'avais eue avec l'homme d'église. Il n'a jamais pu reprendre son ancien travail mais cultivait des plantes médicinales pour confectionner ses pommades. Son expérience de coma et son retour ont été interprétés par lui comme une sorte de « résurrection », dont le but était d'accomplir une mission de charité envers les humains, à savoir les guérir de leurs maux.

Sofia avait également vécu une maladie grave étant enfant, un épisode de coma qu'elle intègre à sa trajectoire biographique comme étant le début de son « destin de médium et guérisseuse » :

« Sofia : - Moi j'ai ce don qui m'est apparu par rapport à un coma étant petite, j'étais morte cliniquement. C'est un peu bizarre : j'ai récupéré ce don par rapport à un guérisseur qui me l'a transmis à l'âge de 3 ans. Je fais du magnétisme.

CL : – Et c'est suite au coma que ça a commencé ?

Sofia : – Oui. (...) J'ai vécu chez mes grands-parents à l'étranger, jusqu'à l'âge de trois ans. Je suis tombée gravement malade. On appelle cela « l'air de nuit » les enfants l'attrape quand ils sont devant la porte après minuit. (...) j'ai attrapé ce mal de nuit et je suis tombée dans le coma. Du coup, le guérisseur m'a redonné la vie car pour les hôpitaux à l'époque, dans le pays où j'étais, j'étais morte cliniquement. (...) Je suis revenue à moi une heure après et elle est décédée 7 jours après. Ce n'est peut-être pas ce que vous recherchez mais c'est une histoire réelle. J'ai très mal vécu cela puisque de l'âge de trois à vingt ans je n'étais pas au courant. Après j'ai compris.

CL – La personne a-t-elle dit à vos grands-parents qu'elle vous avait laissé le don ?

Sofia – Non. Et moi, j'étais souvent malade, je voyais des choses... Je croyais que j'étais folle. (...) On me traitait de sorcière. (...) je suis rentrée dans une

solitude, une dépression. Je vivais très mal ma vie. J'ai attenté à ma vie plus d'une fois, on se sent très mal, on souffre énormément à l'intérieur, (...) Donc j'ai cinquante ans, cela fait 47 ans que je souffre. J'ai une maladie aussi...

CL – Vous avez une maladie ?

Sofia – J'ai une maladie orpheline, (...) j'en souffre énormément. Tout cela m'aide à tenir. Je ne veux pas arrêter. (...) » [Sofia, 50 ans, médium]

L'expérience de mort proche, la maladie et le sentiment d'exclusion ou de ne pas être comme les autres semblent être un dénominateur commun aux parcours de certains des thérapeutes. Coline rapporte de façon assez précise son vécu autodestructeur de la boulimie, maladie qui touche en général les jeunes filles et jeunes femmes [Chapitre 2]. Vivant dans les milieux alternatifs aux États Unis dans les années 1980, Coline a expérimenté le yoga, entre autres modalités d'expériences corporelles et mystiques alors en vogue, comme des stages de danse africaine ou avec des soufis. Le yoga a néanmoins initié l'itinéraire thérapeutique de Coline quant à son addiction alimentaire : lui a permis de s'en sortir avant de devenir elle-même enseignante de cette discipline à la fois physique et spirituelle :

« (...) ce qui était très particulier avec le yoga, c'est que c'est le corps qui parle, c'est vraiment fort physiquement, moralement et spirituellement (...). J'ai fait perdurer la pratique. On vient au yoga parce que l'on a un souci, un problème à régler. Un problème personnel. Pour moi, c'est vraiment un problème d'addiction à la bouffe, j'ai un rapport tout à fait perverti. J'ai fait un travail après en rentrant en France avec une psychologue qui m'a vraiment conseillée de surtout continuer à faire du yoga. C'est un outil thérapeutique, même s'il ne se définit pas en tant que tel. J'ai ensuite travaillé avec elle comme intervenante où je donnais des cours de yoga à des anorexiques et des boulimiques. » [Coline, 50 ans, professeur de yoga]

Pour elle, c'est clairement la sensation de « retrouver son corps » et d'apaiser ses angoisses permise par le yoga qui a permis de poursuivre parallèlement une psychothérapie et de pouvoir intervenir auprès de malades en tant que soignante détentrice d'un savoir légitimé par l'expérience :

« J'ai donc vécu le problème de l'intérieur, je savais que je devais récupérer mon corps, car tu n'es pas dans ton corps lorsque tu es anorexique. C'est un rapport très violent avec son corps. Tu ne l'habites pas, tu ne le connais pas dans sa forme, son volume, tu n'en écoutes pas les ressentis, tu le violentes. C'est donc vraiment pour rétablir, rééquilibrer, refaire un lien beaucoup plus pacifié avec son corps, même s'il n'est pas aussi maigre ou gros que tu ne le voudrais. Tu peux garder des blessures narcissiques car tu ne seras pas comme tu aimerais être, mais en attendant, tu peux être en paix plutôt que de le martyriser. Cela a donc été pour moi un outil fondamental, fondateur et

physique, extrêmement physique. » [Coline, 50 ans, professeur de yoga]

L'anorexie et la boulimie demeurent assez mal connues et semblent toujours associées en filigrane aux représentations plus anciennes de l'hystérie [Chapitre 2, Annexe n°6], c'est-à-dire comme un mal genré touchant uniquement les femmes, à la fois physiquement et psychologiquement, échappant ainsi au dualisme cartésien qui anime encore la plupart des recherches médicales. Suite à cette expérience et à ses compétences acquises en yoga, Coline s'est vue demander par des amies de leur enseigner de façon informelle cette pratique indienne en Médoc où elle était venue s'installer. Après quelques temps, elle décida d'en faire son activité principale et retourna en Inde pour se former.

L'ensemble des parcours des praticiens évoqués ici montrent bien que l'activité soignante est très rarement une première activité : elle est toujours consécutive d'autres expériences professionnelles, quelques fois issues de la santé ou du social, d'événements fondateurs marquant la vie personnelle comme des rencontres fortes, la maladie grave et la mort. De ce fait, il est rare de rencontrer dans ce milieu de jeunes personnes, lesquelles privilégient des voies plus officielles et diplômantes quand elles se dirigent vers des activités de soins (études médicales, paramédicales, formation du travail social...). Les praticiens rencontrés cultivent en effet tous une certaine marginalité : ils sont identifiés comme tels et assument voire même revendiquent cette différence instituée au cours de leurs épopées personnelles, preuve de leur héroïsme ordinaire.

5.1.3. Des savoirs variés et une professionnalisation de l'activité thérapeutique

5.1.3.1. Des constellations de savoirs et techniques de soins

Le récit des parcours et la description des praticiens rencontrés témoignent de la pluralité des savoirs et de techniques de soins qu'ils mobilisent dans leur activité. En s'appuyant sur la typologie des sources du savoir populaire en santé de l'anthropologue Raymond Massé [1995 : 338], on peut dire d'après leurs discours que ces thérapeutes mêlent des savoirs « non professionnels », « professionnels » et « idiosyncratiques ». Par savoirs « non professionnels » il entend ceux issus des croyances et représentations propres au savoir traditionnel, folklorique et aux habitudes quotidiennes. Les savoirs « professionnels » quant à eux, concernent les croyances et les modèles explicatifs relatifs aux médecines, officielles ou non. Enfin, l'anthropologue considère le vécu des personnes comme source de savoir et valorise ainsi la création d'une expertise originale par l'expérience individuelle :

« Une *source [de savoir] idiosyncratique*, qui a trait aux croyances que génère l'individu lui-même à travers ses propres expériences et ses propres observations. L'individu ne se contente pas de puiser dans son bagage de croyances populaires et savantes pour donner un sens à ses problèmes de santé. Il en crée lui-même de nouvelles, souvent par le moyen de réinterprétations personnelles de croyances véhiculées dans la communauté, au gré de son expérience de la maladie. La plupart de ces croyances restent toutefois inexprimées, bien qu'elles puissent être facilement explicitées dans les enquêtes. » [Massé, 1995 : 338]

Des savoirs non professionnels

Les praticiens de soins non conventionnels mobilisent de précieux savoirs non professionnels. Ils font appel à leur bon sens et aux pratiques de soins domestiques localement répandues mais aussi et surtout ils font preuve de capacités d'adaptation et d'empathie, face au mal-être des gens qui les consultent, et semblent particulièrement compétent pour écouter et accorder de l'importance aux maux et souffrances des gens quel qu'ils soient, apportant réconfort et conseils :

« En fait, il y a de l'affection qui s'installe, de l'amour. Et moi quand je leur dis: attention votre parole, pour *moi* elle a de l'importance. Si vous me la donnez et que vous ne vous y tenez pas, je ne vous ferai plus confiance. Alors les gens se disent, il faut que je refasse attention à moi, il faut que j'arrête de boire, que je fasse de l'activité sportive.... Il y a un déclic qui se fait psychologiquement. » [Sofia, 50 ans, médium]

Selon les praticiens, la parole est plus ou moins donnée au consultant. Mme Pagnoux, tout comme Mr Valier, disent beaucoup écouter leurs clients, parfois même au téléphone, et leur prodiguer de nombreux conseils. Pour Mr Valier, bien que « tout le monde possède la capacité d'imposer les mains, c'est universel », c'est à dire que chacun a en lui du magnétisme, « tout le monde ne peut pas devenir magnétiseur. (...) Ça demande de savoir écouter et de comprendre vraiment la souffrance des autres ». Mme Pagnoux dit ne pas être psychologue, mais que « des fois c'est presque comme si ».

Le récit de soi est parfois systématisé dans les consultations des praticiens, qui consacraient en moyenne une heure à chacun de leurs patients, laissant ainsi le temps à l'échange de paroles. Alice souhaitait que ses patients « verbalisent leur demande » et Emilie pratiquait de longues anamnèses (20 minutes environ) avant de poser ses aiguilles d'acupuncture. Pour Sofia et David, l'usage de la cartomancie constituait un support à cette discussion pas toujours évidente. Les jeux de tarots constituaient selon David un ensemble de symboles des états de l'univers et de l'esprit humain, comme

autant d'archétypes au sens de Carl Jung, sur lequel le thérapeute clairvoyant ou *channel* pouvait s'appuyer pour interpréter les signes qui lui étaient envoyés.

La capacité à faire parler les gens de leurs maux et à les écouter semble être un savoir-faire caractéristique de ces praticiens sans qu'eux-mêmes ne mettent en avant cette compétence. Ils semblaient parfois plus enclins à décrire leurs formations ne sont pourtant généralement reconnues que par l'école payante qui leur a attribué leurs diplômes. Il apparaît que la parole en tant que soin [Bordes, 2011 ; Rossi, 2011] ne bénéficie toujours pas de la reconnaissance que possèdent les actes de soins plus techniques. Pourtant, ils revendiquent parfois de s'en détacher et la part intuitive de leur travail :

« CL : Tu penses que ça s'apprend cette écoute ?

Lisa : Les techniques s'apprennent ! (...), mais on n'a pas forcément besoin de techniques pour être thérapeute. Mais je pense que quand même ça aide ! Surtout si comme moi on a un problème de confiance en soi !

CL : Tu veux dire qu'avec l'expérience, tu peux petit à petit te détacher de ces techniques ?

Lisa : Tout à fait ! Quand on a beaucoup pratiqué, on est beaucoup au feeling, à l'instinct ! Il y a une grande partie d'instinct qui rentre en jeu. » [Lisa, 33 ans environ, célibataire, 1 enfant, sans emploi, en formation d'hypnothérapie]

Aux côtés des capacités d'écoute, ces praticiens avaient la liberté et la capacité de « dire », comme les sorciers et devins étudiés par Tobie Nathan et Isabelle Stengers [1995 (2012)], déjouant les règles de la consultation psychanalytique [Gabarron-Garcia, 2011] et les normes de communication entre médecins et patients [Fainzang, 2006].

« Je pousse un petit peu les gens au niveau moral, force psychologique, mais je ne donne jamais d'ordres à quelqu'un, jamais. Eux font ce qu'ils veulent. Je les soigne, je les aide à passer le cap de leurs douleurs... Je suis le guérisseur du cœur et je vais décanter leur mal être. Je vais leur parler, je vais leur montrer comment ils peuvent se relaxer quand ils ont du mal à dormir, quand ils sont vraiment envahis d'idées noires. Ces gens-là, ils ont besoin vraiment qu'on les aide. » [Sofia, 50 ans, médium]

Les messages médiumniques que recevaient certains praticiens de leurs « guides », d'« entités », d'« anges » étaient révélés aux patients comme autant d'éléments de compréhension donnant sens à leurs maux. Le mystère et le secret entourant les capacités surnaturelles des praticiens renforcent l'action thérapeutique [Zempléni, 1982 ; Petitat, 1998] Concrètement, ces temps d'échanges sont des moments de remise en ordre du désordre, de signification des problèmes et de leur intégration dans les trajectoires biographiques, comme nous le verrons plus loin à propos des maux de

femme. L'interaction entre thérapeutes et patients s'effectue dans une certaine proximité socio-culturelle et économique. Recevant le plus souvent chez eux dans une pièce réservée à leur activité, les praticiens sont des voisins, réels ou potentiels, dont on peut apercevoir un pan de la vie privée en y venant et en déduire qu'elle n'est pas si éloignée de la sienne. Le milieu est familier et le ton de l'échange l'est parfois aussi.

Des savoirs professionnels

Si on considère la part des « savoirs professionnels » dans les savoirs et techniques des praticiens de soins non conventionnels [Massé, 1995], nous avons vu que la plupart des praticiens rencontrés ont reçu des formations diverses. Certains sont diplômés, travaillent ou ont travaillé dans le système socio-sanitaire conventionnel en tant que médecin, aide-médecin-psychologue, psychologue, intervenant socio-culturel... Certains aspects de cette expertise, jugés bénéfiques, sont réemployés dans la pratique de soin dite conventionnelle, lui conférant tantôt une légitimité, tantôt une sorte de « socle » de connaissances considérées comme fiables et rationnelles. Ces aspects concernent surtout la connaissance biomédicale des maladies physiques et mentales ainsi que de la physiologie du corps humain et celle des caractéristiques généralement attribuées aux publics ciblés par la santé publique. D'autres aspects sont évacués en revanche, comme la prescription de médicaments, même en vente libre.

Qu'ils aient été soignants ou non avant leur reconversion professionnelle, les praticiens ont pour la majorité suivi des formations payantes et non reconnues par l'État français. Les plus longues et organisées concernent généralement les études visant la pratique de ce que Frederick Dunn appelait les « médecines traditionnelles savantes », c'est à dire les grands systèmes médicaux orientaux comme la médecine chinoise, unani et ayurvédique [Dunn, 1976]. Des écoles institutionnalisées apparaissent aujourd'hui en Europe et dans les pays dont ces médecines sont originaires [Cant, Sharma, 1999 (2003)]. Leur succès témoigne de la circulation mondialisée des médecines dans un contexte de globalisation de l'économie de marché touchant également le domaine de la santé et des soins [Sakoyan, Mussot, Mulot, 2011]. Emilie a été formée pendant cinq ans à la médecine chinoise dans une école privée en France et a réalisé des stages dans des cliniques en Chine. Alice a suivi une formation au massage thaï dans un institut pour occidentaux de Bangkok. Shriya pratiquait le massage ayurvédique depuis jeune avant également de se former en Inde. Ces formations conféraient aux praticiens un cadre très structuré pour l'établissement des diagnostics et le choix de la thérapeutique adéquate :

« Il existe trois doshas en chaque être humain : vatta, pitta, kapha. Mais souvent il y en a un qui prime sur les autres. C'est ce qui donne des maladies, les doshas sont déséquilibrés. (...) L'ayurveda prévient et va chercher le mal à

la racine. (...) Finalement, l'ayurveda soigne l'affectif et le physique : on utilise le toucher, les couleurs, les saveurs, les odeurs, les huiles, les produits de beauté parce que c'est un tout ! Il faut comprendre que la philosophie de l'ayurveda c'est déjà être heureux, c'est être bien en soi-même. Être dans l'amour. Et si on vit de cette manière, on écarte déjà beaucoup de maladies dues au stress, aux choses difficiles qu'on a vécues.. On vit dans l'harmonie avec la nature et avec soi-même. » [Shriya, 48 ans, masseuse ayurvédique]

Du côté des professionnels de santé se formant à ces médecines orientales, on peut dès lors comprendre la difficulté évoquée par le Dr Lunel et d'autres médecins acupuncteurs à combiner la pratique biomédicale et celle de l'énergétique chinoise qui ne reposent pas sur les mêmes principes (dualisme/monisme, soins localisés/soins holistiques, anatomo-clinique/énergétique). Ils expliquaient plutôt exercer l'un ou l'autre selon les situations, adoptant la première davantage en dernier recours.

D'autres formations privées plus courtes permettaient aux praticiens rencontrés de s'assurer et de multiplier leurs « outils » thérapeutiques, lesquels devaient favoriser les rééquilibrages émotionnels et énergétiques des patients par le biais de manipulations corporelles (massages, réflexologie, radiesthésie, reiki), de techniques visant à faire parler les personnes de leur vie et de leurs émotions (cartomancie, olfactothérapie, psychogénéalogie) et à leur apprendre à les gérer (sophrologie, utilisation des élixirs floraux). Comme je l'ai précisé, l'interprétation des maux et leur réinscription au sein des trajectoires biographiques individuelles dépendent davantage de savoirs-faire non professionnels et de compétences difficilement assimilables par l'apprentissage formel. De plus, nous allons voir que les patients sont invités à chercher le sens de leurs troubles en eux-mêmes et par eux-mêmes, à prendre en charge leur guérison et à en être acteur.

Des savoirs idiosyncratiques

J'ai appréhendé les parcours de vie des praticiens de soins non conventionnels interrogés comme d'héroïques épopées car il m'a semblé que leurs récits avaient en commun une continuité de sens dans leur construction⁸⁵ : ils relataient tous un événement fondateur – une initiation, un profond mal-être, une maladie grave – à l'origine d'un changement de regard sur le monde vecteur de mieux-être et de sens, les conduisant à une reconversion professionnelle vers les soins non conventionnels. Ce sont d'ailleurs souvent ces mêmes soins qui ont participé à faire d'eux des personnes se

⁸⁵Voir en ce sens, l'article de Pierre Bourdieu expliquant que la vie est généralement faite d'événements sans lien les uns entre les autres, mais que les individus reconstruisent *a posteriori* dans leurs récits une continuité biographique, dont l'enquêteur ne doit pas être dupe [Bourdieu, 1986].

disant plus épanouies et en accord avec elles-mêmes, conformément aux principes de la philosophie Post-Nouvel-Age que j'ai aussi longuement décrite.

Leur activité même de praticiens avait été motivée par les savoirs idiosyncratiques élaborés pendant leurs propres quêtes de soins et de sens. Je ne développerai pas davantage ici cet aspect qui constitue finalement le cœur des récits de vie des praticiens que j'ai restitués plus haut : ces héros et héroïnes ordinaires, forts des épreuves de la vie qu'ils sont parvenus à surmonter, se posent en experts de la douleur et de la souffrance humaine et se font dès lors témoins de la guérison par la réalisation de soi. La reconnaissance de l'idiosyncrasie apparaît donc comme un dénominateur commun pour la majorité des thérapies non conventionnelles.

5.1.3.2. Le thérapeutique et le spirituel intimement liés

Des thérapeutiques variées pour une conception endogène des maux

Les thérapeutes rencontrés combinaient les savoirs et techniques ainsi accumulés. Peu importait pour eux si les outils qu'ils mobilisaient pour leurs soins provenaient de systèmes médicaux, de principes philosophiques ou de savoirs populaires aux origines diverses et variées tant qu'ils leur permettaient d'accéder à différentes facettes de la personne traitée, physique, mental, émotionnelle, spirituelle et énergétique. Alice, masseuse bien-être, me faisait remarquer :

« Peu importe si les techniques de soin semblent venir de partout, car ce sont différentes « portes d'entrées » pour accéder à son soi. Parfois, une porte ne marche pas avec telle personne, alors tu en utilises une autre et tu vois qu'elle s'ouvre et que quelque chose s'est débloqué chez la personne » [Alice, 28 ans, masseuse bien-être]

Si les savoirs et techniques de soins paraissent hétéroclites, ils ne sont pas exclusifs les uns des autres mais participent d'une même démarche, ce qui a également pu être observé dans d'autres recherches sur le pluralisme thérapeutique dans les pays occidentaux [Cant, Sharma, 1999 ; Ghasarian, 2002 ; Johannessen, Lazar, 2006 ; Iosif Ross, 2013]. Nicole Durish-Gauthier résume :

« Outre l'idéal d'une nature "retrouvée", la santé et le bien-être sont des domaines de prédilection du New-Age. Les techniques thérapeutiques qui s'inscrivent dans ce courant mettent l'accent sur une vision holiste de la personne – le corps, l'âme et l'esprit sont inter-reliés-, la faculté d'auto-guérison du corps, le pouvoir du psychisme sur les organes, la prévention des maladies par la quête de bien-être, la circulation des « énergies ». » [Durish-Gauthier, 2007 : 41].

La notion d'« énergie » demeure centrale pour la plupart des thérapeutiques non conventionnelles, mais il connaît des déclinaisons qui tendent d'une part, vers une vision influencée par les anciennes traditions, comme la médecine chinoise ou la médecine védique, et d'autre part, vers une représentation en lien avec les sciences physiques, par exemple la radiesthésie ou la bioénergétique. Olivier Schmitz souligne avec raison que la notion d'« énergie » s'accompagne d'un lexique sur le corps et la maladie qui insiste sur la singularité du patient, son « profil » particulier, la « résistance naturelle de son corps », et qui se construit grâce à la relation soignant/soigné [Schmitz, 2006b : 11]. Si la biomédecine considère le corps et l'esprit comme deux entités séparées, les médecines parallèles les pensent dans un rapport intime capable d'influer sur la santé. La santé d'ailleurs ne se définit pas seulement par l'absence de maladie, elle peut revêtir les atouts d'une quête existentielle dès lors que les thérapies envisagées servent au mieux-être et à l'épanouissement personnel. Pour certains auteurs, ces caractéristiques expliquent le succès des soins non conventionnels au sein de la pensée individualiste et néo-libérale occidentale [Cant, Sharma, 1999 (2003) ; Schmitz, 2006b].

Le modèle étiologique commun à ces soins repose sur une conception endogène des causes des maux et maladies :

« l'idée que les affections développées ne nous sont nullement étrangères, mais nous appartiennent en propre, ont une signification et appellent non plus une riposte frontale mais une activité de régulation adaptée à chacun (idiosyncrasie). Cette primauté accordée au pôle endogène du pathologique s'exprime notamment dans les notions de tempérament, de prédisposition, de type biologique ou astral, de terrain, de patrimoine héréditaire, de potentiel d'autodéfense, de fragilité... » [Laplantine, Rabeyron, 1987 : 39]

L'idée d'un retour à la nature dans le traitement des maux, ainsi que la redéfinition de la notion de temps, dans le sens de « prendre son temps », « agir en temps voulu », sont également très prégnantes dans les observations des anthropologues. Dans les représentations, le Médoc est parfois considéré comme un lieu sain loin de la toxicité urbaine, sauvage et naturel, comme un ailleurs insulaire où le temps est suspendu [Chapitre 1]. Certains praticiens de soins non conventionnels partagent ces images et envisagent cet environnement comme particulièrement propice au bien-être : ils l'utilisent parfois dans leurs activités thérapeutiques, en proposant des séances de « ressourcement avec les arbres » ou de yoga face à l'océan. La dimension spirituelle est également prégnante chez toutes ces personnes.

Une mise à distance des dogmes religieux, une sacralisation du vivant

Lors de notre rencontre, je demandai naïvement à Mme Pagnoux, magnétiseuse et détentrice d'un don de guérison : « Est-ce qu'il faut croire en quelque chose pour que ça marche ? ». Et elle de me répondre énergiquement : « Ah oui ! Il faut être croyant, c'est sûr ! Moi je suis croyante ! ».

Considérée comme une nécessité à l'efficacité de la pratique thérapeutique chez cette dame, la croyance religieuse, de même que chez Sofia et Mr Alain, est indispensables. Tous trois fervents catholiques ils se défendent cependant d'une pratique dogmatique, n'allant plus à la messe ni se confesser auprès de prêtres depuis des années. Cette modalité de protestation contre l'ordre religieux s'exprime encore davantage chez les praticiens plutôt influencés par la philosophie du Post-Nouvel-Age, dont les prémisses se situent clairement dans une volonté de contre-culture. Le registre de la croyance s'affirmait moins dans la notion de religion que dans celle de sacré, comme l'expliquait David (voir plus haut), énergéticien ayant bien connu le début du mouvement New Age. Pour la plupart de mes interlocuteurs, tout être vivant est considéré comme sacré et doit en théorie être traité comme tel. Ainsi chaque humain posséderait le sacré en lui – sa vie, son corps, ses émotions sont sacralisés- et doit confier à sa propre personne le respect, la confiance et la foi qu'il entretenait jusqu'à lors avec des entités divines et extérieures à lui. Ce faisant, il tendrait à saisir sa place dans l'univers et le sacré en toute chose.

« Je me rends compte lorsque les gens viennent me voir c'est pour des douleurs physique et psychiques, rarement pour un engagement spirituel. (...) Le yoga vient d'Inde, quand on fait du yoga on travaille sur une trinité. Tu travailles le corps, l'esprit et la relation entre les deux. Et c'est dans cette globalité qu'il a quelque chose de sacré (...) Il s'agit d'être à l'écoute de soi et repérer tous les impacts, tout ce qui va impacter de façon positive ou négative. En somme, ce lien avec soi en relation dans le monde, aide à se penser dans le monde. Ce n'est rien d'autre que la phrase de Gandhi: "Soyez le changement que vous voulez voir dans le monde". » [Coline, 50 ans, professeur de yoga]

Leurs parcours de vie restitués plus haut montrent la place que mes interlocuteurs accordent à la spiritualité dans leur quotidien. Celle-ci fait appel aux philosophies et religions asiatiques telles que le taoïsme, le bouddhisme ou l'hindouisme auxquelles se combinent d'autres croyances issues de modèles culturels très différents, comme le shamanisme et l'occultisme, ou encore les versants ésotériques et mystiques des trois religions du livre.

Thérapie et spiritualité sont intimement liées pour la majorité des praticiens non conventionnels rencontrés. Pour Olivier Schmitz, s'intéresser aux représentations

philosophico-religieuses des médecines parallèles donne accès à l'observation de la « recomposition profonde du paysage religieux » en contexte de modernité [Schmitz, 2006b : 12]. Les sociologues des religions se sont en effet penchés sur cette question et voient une « décomposition du religieux » [Champion, Cohen, 1993] ou son « émiettement » [Hervieu, Léger, 2003], par rapport aux modalités du croire qui a eu cours jusque dans les années 1970 en Europe de l'Ouest. Dans un contexte de rationalité techno-scientifique avancée et de différenciation des rôles institutionnels (politique, économique, culturel), la sécularisation de la société s'est traduite selon eux par la désinstitutionnalisation du religieux désormais confinée à la sphère privée ; on assiste alors à une religiosité guidée par des logiques plus subjectives, en groupe de sociabilités ou non, et liées aux domaines des émotions et des expériences individuelles du sacré [Champion, Hervieu-Léger, 1990].

Mes observations rejoignent celle de la sociologue Valérie Rocchi qui privilégie, à la théorie de la décomposition du religieux vue par « la sociologie des religions », celle d'un « religieux multiforme » à analyser par une « sociologie du croire » comme vecteur de sens et de ressources pour le croyant. Si les aspects « magiques » du croire Post-Nouvel-Age semblent avoir perdu de leur légitimité chez les adeptes actuels à mesure qu'ils se sont popularisés dans une partie grandissante de la société, c'est désormais la dimension « spiritualiste » du croire qui est valorisée :

« Le croire « spiritualiste » se caractérise par un religieux métaphorique qui signifie soit des processus psychologiques, soit des valeurs humanistes. Les références aux traditions religieuses sont le plus souvent réinterprétées selon une logique psychothérapeutique (...) De ces considérations psychologiques, on glisse progressivement vers des valeurs humanistes. En effet, au-delà de chaque tradition spécifique, les adeptes considèrent que les religions délivrent un même message essentiel d'amour, de fraternité, de respect et de tolérance. C'est en définitive une conception très épurée du religieux (...) la figure du sage mystique fascine les adeptes car elle représente idéalement, un rapport individualisé à un divin conçu de manière impersonnelle, hors de l'encadrement strict des institutions et dont le pratique serait marqué par l'émotionnel, exaltation ou contemplation (...) une aspiration au renoncement des désirs de toutes puissances ou de satisfactions immédiates au profit de symbolisation sur le sens de la vie et de conceptions éthiques. » [Rocchi, 2003 :181]

Pour Valérie Rocchi, ce croire « spiritualiste » s'inscrit également dans une logique protestataire, issue de la contre-culture et du mouvement New Age, contestant la société de consommation et l'économie libérale [2003]. D'autres chercheurs y voient justement une logique néolibérale au sein d'un marché de croyances et de guérison [Cant, Sharma, 1999].

Du point de vue de la santé, la sociologue emprunte avec intérêt la notion wébérienne de « salut » pour montrer que le recours à la plupart des soins non conventionnels, dans le contexte de l'individualisme moderne, peut se lire comme la quête d'« une voie de salut séculière répondant de façon systématique à la question de la souffrance et plus largement à celles que se pose « l'individu incertain » [Ehrenberg, 1995] » [Rocchi, 2000 : 589]. Les trajectoires biographiques des praticiens rencontrés dans le Médoc ont toujours été marquées par des expériences initiatiques aux connotations magiques ou mystiques ainsi que par des épisodes de souffrances ou de maladies graves. Elles apparaissent ré-interprétées comme des expériences qui ont signifié pour eux l'existence du sacré et d'un au-delà. Cette conception peut s'expliquer par le lien ténu entre les religions, la spiritualité et la fragilité existentielle humaine :

« (...) le dépassement des limites prosaïques de l'existence, les leviers de la foi ou de la spiritualité permettent de redonner un sens spécifique à la douleur et à la souffrance, de les comprendre et de les soulager. Car l'évolution biologique du corps, ses défaillances, le vieillissement de la matière, la dégénérescence de la chaleur, n'entretient que partiellement en ligne de compte dans leurs conceptions. Au contraire, la mort constitue explicitement l'accomplissement du processus de la vie et l'inéluctable loi biologique se voit remplacée, comme référence ultime, par la conception du sacré et de son corollaire, la voie ontologique. Les religions et les quêtes de spiritualité s'affirment dès lors comme des opérateurs, non seulement d'une pédagogie de la guérison mais aussi d'une pédagogie de la vie tout entière face à l'aléatoire et à l'incommensurabilité de la mort. » [Rossi, 2007 :25]

La dimension spirituelle, indissociable de la majorité des soins non conventionnels observés, doit ainsi être comprise comme la possibilité de puiser dans un large réservoir interprétatif de la douleur et de la souffrance humaine qui ne soit pas uniquement scientifique et médicale. L'analyse des religions et quêtes spirituelles agissant comme des opérateurs dans la quête de sens face à la maladie, à la vie et à la mort [Rossi, 1997 ; 2007] se prête aux spécificités des pratiques non conventionnelles de soins observées en Médoc. Valérie Rocchi propose de considérer la pluralité des croyances du Post-Nouvel-Age par le prisme d'une « théorie des références », pour mieux comprendre l'articulation entre les dimensions religieuse et thérapeutique, elles-mêmes aux prises de logiques de mobilisation conjointe de références psychothérapeutiques alternatives d'une part et de celles liées au magique et au mysticisme de l'autre [2003 : 185]. Cette perspective de recherche semblerait particulièrement adaptée à la poursuite de mes travaux de thèse dans la mesure où j'ai privilégié l'étude des soins à la dimension religieuse dans mon analyse du pluralisme thérapeutique en Médoc, contrairement à la sociologue qui elle, a moins exploré le domaine de la santé que celui du religieux dans ses travaux, tout en incitant au croisement des regards sur la question.

5.1.3.3. Vers une professionnalisation de l'activité thérapeutique

Les activités des praticiens de soins non conventionnels sont, nous l'avons vu, difficiles à catégoriser compte tenu de la pluralité des techniques de soins, des formations, des expériences et des croyances constitutives de leurs identités singulières de soignants. Néanmoins, nous avons vu que le fait d'être des « héros et héroïnes » ordinaires constitue un dénominateur commun, de même que la conception sacrée du vivant et la représentation endogène de la cause des maux. Un regard sur les modalités de l'activité soignante permet également de compléter le portrait de ces acteurs du pluralisme thérapeutique médocain dont certains font preuve d'une tendance à la professionnalisation de leurs pratiques. Dans sa thèse de sociologie sur la naturopathie en région parisienne, Anahita Grisoni [2011] montre que les naturopathes professionnels le sont aussi généralement par reconversion : ils envisagent leur nouvelle activité comme une forme d'épanouissement personnel et une opportunité d'autonomie offerte par un statut libéral. Ceux maîtrisant le mieux les stratégies de marché et de la libre concurrence, grâce à leurs anciennes formations ou leurs expériences professionnelles passées, les mettent à profit pour développer leur nouveau travail, en dépit des idéaux contre-culturels New-Age qui alimentaient les origines de la discipline naturopathique mais en vertu de leur quête d'une activité lucrative qui leur ressemble. Comment les thérapeutes rencontrés en Médoc envisageaient-ils leur activité ?

J'ai pu identifier dans les discours avec les praticiens et les personnes qui avaient recours à leurs services que les nominations de « guérisseurs » ou « thérapeutes », *a priori* équivalentes, pouvaient révéler une nuance concernant le statut professionnel ou non de ces soignants ainsi que leur réputation. L'appellation « guérisseur » apparaît comme plus ancien dans l'univers des soins populaires et semblait désigner pour les recourants, des personnes détentrices d'un don de guérison ne demandant pas de rétribution pour leurs services. Dans cette représentation emblématique, le guérisseur opère par vocation et exerce de façon désintéressée, en échange de services et de dons en nature, et parfois en parallèle d'une activité professionnelle. Celui qui se fait payer et qui fait de la publicité suscite la méfiance et le discrédit, il est la figure du charlatan venu de la ville [Bouteiller, 1966 (1987) : 217]. Plusieurs de mes interlocuteurs et interlocutrices m'ont précisé que les « vrais guérisseurs » ne demandaient rien et que « ceux qui font payer sont des charlatans ». Pour autant, lorsque je leur demandai de me faire rencontrer de telles personnes, il s'est avéré que les praticiens en question ne tarifaient pas leurs consultations mais celles-ci s'inscrivaient dans un réseau de services et de dons et contre-dons, comme observé par ailleurs en Auvergne [Raineau, 2001]. Ainsi, les patients de Sofia, Mme Pagnoux ou M. Alain, même s'ils « ne demandaient rien » pour exercer leur « don de Dieu » se voyaient toujours remettre un billet de 10 ou 20 euros, un panier de cèpes, une bouteille de bon vin...

Les autres praticiens rencontrés se qualifiaient ou étaient qualifiés plus fréquemment de « thérapeutes », moins dans l'acception ancienne et religieuse de ce terme que dans une

connotation plus moderne, faisant allusion aux professions médicales et paramédicales reconnues. « Aller voir le guérisseur » sonne différemment dans les discours que « consulter un thérapeute en shiatsu » ou « exercer en tant que thérapeute psychocorporel » par exemple. La nuance, pas toujours directement perceptible dans les discours, traduit néanmoins la volonté de reconnaissance professionnelle par les praticiens « thérapeutes ». Il s'agit notamment des personnes jeunes (entre 30 et 50 ans) qui envisagent l'activité soignante comme une activité professionnelle à part entière. Si les « guérisseurs » exercent sans statut juridique, les autres s'inscrivent au régime de l'auto-entrepreneuriat et paient des impôts sur le revenu en dépit du flou juridique qui encadre leurs activités. Le prix de leurs consultations, d'une durée d'une heure en moyenne, oscillent entre 40 et 125 euros, tarif que les praticiens m'ont dit nécessaire pour s'assurer un salaire minimal tout en couvrant les charges imposées par ce régime assez précaire d'auto-entrepreneuriat.

La professionnalisation ne passe pas seulement par le statut d'entrepreneur, ni par les efforts de publicité locale restitués plus haut et grâce auxquels j'ai eu accès à ces praticiens, mais aussi par une gestion de l'activité proche d'une activité de soin libérale. Les thérapeutes organisent leurs plannings de rendez-vous, aménagent leur local ou pièce de consultations avec des tables d'auscultation médicale, ornant les murs d'affiches représentant des planches d'anatomie ou les trajets des méridiens en médecine chinoise. Ils conseillent parfois l'usage de plantes médicinales en vente libre sous la forme de tisanes ou de compléments alimentaires, donnant l'apparence de prescrire un traitement à l'instar des médecins qui établissent leurs ordonnances médicamenteuses lors de leurs consultations. Les emprunts concrets faits à la pratique biomédicale, de même que les savoirs professionnels qui en sont issus, participent de cette professionnalisation qui répond également à une demande des patients.

L'anthropologue Marc-Eric Gruénais a étudié en Afrique centrale la professionnalisation des « néo tradi-thérapeutes » : il montre qu'elle ne répond pas seulement à une volonté de reconnaissance sociale et étatique de leurs pratiques de soins mais traduit aussi une dynamique entrepreneuriale obéissant aux règles de l'offre et de la demande [2002]. Cette dimension économique libérale, pointée au Nord [Cant, Sharma, 1999] est donc aussi visible en Médoc :

« Ici je massais des gens et ils me disaient que ça faisait du bien. Pour moi, c'était impensable de faire payer... Mais après, j'ai entendu que c'était à la mode... Alors j'ai fait un peu de publicité (...) Ça fait 5 ans. Mais chez nous les massages, c'est pas comme ici... Ici, les gens n'ont pas conscience de la valeur que ça a et des bienfaits que ça amène. L'ayurveda est un trésor énorme. » [Shriya, 48 ans, masseuse ayurvédique]

La distinction entre « guérisseurs » et « thérapeutes » n'obéit pas à une règle stricte, les premiers usant parfois de la publicité, de l'organisation de travail et des emprunts à la

biomédecine caractéristiques des seconds. Ces derniers se font parfois appeler « guérisseurs modernes » [M. Valier] pour profiter de la légitimité traditionnelle de la figure du guérisseur, tout en valorisant des techniques vues comme progressistes et généralement issues du Post-Nouvel-Age. L'anthropologue africaniste Joseph Tonda appelle « syndrome du prophète » ces tentatives de légitimation identitaire observées chez des tradipraticiens d'Afrique sub-saharienne, au Congo notamment : ceux-ci valorisent l'idée d'« innovation » comme caractéristique de leurs pratiques qui combinent l'usage des médecines traditionnelles dont ils ont l'exclusivité, à des pratiques biomédicales socialement dominantes qu'ils exercent de façon profane et souvent illégale [Tonda, 2001]. Si les praticiens rencontrés en Médoc ne se posent jamais en concurrents des médecins, ils défendent néanmoins leurs pratiques comme résolument avant-gardistes et rejoignent l'idée d'individus « sentinelles » en santé [Dozon, 2001].

La dynamique entrepreneuriale nécessite une attention particulière à la qualité du service prodigué ainsi qu'à la garantie d'une offre de soin « à spectre large », sans quoi le praticien verrait sa clientèle péricliter [Cant, Sharma, 1999 ; Gruénais, 2002 ; Pordié, Simon, 2010]. Certains de mes interlocuteurs, comme Shriya, déplorait le manque de sérieux de certains centres de formation qui décrédibilisaient les pratiques plus réfléchies. Des écoles certifiaient par exemple des compétences en pratiques médicales ayurvédiques de praticiens formés en quelques jours seulement, alors même que cet apprentissage représentait celui d'une vie pour la jeune femme :

« Maintenant, on peut trouver des formations aux massages ayurvédiques qui durent un week-end. Je ne comprends pas comment on peut apprendre à masser en deux jours ! » [Shriya, 48 ans, masseuse ayurvédique]

« Beaucoup de gens se lancent dans des pratiques thérapeutiques sans avoir le background nécessaire. » [David, énergéticien, 47 ans environ]

Le statut particulier des praticiens de soins non conventionnels les expose, plus que les soignants officiels, aux effets de réputation et de rumeur, qui peuvent soit en faire le succès et le renom, soit en faire des charlatans. Les praticiens « thérapeutes », qui se font payer leurs consultations, semblent plus exposés à ce type d'accusations notamment lorsque leurs services n'ont pas apporté satisfaction. J'ai toutefois pu observer sur le terrain qu'un même praticien pouvait se voir conférer l'image de sauveur, par une personne qui lui prêtait la responsabilité de sa guérison, autant que celle du charlatan par quelqu'un qu'il n'aura pas réussi à soigner. Ce constat incite à penser le charlatanisme comme une relation thérapeutique ratée et non pas seulement comme une situation de fourberie, d'abus de confiance et d'escroquerie, ce qui peut parfois arriver mais qui ne reflète pas la majorité des recours des patients interrogés.

Si le débat sur l'efficacité des pratiques de soins non conventionnels est régulièrement au cœur des discussions scientifiques à ce sujet, je ne m'y attarderai pas davantage ici, privilégiant comme je l'ai déjà précisé une démarche agnostique et pensant que la recherche de preuve de l'efficacité de ces pratiques, si elle s'avère réellement nécessaire et pertinente, doit d'abord passer par une réflexion approfondie sur la méthodologie à employer à cette fin. Pour l'heure, les approches sont diverses. L'OMS, dans ses deux plans stratégiques mondiaux pour les Médecines Traditionnelles et Complémentaires (MTC) [OMS, 2002b; 2013b], s'appuie sur des indicateurs comme le degré d'efficacité et d'innocuité de ces médecines pour tel ou tel trouble de santé, à partir d'études épidémiologiques dont les méthodologies sont propres aux essais cliniques biomédicaux alors même que les pratiques testées ne répondent pas aux mêmes prémisses. Du côté des sciences humaines, la question de l'efficacité est soit évacuée, posant la question du pourquoi plus que du comment [Bouteiller, 1966 ; Loux, 1990 ; Raineau, 2001; Schmitz, 2006a], soit envisagée sous l'angle du symbolique [Lévi-Strauss, 1949a] et de la psychanalyse [Lévi-Strauss, 1949b ; Zempléni, 1982 ; Favret Saada Jeanne, 1977 ; Favret Saada, Contreras, 1990]. Des regards croisés semblent rarement envisagés.

5.2. Les soins non conventionnels aux maux de femmes : interprétations étiologiques et logiques de recours

J'ai recueilli auprès des praticiens et des femmes des discours explicitant leurs interprétations étiologiques des maux féminins et les logiques de recours aux soins non conventionnels pour ces problèmes. J'ai ainsi demandé à ces soignants en marge si certaines de leurs pratiques étaient réservées aux femmes. Hormis la rumeur concernant l'ostéopathe accusé d'agressions sexuelles sur ses patientes, peu de discours de praticiens signifiaient *a priori* une spécificité féminine dans les modes de prise en charge, si ce n'est sur le registre de la contre-indication, les périodes menstruelles et de grossesses n'étant pas propices à la plupart des soins selon eux :

« Il faut pas que la femme soit indisposée. Sinon ça peut faire des hémorragies. » [Sofia, 50 ans, médium]

« Quand je reçois des femmes enceintes, je réalise des massages plus légers, souvent pour soulager le dos. J'utilise une huile végétale la plus neutre possible, comme de l'huile d'amande douce, et j'ajoute quelques gouttes de lavande pour l'odeur. Les huiles essentielles ça peut être très puissant. On connaît les effets sur le corps en temps normal, mais pas sur le fœtus ! Vaut mieux éviter et ne pas prendre le risque. » [Alice, 28 ans, masseuse bien-être]

En dépit de ces discours restrictifs, les entretiens approfondis ont montré que la clientèle des praticiens était majoritairement féminine et que la cause de leurs maux spécifiques était, comme les autres, interprétée au prisme de la conception endogène des maux

propres aux soins non conventionnels. Concernant les maux des femmes, cette étiologie endogène semble néanmoins connaître trois registres interprétatifs non exclusifs les uns des autres : celui des humeurs hippocratiques, celui de l' « énergie » et celui des mythes. Les réponses thérapeutiques consistent le plus souvent à : un « rééquilibrage » des flux corporels (humeurs ou énergies), une prise de conscience de l'origine endogène et psychosomatique des problèmes, une interprétation du message existentiel dont ils sont censés être porteurs, ainsi que leur inscription cohérente dans les trajectoires biographiques des patientes.

De leur côté, les femmes qui ont eu recours à ces soins ont mobilisé différentes logiques pour guider leurs choix au cours de leurs itinéraires thérapeutiques. J'en ai identifié au moins trois que nous expliciterons à la fin de ce chapitre. Premièrement, l'incertitude quant à l'évolution d'un trouble ou d'une maladie incite à faire appel à des soins non conventionnels dans une logique de recours complémentaire à la biomédecine et aux soins de SSR, voire de dernier recours quand le reste n'a pas « fonctionné ». Ensuite, du fait des tabous liés aux maux de femmes, ces dernières ont semblé trouver des personnes soignantes plus à même de les faire parler de ces sujets et d'entendre leurs confidences. Enfin, les patientes ont également mobilisé une logique préventive en favorisant une quête de bien-être guidée et accompagnée par les praticiens de soins non conventionnels. Pour finir, nous examinerons les logiques motivant le non-recours à ces soins.

5.2.1. Interprétations humorales, énergétiques et mythiques des maux de femmes

Dans les premiers temps de mon enquête, j'ai pensé que les maux de femmes n'avaient pas de résonance particulière au sein des représentations étiologico-thérapeutiques des différents soins non conventionnels. Il me semblait que chaque problème de santé, quel qu'il soit, était interprété et traité au prisme de l'état de santé physique et moral de la personne et de son histoire de vie, selon une conception endogène des maux et une approche « psycho-mystique » de la thérapie [Rocchi, 2000]. Or il m'est peu à peu apparu que les praticiens les interprétaient à la lumière de leurs savoirs professionnels propres mais aussi en fonction de leurs savoirs non professionnels et idiosyncratiques. Concernant les maux de femmes, ces sources de savoirs en santé en particulier puisaient dans divers registres comme la médecine humorale, qui a longtemps présidé aux représentations de l'hystérie, les médecines orientales, qui donnent un nouveau souffle en Occident aux conceptions holistiques du corps et de la santé, de la psychologie, dont les prémices sont également à chercher du côté de l'étude médicale de l'hystérie, et des figures mythiques féminines qui mettent en scène des déesses et héroïnes archétypales aux destins variés mais néanmoins emblématiques et inspirantes. Si je m'y attarderai moins ici, je précise que les « savoirs professionnels » issus du domaine biomédical

étaient également très présents chez ces praticiens, à un niveau d'expertise plus ou moins important. Ils concernaient notamment l'anatomie humaine, le rôle des organes dans la circulation du sang, la respiration et la digestion. Pour ce qui est du corps féminin, leurs savoirs se portaient surtout les menstruations et la grossesse.

5.2.1.1. Une étiologie humorale

Verrues, durillons, brûlures, eczémas, zozas sont des maux régulièrement associés à la figure du « guérisseur-conjuteur de maux ». Certains praticiens qui soignent à l'aide de prières conjuratoires m'ont rapporté que la prière servant d'ordinaire « à enlever le feu », c'est-à-dire à soigner les brûlures, pouvait également être utilisée pour les maladies de peaux. J'imagine que cette adaptation tient de l'analogie entre l'apparence d'une peau brûlée et celle d'une peau couverte de plaques d'eczémas, chauffée par les démangeaisons. Cette prière pouvait également « servir pour enlever le feu des rayons » pour les personnes atteintes de cancers et traitées par la radiothérapie. Mme Pagnoux, M. Alain et Sofia ont tous trois été confrontés à ce type de demandes de la part de leurs patients.

Il existe une étiologie relative aux brûlures, et plus largement aux excès de chaleur, laquelle semble être reliée aux représentations du sang. La femme est traditionnellement vue comme froide pendant ses règles car elle perd du sang. « Avoir le sang chaud » signifie généralement un excès de vigueur et de nervosité, la chaleur étant plutôt une caractéristique masculine. Les bouffées de chaleur rapportées par les femmes en cours de ménopause sont associées au dérèglement du cycle menstruel, dont la disparition signifie le réchauffement du corps et institue l'ancienne femme féconde à un statut d'individu asexué ou à tendance masculine [Moulinié, 1998]. Nous avons vu dans le Chapitre 2 que ces considérations sur la santé, d'origine populaire, puisent dans les principes de la médecine humorale d'Hippocrate et de Galien qui associent la santé à un état d'équilibre, tant du point de vue physique que moral, entre les différents flux circulant dans le corps auxquels était corrélé un système d'oppositions binaires (masculin/féminin, chaud/froid, sec/humide, Nord/Sud, Est/Ouest). Dans cette conception nous l'avons vu, les règles apparaissent comme un moyen naturel pour les femmes de se débarrasser d'un sang noir associé à un mauvais sang, vicié, chargé d'impureté. On pratiquait des saignées thérapeutiques à cette même fin. Ces représentations semblaient toujours avoir cours et être même revalorisées parmi certains des praticiens rencontrés en Médoc quand je les interrogeais expressément sur le sujet. Pour Sofia par exemple, la médium et magnétiseuse, le sang menstruel devait toujours être évacué, discours qui contrastait avec ceux de certains médecins et de femmes qui affirmaient « l'inutilité » des règles :

« Je n'ai jamais compris, moi, femme, je ne suis pas contre tout ce genre de choses, mais que l'on bloque les règles avec une contraception: le sang doit sortir. Le stérilet c'est le pire... Les règles est un sang sale qui doit sortir du corps de la femme et quand on le bloque quelque part, cela crée une anomalie ailleurs: que ce soit les seins, autre chose de gynécologique. (...) J'ai toujours dit que le corps de la femme il est fait ainsi, nous avons des règles car nous sommes faites pour mettre des enfants au monde, comme une machine en fait. C'est organisé ainsi: les règles doivent sortir pour nettoyer le corps. (...) »
[Sofia, 50 ans, médium]

Pour elle, le « blocage des règles » pouvait intervenir dans la survenue de problèmes hormonaux et de cancers féminins :

« Cela me touche énormément de voir des femmes de 40 ans avec un cancer, ou de ces dérèglements hormonaux. J'ai toujours eu dans l'idée que de toucher au corps de la femme, de le priver de ce que la nature lui a donné n'était pas normal. On ne doit pas arrêter les règles. Elles sont nombreuses ainsi qui viennent ensuite: j'ai grossi, j'ai les poils qui ont poussé, j'ai mal au bas du ventre, j'ai une infection urinaire, j'ai des kystes aux ovaires.

Sans qu'elles me le disent, je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas, qui ne peut pas aller normalement lorsque je mets mes mains, ça brûle, je sens qu'elles portent un corps étranger. Ce n'est pas la pilule et elles me répondent que c'est un stérilet. Le pire c'est celui en cuivre. C'est affreux: je ne peux pas mettre ma main au niveau de leur ventre. (...) La réception que j'ai est atroce. » [Sofia, 50 ans, médium]

Sofia manifestait une profonde méfiance envers « le stérilet », plus qu'envers « la pilule » pourtant plus controversée aujourd'hui. Elle argumentait son opinion à partir de savoirs non professionnels sur la question, le « stérilet » ayant longtemps eu la réputation de « rendre stérile », représentation populaire renforcée par les médecins qui ont plus largement prescrit la contraception orale en France. Son ressenti et ses expériences confortaient également son refus des contraceptions invasives comme le D.I.U. au cuivre. Je ne pense pas qu'elle connaissait les autres modes de contraception disponibles sur le marché. Pour elle, l'important était de conserver une physiologie menstruelle la plus naturelle possible, faisant confiance aux facultés d'auto-purification du corps féminin.

Laura, « sorcière moderne », se montrait moins alarmiste mais préconisait de suivre attentivement leur cycle menstruel des femmes dont les problématiques étaient interprétées comme ayant trait à un dérèglement menstruel et au vécu difficile de leur féminité. Ce suivi ne respectait pas tout à fait celui présenté dans les cours de sciences naturelles au collège ou dans les séances d'éducation à la vie familiale au CPEF. Chez Laura, le cycle commençait au premier jour de la fin des règles et se divisait en quatre

semaines environ selon les femmes. Des dessins et des consignes en expliquaient le déroulé. Chacune de ces semaines était associée à une phase de la lune, une saison et un élément. La première était symbolisée par les premiers quartiers de la lune montante, par l'énergie printanière et l'élément terre, représentant la renaissance perpétuelle. La seconde semaine vise « l'ancrage » dans l'instant présent et l'« accueil des énergies venant de toute part » : la lune est pleine, la saison estivale, et la chaleur du feu symbolisent la créativité, vue comme particulièrement à ce moment du cycle menstruel. La troisième semaine est représentée par le « rééquilibrage des énergies » déployées, c'est un temps d'ajustement, de choix entre les possibilités ouvertes et celles que l'on peut raisonnablement suivre. C'est une semaine marquée par l'automne, les derniers quartiers du cycle lunaire et l'air qui fait métaphoriquement circuler les humeurs en vue de leur harmonisation. La dernière, celle des règles à proprement parler, est associée à la lune noire, au dépouillement hivernal avant le printemps, à l'écoulement des flux viciés vers l'extérieur du corps pour bientôt accueillir le changement et de nouvelles énergies.

Concrètement, Laura propose une poétique menstruelle aux atours psycho-mystiques, invitant les femmes à une façon nouvelle et métaphorique d'expérimenter leurs menstruations. Cette poétique, inspirée des principes de médecine humorale, revalorise ce qui est d'ordinaire caché et marqué par la souillure et vise une réappropriation ainsi qu'une reconnaissance sociale de cette spécificité biologique par les femmes. Le film documentaire *La lune en moi* participe de ce même effort de revalorisation du cycle menstruel par les femmes elles-mêmes et donne aussi la parole à des praticiennes de soins non conventionnels promouvant également des interprétations des menstruations moins biomédicales et plus métaphoriques, ancrées dans un temps cyclique de création et de destruction. Laura comme ces femmes et d'autres thérapeutes rencontrées semblent convaincues de la nocivité du tabou des règles au niveau individuel, dans la construction de soi, mais aussi au niveau social, dans l'élaboration d'une forme de fierté féminine partagée. Or j'ai pu constater en Médoc, de même que la jeune sociologue Aurélie Mardon en région parisienne [2011], que lors de la survenue des premières règles, la valorisation de l'accès au statut de femme est rapidement assombrie l'apprentissage normatif du dégoût et de la dissimulation de ces écoulements.

5.2.1.2. Des déséquilibres nerveux et énergétiques : le cas de l'infertilité

Comme expliqué dans le Chapitre 2, les discours sur les maux de femmes rencontrés au fil de ma recherche a fait apparaître leurs affiliations aux représentations populaires des maladies nerveuses et celles tenant de l'hystérie. Les praticiens semblent parfois adopter ces mêmes registres interprétatifs, témoignant là encore de leurs diverses sources de savoir en matière de santé ainsi que de la mobilisation particulière de ceux qu'ils partagent socialement avec leurs patientes. L'hystérie a d'abord été considérée comme une maladie de l'utérus et a connu une explication humorale avant d'être

considérée comme une « maladie des nerfs », selon la vision de la neuro-psychologie naissante du XIXe siècle. Les « maladies nerveuses » sont aussi liées à des déséquilibres dans les représentations profanes, soit du côté de l'excès de tensions, d'états de stress – la « crise de nerfs » - soit inversement du côté du manque de tension – la « dépression ». Ces représentations, compatibles avec la conception endogène des maladies chez les praticiens non conventionnels, alimentent certaines interprétations des troubles et maladies de femmes. Selon Mme Pagnoux par exemple, « les nerfs » étaient la première cause de stérilité. Magnétiser les organes reproducteurs ne sert de fait qu'à assurer leur bon fonctionnement, en enlevant le mal qui serait susceptible d'y être logé :

« Mme Pagnoux : Ce qu'il faut surtout traiter, c'est les nerfs ! Souvent, c'est là-haut que ça se passe ! [Elle tapote sa tête avec son doigt].

CL : Vous faites comment ?

Mme Pagnoux : Je dis à la femme de s'allonger sur le canapé, je me mets derrière elle à sa tête et je magnétise avec mes mains au niveau des tempes, du front, du crâne... Comme ça me vient en fait ! » [Mme Pagnoux, magnétiseuse, 65 ans environ]

Sofia explique apporter, en plus de son don, un soutien psychologique et moral aux femmes infertiles qui la consultent :

« Un exemple, (...), les femmes qui sont stériles, qui ne peuvent pas avoir d'enfant. Quand elles veulent un enfant, elles ont déjà été dans un système médical (insémination, des actes qui vont être autres que les miens – je n'ai rien à voir avec le médical). Quand elles viennent ici, elles cherchent vraiment de l'aide : qu'il soit psychologique ou moral – je fais tout cela un peu en même temps. Par chance, elles tombent enceinte. Je ne sais pas par quel miracle, mais j'ai le don... (...) Il y a des femmes stériles, comme je vous l'ai dit, qui ne pouvaient pas avoir d'enfants et venaient me voir, trois mois après, elles étaient enceintes, comme toutes les filles. (...) Cette année, il y a eu 7 bébés : 7 femmes stériles qui sont tombées enceinte. » [Sofia, 50 ans, médium],

L'infertilité est régulièrement évoquée comme l'exemple type des maux de femmes à l'étiologie psychosomatique pour lesquels les soins non conventionnels apportent des résultats *a priori* satisfaisants. Elle fait partie des maux de femmes pour lesquels la biomédecine se trouve parfois dépourvue d'explications étiologiques, axant plutôt ses efforts sur son traitement par des méthodes souvent invasives que sur une recherche de ses causes [Bydlowski, 2003 : 251]. Dans le domaine des soins non conventionnels, les troubles de l'enfantement, déclarés physiques ou psychologiques par la biomédecine, paraissent connaître une étiologie psychosomatique, fixée dans « les nerfs » ou dans « l'inconscient ». Jeanne, l'une des femmes rencontrées dans le cadre de l'enquête

IRESP, relata en entretien la situation de sa collègue de travail qui souffrait d'infertilité et fournit le point de vue qu'elle en avait:

« Il y avait une jeune femme qui travaillait avec moi et qui faisait FIV sur FIV⁸⁶ et qui devenait folle à force de faire des FIV. Elle avait une endométriose⁸⁷. Peut-être psychosomatique...C'est de la chimie mais y a pas que de la chimie, y a du mental. Cette fille, bon elle n'est pas bien dans sa tête, bon peut-être que son endométriose, elle se la fabrique, enfin, ça se fabrique mais euh...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 quand une personne a un problème comme ça, et qu'on lui dit »Non, vous ne pourrez jamais avoir d'enfant.« » [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

Pour Jeanne, le recours aux soins non conventionnels pour traiter l'infertilité quand la biomédecine fait échec apparaît comme une éventualité thérapeutique plus que pertinente, dans la mesure où celle-ci partage l'idée que sa collègue crée involontairement sa stérilité, à cause d'un mal-être plus profond. Par leurs techniques, les praticiens doivent réussir à identifier et interpréter les angoisses, peurs, traumatismes et blocages émotionnels ainsi que leurs causes pour agir sur le problème physique. Certains d'entre eux ne limitent pas leurs investigations sur les émotions refoulées de leurs patientes à leur vie actuelle mais intègrent également ce qu'ils appellent les « mémoires collectives ». Ils expliquent par exemple les problèmes de la personne par le poids mal vécu d'un secret de famille : Sara m'apprit par exemple, lors d'un second entretien plus d'un an après le premier, que la femme en cure que j'avais rencontrée chez elle avait finalement réussi à avoir un enfant, après qu'elle l'ait accompagnée dans son enquête familiale qui avait révélé que cette femme avait un jumeau qui été mort-né et dont on ne lui avait jamais révélé l'existence. Sara m'expliqua que sa patiente ressentait une culpabilité permanente sans savoir pourquoi jusqu'à cette découverte. La thérapeute interprétait ce sentiment comme une auto-punition d'être en vie, ce qui empêchait notamment que la vie se développe dans son ventre et qu'elle donne naissance à un enfant. Cet exemple montre bien la psychologisation de la cause des maux et leurs traitements. La recherche des causes de l'infertilité peut également dépasser la vie de la femme et de sa famille selon les thérapeutes, et s'étendre à sa vie *in utero*, à ses vies antérieures ou à ses vies actuelles sur d'autres dimensions quantiques :

« C'est un blocage sur une chose vécue dans une existence passée. Des fois, c'est juste un psychodrame familial et on répercute un comportement. Des croyances familiales, des soi-disant fatalités familiales... (...) Ça crée des

⁸⁶FIV est l'acronyme de Fécondation in vitro.

⁸⁷L'endométriose est une pathologie du tissu utérin et est une cause d'infertilité.

déséquilibres énergétiques. (...)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.]

Je ne saurai pas si les clientes infertiles des thérapeutes rencontrés s'étaient vues poser un diagnostic biomédical indiquant une stérilité de cause inconnue ou si elles suivaient un protocole médical en parallèle. Pour autant, la mise en lumière du terrain anxigène et de son « déminage » [Contreras, Favret-Saada, 1990] étaient considérées comme efficaces dans la réhabilitation des capacités de fécondité.

Pendant mon enquête, la Médecine Traditionnelle Chinoise était de plus en plus souvent évoquée autour de moi comme possédant des techniques particulièrement efficaces contre l'infertilité. J'interrogeai alors à ce sujet les praticiennes en acupuncture qui avaient accepté de participer à ma recherche. La première, Dr. Lunel confirma l'existence d'un « protocole de points » destinés à rééquilibrer les troubles de l'ovulation à l'origine de situations d'infertilité. Elle poursuivit à ma demande en me listant les « maux de femmes » sur lesquels elle pouvait agir :

«Dr Lunel : L'acupuncture peut être efficacement utilisée pour lutter contre le syndrome pré-menstruel, l'hypertension mammaire, les troubles de l'humeur et de l'élimination... Je peux aussi proposer des accompagnements à la grossesse pour tout ce qui est nausées, problèmes de sommeil, humeur, sciatique. A la fin, il existe aussi un protocole pour la présentation du bébé. Si il est mal tourné, il existe des techniques pour le faire se tourner. Il y a aussi des moyens de provoquer l'accouchement, sans médicaments bien sûr, en déclenchant des contractions, quand la situation est normale évidemment ! Pour la ménopause, c'est une aide extraordinaire aussi ! Ça marche vraiment très bien. Pour accompagner les chimiothérapies et limiter les effets secondaires, je ne m'y connais pas assez...

CL : Vous avez beaucoup de demandes pour le reste ?

Dr Lunel : J'ai suivi quelques-unes de mes patientes dont je suis le médecin traitant. Les autres viennent souvent en dernier recours. Les sages-femmes du coin font de même, elles ne m'envoient leurs patientes que quand le reste n'a pas fonctionné...» [Extrait d'entretien avec Dr. Lunel, médecin acupunctrice]

Emilie, praticienne en énergétique chinoise, s'excusa de ne pouvoir me fournir une telle liste de motifs de recours à l'acupuncture. Elle m'expliqua que procéder ainsi était assez étranger aux principes fondamentaux de la médecine chinoise, même si son occidentalisation incitait les nouvelles écoles en France et en Chine à proposer des

protocoles particuliers en énergétique chinoise pour une série de pathologies telles qu'identifiées par la biomédecine. Ce procédé visant la validation scientifique de la médecine chinoise via la méthode des essais cliniques n'avait pour elle d'intérêt que dans la reconnaissance que cela pourrait lui apporter en France. Ma catégorie opératoire de « maux de femmes » ne lui permettait donc pas de répondre à ma question. Voyant mon embarras, elle m'expliqua comment la médecine chinoise se pensait par le prisme du Qi, sorte d'énergie vitale, et de ses fluctuations dans le corps au gré des méridiens et des cycles d'interdépendances entre les organes. La plupart des maladies résultaient d'accumulations ou de manque de Qi en divers endroits du corps, créant des déséquilibres et des dysfonctionnements. A une même pathologie biomédicale pouvait correspondre tels déséquilibres de Qi chez une personne et tels autres chez une autre, ce qui nécessitait des prises en charge individualisées et ce qui empêchait Emilie d'établir une liste de maux de femmes pour laquelle l'acupuncture est efficace.

5.2.1.3. Le recours aux symboles et mythes féminins

J'ai pu relever dans les discours des praticiens trois modalités d'usage du sacré dans leurs soins aux maux de femmes et qui mettaient en scène des symboles et mythes féminins variés, représentant la création et la reproduction d'une part, et le rapport aux hommes d'autre part.

La première modalité de recours au sacré tient à la prière ou à l'invocation de puissances bénéfiques divines pour « faire partir le mal ». Sainte-Rita, sainte guérisseuse de tous les maux incurables, était parfois invoquée par les praticiens pratiquant la conjuration pour les situations graves comme les cancers. Mais c'est la Vierge Marie, symbole biblique de la création et de l'amour maternel inconditionnel qui demeure la plus priée pour la plupart des maux de femmes ayant trait à la procréation. Le nouveau prêtre de l'une des paroisses du Nord du Médoc incite d'ailleurs les femmes infertiles à effectuer des pèlerinages vers Notre-Dame de Lourdes, affirmant que la mise en mouvement du corps physique vers ce lieu incite également la mise en mouvement du corps mental et spirituel, potentiellement vecteur de guérison si la personne est véritablement vouée à enfanter. À préciser que l'ancien curé qu'il remplaçait désormais pratiquait autrefois l'imposition des mains, la conjuration des maux par la prière et l'exorcisme. Mr. Alain, medium guérisseur, accompagne ses invocations à la Vierge Marie d'autres adressées à Bernadette Soubirou, sanctifiée à Lourdes après y avoir vu une apparition de la mère de Jésus dans une des grottes de cette ville du Sud-Ouest de la France. Dans cette configuration, la figure mythique invoquée est celle qui enfante le Christ sans sexualité dans le catholicisme. Eve, considérée comme la première femme à avoir procréé, n'est jamais mentionnée tandis que la Vierge est invoquée comme une source de puissance et d'inspiration. Les praticiens concernés étaient les plus âgés de ceux que j'ai rencontrés (entre 65 et 75 ans environ) et paraissait parfois réifier les

normes relatives à la sexualité et à la procréation par leurs choix opérés dans leurs recours au sacré et par les conseils prodigués à leurs patientes sur leur rôle à tenir au sein du foyer, parallèlement à leurs vies professionnelles. Toutefois, cette tendance n'est pas exclusive des autres.

La seconde modalité de recours au sacré procède de la notion de « reconnexion des énergies », l'idée étant que la santé découle de l'harmonie des énergies internes au corps mais aussi de leur équilibre avec les énergies extérieures. L'environnement naturel est perçu à la fois comme bénéfique, contrairement au développement urbain et au travail moderne, et comme prolifique, la nature ne cessant jamais de se reproduire, sauf pollution et exploitation intensive. Sara, psychologue et thérapeute psycho-corporel, et Coline, professeur de yoga, incitent les femmes à « ancrer » leurs énergies dans la Terre, entendue comme la « Terre-Mère » et nourricière, la « Pacha Mama », à la fois réconfortante et source de compréhension et de guérison pour qui prend conscience qu'elle est la source de vie dont chacun représente une infime partie. Ces symboles de la fertilité sont mobilisés pour permettre une « écologie corporelle » [Andrieu, 2011], c'est-à-dire une sorte de conscientisation des sensations en soi et de leurs modifications par des éléments extérieurs naturels, pour un meilleur équilibre et un sentiment de bien-être, indispensables au traitement du problème. Ils font appel à un répertoire mythologique et cosmogonique mêlant paganisme et chamanisme, dont certains chercheurs ont pointé la résurgence [Ghasarian, 2006 ; Rountree, 2011 ; Amselle, 2014]. Cette conscientisation de soi comme partie prenante de l'environnement incite les femmes à recourir de façon privilégiée à une « alimentation plus naturelle », faisant davantage leurs courses en épiceries biologiques, et une « médication plus naturelle » utilisant tant que possibles des produits à base de plantes [Voir Chapitre 6].

Enfin la dernière modalité de recours au sacré s'inscrit résolument dans la spiritualité Post-Nouvel Age. Le problème ou la maladie est perçue comme un passage obligé du *karma*, une épreuve dont il faut se sortir en « héroïne de l'ordinaire ». Nous avons précisé que dans cette philosophie, le sacré n'est figuré par des entités extérieures à soi mais que chaque être vivant est sacré ou possède le devin en lui. Dans ce cadre conceptuel, Laura, « sorcière moderne », interprète les épreuves de vie de ses patientes à la lumière de figures mythiques féminines, en signifiant aux femmes qu'elles incarnent en ces moments de leurs vies ces figures elles-mêmes, qu'elles en traversent les mêmes obstacles et qu'elles s'en réchapperaient courageusement comme elles. A Jade, venue la consulter suite au départ de son compagnon pendant sa grossesse, elle expliqua qu'elle incarnait de façon métaphorique une amazone, de même que les autres femmes de sa famille dont la majorité avait effectivement élevé seules leur progéniture suite aux départs et aux décès de leurs maris. Cette figure héroïque et guerrière avait rassuré Jade, se sentant moins « anormale » vis-à-vis de la norme de procréation et armée d'un repère inspirant et d'un sentiment de force pour mener au mieux sa grossesse.

Selon les problématiques des femmes et « leurs chemins de vie », Laura sait intuitivement ou grâce à ses cartes et runes quelles figures mythiques incarnent ces patientes. L'interprétation de leurs épopées semble toujours assez féministe. La praticienne avait d'ailleurs autrefois été metteuse en scène et auteure de plusieurs pièces de théâtres tragi-comiques sur la condition féminine en outre-mer où elle avait longtemps résidé. Lors de ses consultations, cette lecture militante semblait influencer ses pratiques et son interprétation du « sacré féminin ». Eve par exemple, loin d'être considérée comme la première pécheresse, était vue comme ayant courageusement goûté au fruit de la connaissance et comme ayant engendré charnellement avec Adam le reste de l'humanité. Laura voyait ainsi cet engendrement moins comme un acte de reproduction, c'est-à-dire comme une répétition, que comme un acte de création valorisé et valorisant. Elle me parla aussi de Lilith, la première femme d'Adam fabriquée de la même boue que lui et donc son égale, qui se serait séparée du premier homme à cause de ses désirs sexuels incessants et de ses envies de domination physique pendant le coït. Eve aurait remplacé Lilith, façonnée à son souhait par Adam à partir d'une de ses cotes. Lors de notre première rencontre, Laura m'avait expliqué qu'elle révélait régulièrement aux femmes, quand elle en avait l'intuition, leur potentiel de « sorcière », comme elle l'avait fait pour Christine et pour moi-même [Lemonnier, 2016]. Pour Laura, la sorcière ne représente pas un être maléfique, mais une femme ayant choisi d'échapper à la domination masculine, menant une existence marginale du fait de ses choix. La figure de la sorcière est connue pour ses compétences magiques et connaissances en matière de guérison, mais aussi pour son dévoiement à tous les rôles féminins socialement attendus [Michelet, 1862(1966), Verdier, 1979 ; Planté, 2002].

Pour la praticienne, mais aussi pour d'autres rencontrés comme M. Valier, Sara, Coline, Olivier et Fiona, la quête de soin s'accompagne nécessairement pour eux d'une quête de sens et de soi et passe par une phase d'identification par les femmes de leurs « croyances inconscientes limitantes » concernant leur propre rôle de femme. En d'autres termes, les femmes étaient invitées, par le biais de leur connexion ou de leur identification à prendre conscience des habitudes de vie vécues comme contraignantes ou douloureuses, et inhérentes aux normes de genre inégalitaires pour ensuite initier un changement d'attitude adapté. Cette approche privilégie l'expérience individuelle à l'observation extérieure - une femme peut en effet considérer comme aliénant de rester au foyer alors qu'une autre peut y percevoir un privilège - et participe à faire de l'itinéraire thérapeutique des patientes un temps marquant de leur trajectoire biographique.

5.2.2. Logiques de recours aux soins non conventionnels

Dans les récits singuliers que m'ont relaté les femmes, il apparaît qu'une multiplicité d'affections les ont poussé à consulter des praticiens de soins non conventionnels. Ma

première intention, au moment de l'analyse de mes données, fut donc la recherche d'associations systématiques entre tels troubles de santé et tels recours aux soins. Cette démarche s'est révélée vaine, ces typologies n'existant généralement ni chez les femmes, ni chez les praticiens non conventionnels rencontrés, la plupart d'entre eux proposant une approche globale et systémique des maux.

Je me suis inspirée des travaux de Sarah Cant et Ursula Sharma qui ont identifié trois profils d'utilisateurs de CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) en Grande-Bretagne, qu'elles nomment *care seekers* (littéralement «chercheurs/investigateurs de soin») : l'«investigateur appliqué» (*earnest seeker*) essaie une variété de «médecines alternatives» pour guérir, ne faisant plus appel à ces médecines une fois son problème résolu. L'«utilisateur stable» (*stable user*) développe une relation régulière avec son/ses praticiens non conventionnels et le/les consulte parfois sans recours préalable auprès de son médecin généraliste. L'«utilisateur éclectique» (*eclectic user*) semble enfin «faire son marché» au cas par cas, en fonction de ce qui lui arrive. Ilario Rossi m'avait fait remarquer à cet égard, lors d'un comité de suivi de thèse, que le contexte actuel de circulation mondialisée des flux de personnes, de savoirs et de pratiques contribue à multiplier le nombre et la variabilité des référentiels thérapeutiques disponibles, impliquant que les individus fassent davantage de choix parmi ce qui s'offre à eux en matière de santé. Les deux derniers types d'utilisateurs possèdent un niveau élevé de connaissances et de contrôle de leur santé, se pensant tout à fait capables de distinguer ce qui nécessite l'intervention d'un médecin ou celle d'un praticien non conventionnel. Cela veut aussi dire que la biomédecine n'est pas décriée dans son essence, mais plutôt dans ses traitements et ses protocoles dont certains dénoncent des expériences négatives. Les sociologues proposent de comprendre l'usage des médecines alternatives comme un processus où les patients, riches de leurs expériences, sont ensuite capables de choisir le type de soins dont il a besoin parmi un large panel de soignants [Cant, Sharma, 1999 :34-35].

Rapportant cette approche à mon ethnographie, j'ai tenté de comprendre les motivations poussant les femmes à ce type de recours. Il est alors apparu qu'au moins trois logiques de recours aux soins non conventionnels étaient développées par les femmes au cours de leurs itinéraires thérapeutiques : faire face à la cause ou à l'issue incertaine de la maladie, transgresser les tabous et dire les maux de femmes, prévenir le mal par la quête de bien-être. Ces trois logiques semblent pouvoir être mises en relation avec le caractère incertain d'une part, et indicible d'autre part, de certains maux de femmes [Chapitre 2] ainsi qu'à des demandes de prise en charge particulières – moins médicalisées, plus «naturelles» ou «traditionnelles», différentes de celles proposées par la SSR dans le domaine conventionnel [Chapitre 4].

5.2.2.1. Face à l'incertain, le recours complémentaire et le dernier recours

Certains maux de femmes demeurent méconnus et sous diagnostiqués car peu considérés par les médecins ou par les campagnes sanitaires de sensibilisation. Nous avons déjà vu qu'il en est souvent ainsi concernant les maux de ventre et les endométrioses diagnostiqués tardivement. On peut également penser que la banalisation, dont les douleurs de règles font l'objet, tient à la méconnaissance médicale de ce phénomène, alors reconnu comme normal. Solène, la pépiniériste, a longtemps eu de fortes douleurs au dos qui s'accroissaient pendant ses règles au point de parfois se mettre en arrêt de travail. Ces douleurs ont été calmées par un ostéopathe et par un médecin homéopathe qui ont considéré comme important de les prendre en charge, chacun à leur manière. Pendant longtemps également, Béatrice nous a confié avoir souffert de douleurs dans le bas ventre pendant ses rapports sexuels, les rendant difficiles et empêchant une sexualité épanouie avec son mari. Sa gynécologue lui certifiait pourtant que ses examens et l'échographie ne révélaient « rien d'anormal ». En dernier recours, Béatrice consulta le gynécologue du Nord Médoc, celui-là même qui avait été accusé d'agressions sexuelles par des patientes et qui se défendait en expliquant qu'il pratiquait des techniques ostéopathiques gynécologiques qu'il avait apprises. Il lui signifia qu'elle avait l'utérus rétroversé et résolu le problème des douleurs en quelques séances.

Nous avons déjà abordé la question des causes médicalement connues et de celles plus incertaines qui entourent les situations d'infertilité féminine. Cette caractéristique incitait les femmes affectées, nous l'avons déjà dit, à recourir à des soins non conventionnels, soit en complémentarité des recours officiels – Mme Pagnoux magnétisait le bas-ventre d'une de ses patientes la veille des rendez-vous médicaux pour les inséminations artificielles par exemple – soit en dernier recours, quand les protocoles habituels avaient échoués.

Enfin, l'usage des soins non conventionnels en complément des prises en charge médicales ou en dernier recours a pu être observé dans les cas de cancers. Estelle par exemple avait commencé le yoga, effectué des massages de bien-être, utilisé des fleurs de Bach, changé de régime alimentaire en même temps que son traitement par chimiothérapie et radiothérapie pour ses deux cancers du sein - à noter qu'elle a également fait appel à une psychologue pour lutter plus efficacement contre la dépression. La question des usages des soins non conventionnels en complémentarité avec les traitements du cancer a été particulièrement travaillée par les sciences humaines ces dernières années [Cohen, Rossi (dir), 2011], souvent grâce aux demandes et aux financements des associations de malades et des institutions de lutte contre la maladie. Ces dernières ont mis en place des dispositifs d'accès à certains soins non conventionnels appelés dans ce cadre « soins de support » [Zaryah, 2013]. Dans le Médoc, ce dispositif démarrait à peine quand j'ai arrêté mon ethnographie. Si le cancer est une maladie aujourd'hui connue et médiatisée permettant de telles initiatives,

d'autres maladies chroniques ne bénéficient pas de la même attention. Christine par exemple était atteinte d'une maladie grave et dégénérante et avait sollicité de nombreux praticiens non conventionnels, tant pour soulager ses douleurs que pour trouver du sens à ce qui lui arrivait, sans qu'elle n'ait pu recevoir officiellement d'aide et de soutien en ce sens. De façon informelle, sa psychologue qui exerçait à l'hôpital, lui avait conseillé des fleurs de Bach et l'encourageait à bénéficier des soins qui lui convenaient le mieux.

5.2.2.2. Face aux tabous, des demandes parfois mieux exprimées

Les maux de femmes, en raison de leurs relations étroites avec la sexualité, étaient socialement considérés comme tabous, incitant les femmes à ne pas exprimer leurs demandes de soins [Chapitre 2], et les gynécologues à souvent évacuer ce sujet lors de leurs consultations [Guyard, 2002]. Il semble que pour certaines, c'est le sentiment de pouvoir braver ce tabou qui les a conduites à consulter des praticiens non conventionnels. Leurs consultations seraient ainsi un lieu où l'on peut parler de ce que l'on a l'habitude de cacher. La plupart des praticiens rencontrés ont admis « jouer un rôle de psychologue » auprès de leurs patients dans le sens où ils les « faisaient parler » et les écoutaient parler de leur problème. La marginalité des praticiens permet peut-être une plus grande liberté de parole concernant les sujets que les normes confinent habituellement au silence. Le recours à des spécialistes de la psychologie est encore parfois synonyme de troubles mentaux pour les femmes qui n'envisagent pas leurs problèmes comme tels ou qui recherchent des interprétations de leurs maux moins médicalisées. Les exemples suivants témoignent de ces demandes particulières.

Avant de tomber enceinte et de devenir maman, Aude, éducatrice spécialisée, s'était confiée à moi au cours d'une de mes visites chez elle, dans la petite maison qu'elle louait avec Luc, son compagnon, dans une commune du Nord du Médoc. Ce dernier était charpentier et consacrait son temps libre à retaper la maison qu'ils avaient achetée dans la ville voisine. Au moment de notre entrevue, les deux jeunes gens vivaient en couple depuis six années et projetaient depuis quelques mois de fonder une famille. Aude disait être très heureuse de sa vie avec Luc et de leurs projets bien qu'une certaine angoisse assombrissait le charmant tableau qu'ils composaient : depuis plus d'un an, elle n'éprouvait plus de désir sexuel pour Luc, sans que la situation devienne un objet de discorde ni un motif de rupture, mais sans non plus que cela fasse l'objet d'une discussion ouverte entre eux. Une sorte d'accord tacite entre eux s'était instauré au fil des mois mais leur absence de rapports sexuels était devenue problématique en regard de leur désir d'enfant. Si je n'ai pu en parler avec Luc, au tempérament plutôt discret et pudique, Aude m'a révélé qu'elle vivait très mal cette situation : elle avait peur que son compagnon pense à tort qu'elle ne l'aimait plus mais ne savait pas comment résoudre ce « blocage » ainsi qu'elle l'appelait. Elle avait voulu en parler à sa gynécologue un jour

mais n'avait pas su comment formuler sa question et avait quitté la consultation sans avoir pu aborder son problème.

Sur les conseils de sa sœur, qui était l'une des rares personnes à qui elle avait parlé de son trouble en comptant quelques amies proches, Aude s'était alors tournée vers une voyante qui consultait sur Bordeaux et dans la commune où elle habitait. Sa sœur avait contacté cette femme aux compétences particulières « grâce au bouche à oreille » et avait sollicité un rendez-vous pour elle. Aude se souvint des prédictions faites à sa sœur qui s'étaient « réalisées » : « elle a prédit la naissance de ma nièce et l'achat de leur maison » précisa-t-elle. La jeune femme l'avait alors elle aussi consultée une première fois :

« Elle m'a dit des trucs sur mon frère, qu'il allait avoir des problèmes mais qu'en octobre 2007, tout allait s'arrêter et revenir à la normale. En fait, mon frère a vraiment eu de gros problèmes de santé. Il a failli être amputé. Fin novembre 2007, les analyses ont dit que finalement, il pouvait éviter l'opération. Il va mieux. (...) J'étais célibataire à ce moment-là. Elle a aussi prédit ma rencontre avec Luc. Ce qui est fort avec elle, c'est les dates. »
[Aude, 28 ans, travailleuse sociale, en couple, 1 enfant]

Les expériences positives que Aude et sa sœur avaient connues plusieurs années auparavant avec cette voyante avaient convaincues la jeune femme de la solliciter de nouveau pour son problème. Sans lui préciser qu'elle ne faisait plus l'amour avec son compagnon, elle s'était contentée de lui demander si elle allait « avoir des enfants avec Luc » :

« Elle m'avait dit de ramener des photos de nous. J'avais pris des photos où on était tous les deux. Elle a pris les photos entre ses mains. Elle a aussi tiré les cartes. C'est un jeu de tarot. Ce qui est fou c'est qu'elle a prédit le problème de voiture qu'on a bien eu, et le problème au genou de Luc. Elle a aussi dit que nous aurons bientôt des enfants, deux exactement. D'abord une petite fille et après un petit garçon ! » [[Aude, 28 ans, travailleuse sociale, en couple, 1 enfant]

Aude semblait se rassurer tout en me racontant les prédictions de la voyante, dont je m'enquis de l'identité et des méthodes :

« En fait, elle a des flashes ! Avec les photos, mais des fois aussi sans, elle peut voir la personne dans le futur, dans des situations banales. Elle m'a vu dans une maison avec deux enfants. Elle a assuré qu'il s'agissait de notre famille à Luc et moi... »

C'est une ancienne psychologue qui s'est rendue compte, à force de voir des gens, qu'elle savait des choses sur eux avant qu'ils ne parlent, ou avant que ça ne se produise ! Elle a un regard très troublant. (...) Elle vit à Bordeaux avec

son compagnon et son chien, elle fait ses rendez-vous chez elle, dans une des chambres. Ils ont une maison de vacances par ici, alors elle fait aussi des séances ici. C'est pour ça, j'ai profité qu'elle soit là ! » [[Aude, 28 ans, travailleuse sociale, en couple, 1 enfant]

Aude est tombée enceinte d'un petit garçon un mois après notre entrevue. En tant que psychologue et voyante, j'imagine que cette praticienne qui avait refusé que nous nous rencontrions, maîtrisait et combinait les deux techniques de soins par la parole identifiées par Tobie Nathan et Isabelle Stengers [1995 (2012)] : ces ethno-psychiatres montrent en effet que si le psychanalyste cherche à faire parler son patient dans son processus thérapeutique, le « sorcier » lui, prend la parole, conjure, ordonne et interprète.

Lors de mon premier entretien, Mme Pagnoux me conta quelques anecdotes relatives à ses activités : l'une d'entre elles concerne une femme persuadée que son mari la trompait avec une autre. Cette situation la faisait beaucoup souffrir. Elle était venue voir plusieurs fois Mme Pagnoux. Cette dernière « la travaillait à la tête pour calmer ses nerfs », puis parlait avec elle, en lui conseillant de faire un bilan sur sa vie conjugale, de faire la lumière sur cette histoire de cocufiage parce que elle « sentait qu'il y avait quelqu'un d'autre », et de voir si elle ne vivrait pas mieux sans son mari. Quand la femme se sépara de son époux, celui-ci est venu rendre visite à la guérisseuse... avec la maîtresse devenue compagne ! L'intervention de Mme Pagnoux, lui dit-il, a facilité les aveux puisque sa femme « savait » avant même qu'il ne lui ait dit...

Les situations mettant en jeu la sexualité et la conjugalité est d'ordinaire difficile à aborder et le recours aux soins non conventionnels permettent de les exprimer dans un cadre confidentiel à une tierce personne dont on attend qu'elle agisse sur la situation. Le cas de l'hermaphrodisme d'une des femmes rencontrées témoigne assez bien de l'indicibilité de certains maux et du type de soutien que peut apporter un recours à ces soins. Cette dame avait longtemps souffert de ce qu'elle a d'abord conçu comme une sorte d'anomalie. Si elle était suivie par une psychologue avec qui elle avait partagé ce lourd secret, elle avait également fait appel à l'une des praticiennes rencontrées qui lui avait signifié « sa nature angélique », image enchantée que la patiente avait accueilli avec beaucoup d'enthousiasme : elle devait ainsi être « une sorte d'ange » m'expliqua-t-elle, « puisque seuls les anges n'ont pas de sexe ou sont les deux à la fois ». A l'inverse de la monstruosité qu'elle s'attribuait, la thérapeute lui avait affirmé que la particularité de son corps était un signe divin qui faisait d'elle quelqu'un de spécial et de grande valeur, image que la dame gardait toujours en tête pour chasser la souffrance.

Nous avons déjà traité de la détresse des femmes en post-IVG, peu considérée par les services de SSR qui demeurent plus ciblés sur l'accès à cette prise en charge, et encore largement tabou dans notre société. [Chapitre 4]. Parmi mes interlocutrices ayant pratiqué une IVG, certaines se sont pourtant senties très déprimées, parfois longtemps

après, et ont eu recours à des soins non conventionnels pour tenter de soigner leur peine. C'est ainsi le cas de Solène et Ilham. La première fois que Solène a consulté un praticien non conventionnel, ce fut suite à un premier avortement traumatique : elle s'était présentée aux urgences avec de fortes douleurs au ventre et il s'était avéré qu'elle était enceinte, avait fait une fausse couche quelques temps plus tôt et n'avait pas évacué le fœtus, d'où la mise en place d'un protocole d'IMG [Chapitre 4]. Plusieurs mois plus tard, elle rapporte s'être trouvée dans un « état dépressif » et avoir consulté un généraliste. Ce dernier lui aurait prescrit trois médicaments qui l'ont mise « carpette » sans prendre le temps de l'écouter, ni même d'inscrire son « nom sur l'ordonnance » d'antidépresseurs. C'est alors que son esthéticienne lui parla d'une réflexologue qu'elle décida de consulter :

« 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 que 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, 1 enfant, pépiniériste]

Le cas d'Ilham révèle lui aussi la difficulté de trouver le bon soignant pour aborder des sujets tabous, générateurs d'angoisses et de détresse :

« CL –Est-ce que tu as testé des pratiques plus alternatives, parallèles ?

Ilham– Magnétiseur oui... (...) 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 où j'étais en plein divorce et en plein drame familial relativement lourd 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 entourée de'un sophrologue, on m'a donné une adresse à Mérignac. Je souhaiterais aussi avoir le temps d'aller remercier cette psychologue clinicienne pour le bien qu'elle m'a fait. » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Les maux de femmes caractérisés par le tabou ont par ailleurs été observés comme des motifs relativement fréquents de recours aux soins non conventionnels.

5.2.2.3. La quête de bien-être comme recours préventif

Nous avons déjà précisé que dans la plupart des conceptions de la santé et de la maladie propres aux soins non conventionnels observés, la quête de bien-être, par des procédés

divers souvent d'ordre psycho-mystique, fait figure de thérapeutique. Cette quête peut aussi apparaître comme préventive, c'est-à-dire comme une façon de se prémunir ponctuellement d'un risque ou de se maintenir en santé, inscrivant alors les recours aux soins non conventionnels dans un mode de vie au quotidien.

Dans le domaine des maux de femmes, il est apparu que les « petits maux de la grossesse », ainsi qu'ont tendance à les appeler les médecins obstétriciens, la préparation à l'accouchement est un motif fréquent de recours aux soins non conventionnels. Les femmes viennent se faire magnétiser leurs douleurs de dos, assistent à des cours de yoga prénatal ou encore réalisent des séances de respirations spécialisées en sophrologie. Ce phénomène est suffisamment fréquent pour que les praticiens rencontrés me fassent remarquer qu'elles viennent souvent consulter pour la première fois à l'occasion de leur grossesse et qu'une majorité d'entre elles ne reviennent plus une fois la naissance passée. Certaines femmes semblent ainsi mobiliser ponctuellement un ensemble de soins pour que le temps particulier de la grossesse et de l'accouchement se déroulent au mieux. Elles recourent à ces pratiques surtout pour des douleurs et pour des angoisses liées à l'accouchement ou au couple :

« Oui, il y a la peur de l'accouchement, donc, pour cela, elles veulent être rassurées. Mais en général, c'est simplement des maux qu'elles ont le plus souvent, la digestion aussi, elles ont mal à l'estomac. Donc elles viennent se faire magnétiser des fois pour être tranquilles, apprendre à se relaxer, alors je leur dis d'aller à la piscine, rien de tel quand on est enceinte: faire des mouvements doux, allez-vous promener, allez à la plage, il n'y a rien de tel pour faire muscler un peu vos jambes, les pieds, les os et les articulations qui sont engourdis. Prendre l'air déjà, voir du monde et sortir aide à porter une grossesse merveilleuse. Il y a beaucoup de femmes qui sont enceintes et qui se sentent délaissées par leur mari, (...) alors je les rassure, je leur dis que ce n'est rien qu'un passage. (...) Il faut qu'elles comprennent aussi que lui est dans une position également très difficile. Car si l'homme ne connaît pas la grossesse, il la porte quand même d'une certaine manière, que ce soit psychologiquement ou moralement, lui en souffre aussi. Je les aide à passer ce cap. » [Sofia, 50 ans, médium]

Aude avait consulté une sophrologie spécialisée dans la grossesse et l'accouchement avec qui elle avait appris des exercices de respirations et de visualisations pour « être active pendant l'accouchement ». Même si son accouchement a été long, elle l'a « assez bien vécu » et se souvient que « les sages-femmes ont apprécié que je sois assez autonome et à l'écoute de ce qui se passait » [Aude, 28 ans, travailleuse sociale, en couple, 1 enfant]. Coline, professeur de yoga, a remarqué dans ces cours la tendance de certaines à essayer cette pratique au moment de leur grossesse. Sa présence est si rassurante et ses conseils sur la respiration, les postures, la relaxation ou les visualisations si précieux que plusieurs femmes lui ont demandé de rester à leurs côtés

pendant leurs accouchements réalisés à domicile. Alice par exemple, la masseuse bien-être, a ainsi accouché chez son compagnon car elle habite dans une jolie cabane dans les bois mais sans eau courante. Elle a été prise en charge par la seule sage-femme qui acceptait de pratiquer ce type d'accouchement hors hôpital, et a sollicité la compagnie de Coline. Celle-ci lui chantait des mantras, l'aidait à contrôler ses respirations et guidait des méditations visant la détente et le recentrement. En ce sens, Coline m'est apparue comme cette « femme-qui-aidait » autrefois « à faire les bébés et les morts » au village de Minot [Verdier, 1979], sauf que Coline employait des techniques de soins différentes, venues d'ici et d'ailleurs, d'hier et aujourd'hui, choisies parmi un large répertoire selon la connaissance qu'elle en avait et l'efficacité qu'elle leur prêtait.

D'autres femmes inscrivent leurs recours aux soins non conventionnels dans une logique de prévention en santé, et consultent leur acupuncteur par exemple de façon régulière. Cette démarche de quête de bien-être s'apparente à une posture « sentinelle » [Dozon, 2001] dans la mesure où les recours aux soins s'effectuent en l'absence de maladie, selon une vision globale et réflexive de leur propre santé et avec un regard de plus en plus expert. Ces femmes ont tendance à être attentive à la qualité de leur alimentation, de leur lieu de vie et de travail, comme Séverine et sa mère, agricultrices certifiées « biologiques ». Sophie, commerçante saisonnière, consulte chaque année un certain Saksak, guérisseur balinais qu'elle allait voir en Indonésie lorsqu'elle allait acheter la marchandise pour son magasin pendant l'hiver. En passant la main au-dessus de son corps, le guérisseur a un jour repéré chez elle une anomalie dans le bas-ventre. En rentrant de voyage, Sophie, inquiète, a pris rendez-vous chez son gynécologue. Le médecin lui a diagnostiqué un Papillomavirus qu'elle a rapidement soigné grâce à sa prescription. Ana Rosa, employée saisonnière, consulte son étiope et ostéopathe, à chaque fois qu'elle retournait au Portugal :

« Il travaille sur les centres énergétiques, c'est un peu comme les chakras. Il prend ton pouls, travaille sur les chakras avec des filtres de couleurs. Il pose des questions quand il sent des blocages » [Ana Rosa, 29 ans, célibataire, sans enfant, employée saisonnière]

Suite à son diagnostic, il ré-harmonisait les déséquilibres perçus en la manipulant, prévenait Ana Rosa de certaines fragilités corporelles et lui donnait quelques conseils de bon sens commun (alimentation, sommeil...).

La quête de bien-être passe également par des thérapies uniquement portées sur la dimension psychologique des maux. Dans le domaine des soins non conventionnels, ces formes de psychothérapies sont généralement assez brèves (quelques séances), en comparaison avec la psychanalyse. Pour autant, les patientes sont davantage amenées à multiplier les expériences et les thérapeutes, pour toujours « en apprendre un peu plus », « essayer d'autres techniques », « trouver une meilleure solution à [son] problème ». Lisa par exemple, disait être en dépression depuis longtemps. Elle avait été suivie

plusieurs mois chez un psychanalyste, puis chez une psychologue depuis plusieurs années. Elle avait également consulté un grand nombre de praticiens non conventionnels, en hypnose, PNL, EMDR, Reiki, énergétique chinoise:

« Moi je suis très.... Conversationnelle. Les thérapies brèves ça permet de répondre à la question : Comment te sortir de ton problème qui te fait souffrir ? Et la psychanalyse, c'est plutôt : pourquoi je souffre ? C'est différent. Moi j'aime bien dire que quand tu te noies dans une piscine, tu cherches d'abord comment sortir, sans te poser la question de pourquoi tu te noies ? Tu ne peux te poser cette question qu'une fois que tu es revenu au bord ! » [Lisa, 33 ans environ, célibataire, 1 enfant, sans emploi, en formation d'hypnothérapie]

Passionnée de psychologie, elle dit « adorer travailler sur [elle] », la quête de bien-être et la quête de soi étant devenues un mode de vie, voire un but en lui-même. Les approches psychologiques classiques et celles plus alternatives semblent se compléter de par leurs temporalités différentes et leurs objectifs différents, oscillant entre compréhension et adaptation au quotidien. Même en l'absence de problème de santé, le recours à ces soins peuvent être encouragés pour passer au mieux les petits tracés de la vie et pour une meilleure connaissance de soi, condition *sine qua non* à l'épanouissement et la réalisation individuelle.

5.2.2.4. « Y croire » ou pas

Pour Anthony Giddens [1990], l'époque contemporaine, qu'il nomme « modernité tardive » est, entre autres choses, caractérisée par le risque et par l'attention portée à l'individu. Cette réflexion incite Sarah Cant et Ursula Sharma [1999] à penser la fonctionnalité des soins non conventionnels : ils seraient des outils permettant la réflexivité nécessaire à la réalisation de soi tant valorisée dans nos sociétés. Dans ce contexte, les individus seront toujours dépendants d'experts capables de leur transmettre certains savoirs, et les praticiens non conventionnels paraissent particulièrement adaptés pour cette fonction. Pour autant, bien que les soins non conventionnels encouragent l'autonomie, elles demandent d'abord aux usagers d'avoir foi en eux et leurs praticiens. Ce dernier point a toute son importance car si la biomédecine s'érige en vérité absolue malgré ses potentiels effets iatrogènes, les recours aux soins non conventionnels sont souvent considérés comme des actes de croyances, par leurs adeptes comme par leurs détracteurs. Caricaturalement, les premiers défendent que la science ne peut pas (encore) tout expliquer - « la science n'a-t-elle pas affirmé un jour que la Terre était plate ? » plaisanta un jour David -, tandis que les seconds crient à la supercherie et à l'imposture. Des positions intermédiaires peuvent également être observées selon les trajectoires biographiques des personnes et leurs itinéraires thérapeutiques : il arrive fréquemment que des individus recourent à des soins non conventionnels « sans y

croire » mais pour « essayer », en dernier recours ou pour accéder à la demande de leur entourage, ce qu'Olivier Schmitz a également constaté dans la patientèle des « guérisseurs par conjuration » observés en Wallonie [Schmitz, 2006a].

Marjorie et ses filles, rencontrées à la distribution de colis alimentaires, « ne croyaient pas à ces trucs-là ! » et n'y recouraient jamais, privilégiant le médecin généraliste de la famille, consulté pour de nombreux motifs, y compris en gynécologie. Pour Marjorie, la croyance en l'efficacité des thérapies non biomédicales était signe d'une certaine crédulité et d'un refus du modernisme. J'appris une autre fois que sa propre mère s'était trouvée atteinte d'un cancer du sein :

« Ma sœur l'avait amenée chez une guérisseuse, ça n'avait rien fait du tout ! Elle est décédée quand même avant ses 60 ans ! Alors ces gens, là, je ne préfère pas vous dire ce que j'en pense ! » [Marjorie, 42 ans, mariée, 5 enfants, sans emploi fixe, bénéficiaire d'une aide alimentaire]

Malika ne recourait pas non plus aux soins non conventionnels, non pas parce qu'elle n'y croyait pas, mais parce qu'elle situait ces pratiques dans le domaine de la sorcellerie. Or elle avait très peur des forces sorcellaires et de leurs mauvais tours, surtout lorsqu'elle retournait en vacances au Maroc. Elle entretenait des rapports difficiles avec sa famille restée dans ce pays et craignait que cette dernière ne lui jette des sorts:

« Malika : Ils vivent pas comme nous. Nous on vit pas comme eux. Et pour eux, on n'est pas comme eux. Alors... c'est pas évident.(...) Quand je vais là-bas, je fais attention à bien ramasser mes cheveux tombés et mes ongles coupés dans la salle de bain, pour ne pas qu'une femme s'amuse à passer derrière moi et amène ça chez un sorcier ! J'ai assez de problèmes comme ça !

CL : Qu'est-ce que tu risques ?

Malika : Je ne sais pas de quoi elles sont capables [ses tantes et cousines] ! Tout ce que je sais c'est que ma cousine, celle que tu connais, elle s'est faite ensorceler là-bas ! C'est comme ça qu'elle a épousé son mari contre sa volonté, mais sans rien dire non plus ! Elle a tout accepté comme ça... ! Heureusement, elle a réussi à se séparer et là, elle est avec son petit ici. » [Malika, 23 ans, mariée, sans enfant, handicapée par une maladie grave]

Le discours de Malika concernant la sorcellerie fait écho à celui d'Asma. Musulmane pratiquante de 45 ans environ et mère de cinq enfants, elle m'avait expliqué l'importance de se méfier des sorciers car « ils travaillaient parfois avec des djinns », entités tentatrices et maléfiques. Ce type de conseils a également pu m'être donné par d'autres personnes rencontrées sur le terrain, soucieuses de savoir si j'effectuais bien

des prières et des rituels de protection avant d'aller rencontrer les praticiens, lesquels pouvaient se révéler être de mauvais sorciers. A deux reprises, certains praticiens ont exprimé le besoin de me « désenvoûter » avant de commencer nos entretiens, ce que j'ai toujours accepté.

Enfin, la croyance en l'efficacité et l'innocuité des soins n'est pas le seul facteur, bien que majeur, expliquant le non recours. Comme je l'ai déjà précisé, la faible visibilité de l'offre non conventionnelle de soins et la circulation de l'information par le biais de la rumeur participent aussi à la décision de non-recours. De plus, ces soins demeurent relativement chers (entre 20 euros et 125 euros de l'heure) et non remboursés par la sécurité sociale, ce qui en freinent grandement le recours. Pour les usagers qui acceptent de payer ces sommes, quelque fut leurs revenus, ce coût apparaît comme celui de l'incalculable prix du miracle attendu face à l'incertain, celui de l'unique opportunité face au tabou ou celui du nécessaire souci de soi et de la quête de bien-être.

Conclusion du chapitre 5

Ce cinquième chapitre est construit autour de deux aspects du pluralisme thérapeutique en Médoc. Le premier concerne l'offre de soins non conventionnels sur la presqu'île, décrite à partir de son accessibilité, de la pluralité des profils des praticiens, de la diversité des savoirs et techniques de soins qu'ils mobilisent et de la spécificité de leurs interprétations étiologico-thérapeutiques des maux. Le second traite des interprétations particulières des maux considérées comme spécifiquement féminins, ainsi que de trois logiques de recours développées par les femmes au cours de leurs itinéraires thérapeutiques (recours face à l'incertain, face à l'indicible et en faveur d'un bien-être).

Pour conclure ce chapitre, je propose d'observer la porosité et la symétrie dans la relation entre soignants et soignées à partir des résultats développés dans ce chapitre. Nous avons pu en effet constater que l'activité thérapeutique des praticiens avait souvent débuté suite à des événements marquants de leurs trajectoires biographiques (initiations) et de leurs itinéraires thérapeutiques (traumatismes, souffrances, maladies graves). Faisant tous allusion à l'intervention du sacré ou de l'invisible dans leurs parcours de vie ou dans leurs quêtes de guérison, ces récits font figure d'épopées au cours desquelles ces personnes se sont transformées en héros et héroïnes de l'ordinaire, avant de devenir des praticiens. Ils partagent une conception endogène de la cause des problèmes de santé, vus comme les conséquences de déséquilibres énergétiques souvent liées à des émotions, affects et à des perturbations de leur équilibre intérieur à cause de nuisances environnementales (stress au travail, pollution). Ils mettent en œuvre lors des consultations différentes techniques de soins pour ré-harmoniser ces énergies et pour accompagner leurs patients dans une quête de sens et de bien-être, considérée comme indispensable à la guérison et à la prévention des maladies. Certaines des femmes rencontrées qui recourent à ces soins acceptent elles aussi d'engager ces quêtes de sens et de bien-être, de façon ponctuelle et pragmatique selon leurs besoins, ou de façon plus régulière, inscrivant cette démarche comme une façon d'être au monde et au sein d'un mode de vie empreint de valeurs écologiques et de spiritualisme, voire de « santé-isme » pour reprendre l'expression de [Crawford, 1980]. La symétrie dans la relation de soin a déjà été observée en Grande Bretagne par Sarah Cant et Ursula Sharma qui y voient la possibilité pour le patient d'occuper une position enviable d'expert de sa santé [1999 :40], notamment du fait de la prise en compte de son vécu du problème par le soignant pour établir un diagnostic et définir la thérapeutique adaptée, dont le patient est acteur et responsable. Ainsi certaines des patientes rencontrées ont elles aussi le sentiment d'être devenues des héroïnes de l'ordinaire, ayant désormais une prise sur leur vie et leur santé.

Les savoirs et techniques de soins mobilisés par les praticiens pour prendre en charge leur patientèle ont été décrits selon la typologie proposée par Raymond Massé [1995]. Les « savoirs professionnels » puisent leurs sources dans les principes d'anatomie et de physiologie biomédicales dont certains sont diplômés ainsi que dans les formations

privées, plus ou moins longues et « sérieuses », proposant l'apprentissage des traditions médicales savantes orientales ou de techniques de soins psycho-mystiques comme la sophrologie, l'olfactothérapie ou le « soin chamanique » par exemple. Ils constituent généralement la partie concrète des consultations des soignants (anamnèses protocolisées, manipulations corporelles spécifiques, techniques d'hypnose, exercices de respiration, de visualisation ou de méditation...). Les praticiens favorisent également la reconnaissance de « savoirs non professionnels ». Ils donnent des conseils issus du bon sens populaire (bonne alimentation, hygiène de vie quotidienne, temps de sommeil) et des savoirs traditionnels (usages des plantes et tisanes médicinales) qui sont également connus et partagés par les patientes, ce qui renforce le sentiment de proximité dans la relation soignant/soignée. Les thérapeutes maîtrisent également les comportements et attitudes instaurant un climat d'empathie qui favorise les échanges. Les praticiens valorisent les « savoirs idiosyncratiques » tirés de leurs propres expériences de soins antérieures et incitent, comme je l'ai précisé, à ce que les patientes adoptent cette démarche et redéfinissent leurs quêtes de guérison en épopées dont elles sont les protagonistes. La parole tient une place importante dans les consultations, dont la durée avoisine souvent les 60 minutes. Soit elle est donnée à la patiente et favorisée par des techniques de « faire parler », soit elle est le privilège du soignant qui énonce quasi religieusement le diagnostic et les conseils à suivre. Le corps devient un lieu de re-définition de soi et un dernier espace de contrôle [Cant, Sharma, 1999 : 44]. Lors de la consultation, le praticien questionne son patient sur son état de santé moral, physique, sa famille, son mode de vie, ses relations sociales, sa spiritualité, au point que cela puisse parfois paraître incongru (en médecine chinoise par exemple, le thérapeute demande la couleur, la quantité et la texture du sang menstruel).

Les soins non conventionnels offrent un large répertoire d'interprétations des maux, qui s'ancre le plus souvent à un contexte élargi (héritages familiaux, d'expériences passées ou de vies antérieures, cycles de la nature, croyances traditionnelles) [Cant, Sharma, 1999 :43]. Ces ré-interprétations développées au sein de consultations personnalisées, permettent au patient de créer de l'ordre dans le chaos créé par la maladie en pluralisant les conceptions du corps, de la maladie, du soi et du social. La symétrie de relation instaurée, les techniques de « faire parler » et la reconnaissance des savoirs idiosyncratiques des patientes elles-mêmes par les soignants semblent dessiner un terrain particulièrement propice à l'expression des demandes de soins pour des maux de femmes considérés comme tabous et indicibles.

Une place importante est accordée au sacré et à la spiritualité dans les étiologies et les thérapeutiques. L'invisible, le magique, le mystique semblent aussi motiver la quête de guérison, notamment quand l'issue du trouble ou de la maladie paraît incertaine : dans le cas des maux de femmes, la sollicitation de forces supérieures pour tenter d'agir sur l'incertain constitue une logique forte de recours aux soins non conventionnels, en complémentarité de suivi biomédicaux ou en derniers recours.

Le sacré intervient en effet de deux manières dans les thérapeutiques non conventionnelles. Il est mobilisé par le biais de la prière conjuratoire, marmonnée par les soignants détenteurs de don et de secrets de guérisons. La Vierge Marie, symbole de la procréation et de la maternité, est la plus souvent invoquée par ces guérisseurs dans le cas de maux de femmes. D'autres thérapeutes, convaincus que le sacré n'est pas à chercher dans des entités extérieures à soi, pensent que le divin est logé dans chaque être vivant. Lorsqu'ils accompagnent leurs patientes dans leurs quêtes de sens, ils font parfois référence à des personnages mythologiques féminins, alors perçus comme incarnés dans le corps et l'esprit des patientes à des moments donnés de leur vie. Cette identification aux mythes constitue pour elles des éléments de compréhension de ce qui leur arrive, des repères pour l'action et pour le dépassement de soi. Ils sont d'autres références explicatives ou inspirantes pour la réécriture biographique. Ces procédés font appel à des figures mythiques comme les amazones, Eve ou Lilith selon des interprétations féministes qui remettent en question la domination masculine. Pour autant, les praticiens les plus expérimentés semblent adapter ces interprétations à leurs patientes pour favoriser chez elle la réalisation consciente de soi et leur émancipation individuelle (contrairement aux mouvements féministes, plus collectifs) : le bien-être peut ainsi aussi bien exister chez des mères au foyer, vues à la fois comme des vestales et des louves nourricières, que chez des professionnelles actives dans des métiers d'hommes, telles des avatars de la déesse Athéna.

La question de la croyance et de l'efficacité biologique comme symbolique [Lévi-Strauss, 1949a] reste centrale dans le domaine des soins non conventionnels et le scepticisme demeure l'une des principales raisons du non recours à ces soins non soumis au même régime de preuve que *l'evidence-based-medicine*. Dès la fin du XVIIIe siècle, la biomédecine s'est imposée, nationalement et localement, comme unique art de guérir légitime, limitant alors le pouvoir des autres acteurs du soin comme les guérisseurs et les curés [Traimond, 1988]. La relative invisibilité de cette offre de soin et son coût assez élevé et non pris en charge par la sécurité sociale constituent également des freins au recours. Pour autant, tous les usagers de soins non conventionnels recourent sans toujours « y croire », testant juste une prise en charge au mieux efficace, au pire assez inoffensive. D'autres, outre le fait de se soigner, y voient une opportunité de transgresser l'ordre médical et social. La question, trop peu explorée ici, des professionnels de santé qui sont aussi des praticiens non conventionnels, pointe le brouillage de plus en plus prégnant des frontières entre science médicale rationnelle et savoirs de santé non conventionnels qui dans les faits, coexistent officieusement.

Chapitre 6. « Les trucs de bonnes femmes » : des savoirs et des profils contrastés

Ce dernier chapitre s'intéresse au domaine des soins domestiques rapportés par les femmes rencontrées en Médoc ou observés sur le terrain. Ils regroupent l'ensemble des soins réalisés dans l'espace privé du foyer, sans l'entremise d'un thérapeute ni la rétribution financière du membre de la famille qui les réalise [Saillant, 1999 : 16]. Nous allons comprendre comment les soins domestiques présentent un intérêt ethnologique clair dans cette thèse, passant à la fois : par leur place importante dans les itinéraires thérapeutiques, du constat que les soignants de l'espace privé sont presque toujours des femmes, et enfin par le fait que celles-ci partageaient à différents degrés, le sentiment d'indignité et d'invisibilisation sociale de leurs propres maux. Poursuivant donc mon travail d'enquête sur ce caractère indigne et invisible de ces derniers, j'ai d'abord cherché à connaître ces « trucs de bonnes femmes », ces remèdes quelque peu secrets, tenté de comprendre leurs usages pour en saisir les lieux de transmission et appréhender les représentations qu'ils véhiculent.

L'ethnographie montre des usages dépendant, d'une part, du profil des femmes qui ont recours à ces pratiques de guérison et, d'autre part, de leurs connaissances contrastées en la matière. En s'appuyant sur le cas de l'utilisation des plantes médicinales, nous verrons d'abord que ces savoirs considérés comme traditionnels font rarement l'objet d'une transmission orale dont ils bénéficiaient autrefois et que la médicalisation des savoirs domestiques de santé a transformé les conduites de soins. Il s'agira ensuite de se pencher sur une minorité de femmes qui revalorisant ces savoirs populaires : pour les unes, la réappropriation des arts de guérir s'inscrivent dans un mode de vie alternatif et écologique et dans une volonté d'autonomie en santé, pour les autres, ils constituent des recours supplémentaires au sein du pluralisme thérapeutique pouvant potentiellement alimenter leur quête de soins de façon efficace. Dans les deux cas, nous verrons que l'évolution du panel de soins domestiques tend vers la revalorisation de la spiritualité et la psychologisation des maux et de leurs traitements. Dans le cadre des itinéraires thérapeutiques propres aux maux féminins, cette caractéristique semble inciter mes interlocutrices à un regard réflexif sur leur propre vie respective et à (re)définir leur identité en tant que femme.

6.1. De la coutume à l'oubli ?

Pour beaucoup, les savoirs populaires de santé appartiennent à un passé que la modernité médicale a révolu dans les sociétés occidentales. Nous allons voir que ces « trucs de bonnes femmes » répondent en France à certaines représentations du corps, de la santé et des maladies, étudiées par l'ethnomédecine comme des savoirs ruraux en

perdition au moment de la modernisation des campagnes, puis délaissées au profit de l'étude des savoirs biomédicaux profanes. Il faut préciser que cette expression possède une connotation assez péjorative, renvoyant au non-sérieux attribué à ce type de savoirs. Ainsi, le peu de travaux récents sur ce thème signifiait-il une disparition de ces connaissances et de ces pratiques sur les terrains ruraux français, ou plutôt un désintérêt scientifique pour ce sujet ? Ces soins coutumiers sont-ils tombés dans l'oubli des acteurs comme des chercheurs ou ont-ils font l'objet d'adaptations, participant à un pluralisme thérapeutique mouvant ?

6.1.1. Savoirs traditionnels et pratiques populaires pour les soins aux maux de femmes

6.1.1.1. Cosmogonie traditionnelle de la santé et des maux de femmes

Les soins réalisés par les individus eux-mêmes dans le cadre ordinaire et quotidien du foyer constituent un objet d'étude en tant que tel pour l'ethnomédecine depuis le début des années 1980: en effet, même si depuis Rivers [1915 (2001)] l'anthropologie s'intéresse aux différents arts de guérir (médicaux, magiques et religieux), interrogeant les médecines populaires et savantes sur des terrains lointains [Leslie, 1979] et plus proches [Bouteiller, 1966], l'éclairage est le plus souvent porté sur les praticiens (médecins, guérisseurs, shamans...), leurs savoirs ainsi que leurs pratiques et, plus rarement, sur les individus eux-mêmes.

Dans la France d'après-guerre, les tenants de l'ethnomédecine participent à une ethnologie de la France réalisée dans les campagnes dont on craignait alors la disparition et où les ethnologues s'employaient à collecter les survivances. Classiquement, l'ethnomédecine s'est penchée sur les soins traditionnels et remèdes populaires (les plantes notamment), les rites et prières de guérison - les guérisseurs et toutes les autres personnes soignantes n'appartenant pas à la sphère biomédicale. Ce courant a privilégié la description des pratiques de soins diverses observées selon une démarche systématique parfois peu problématisée, rappelant ainsi le travail des naturalistes dont on enviait alors une certaine forme de scientificité :

« Cette approche se penchait sur de grands systèmes médicaux (p.ex., les médecines indiennes ou chinoises), identifiant les corpus de connaissance, les logiques culturelles, les pratiques médicales et leurs effets. Hors des grandes traditions médicales écrites, elle abordait les pratiques culturelles locales liées au traitement de la maladie, à partir de nombreux matériaux ethnographiques produits par des générations de chercheurs et la description monographique de groupes circonscrits (tribus, ethnies...). Les ressources thérapeutiques locales étaient minutieusement notées, en particulier l'usage des substances naturelles. La notion de " médecine traditionnelle " était appliquée sans

distinction à tout ce qui n'était pas biomédical en termes occidentaux. L'ethnologie gérait "la tradition". Le caractère un peu réducteur de ces dichotomies s'est estompé par la suite, dès lors que la diversité des conduites des malades a obligé d'admettre que les recours à un système médical ne sont pas exclusifs, qu'on observe des syncrétismes, et que les malades ne mettent pas en scène des conduites pré-déterminées par un bagage cognitif univoque et homogène. (...) L'approche de l'ethnomédecine se caractérise par des présupposés culturalistes propres à l'ethnographie des années 60. Ce sont les pratiques culturelles qui constituent les matériaux de base : rites thérapeutiques, usages du corps, pharmacopée. (...) Son goût pour les substances naturelles (plantes médicinales) souligne son caractère naturaliste affirmé. (...) L'inscription académique de cette approche est vivace, quand bien même sa portée théorique est limitée.» [Hours, 2015]

L'anthropologie de la maladie, animée par la recherche du sens social des maux, puis l'anthropologie de la santé, proposant une analyse critique des relations de pouvoir entre les systèmes, les acteurs de santé et les populations soignées participeront à combler les lacunes analytiques de l'ethnomédecine. Cette dernière demeure néanmoins une approche pertinente au regard de son effort constant de précision dans le travail de collecte de données ethnographiques. Concernant l'espace de la maisonnée en France, les « médecines populaires » ou « traditionnelles » étudiées par Marcelle Bouteiller [1966] et Françoise Loux [1990] ont longtemps constitué la pharmacie familiale, composée le plus souvent de pratiques et de consignes préventives simples et de bon sens – « En Avril, ne te découvre pas d'un fil ! » - et de l'usage des aliments et plantes issus de la cuisine, du jardin ou de l'environnement naturel proche. Yvonne Verdier [1979], Françoise Loux [1990] et Véronique Moulinié [1998] ont éclairé l'existence marquée de soins domestiques aux différents âges de la vie: ils concernaient notamment les maux de la grossesse, ceux de l'enfance (les coliques, les croûtes de lait, les premières dents, la coqueluche ou le muguet...), les soucis et problèmes féminins (suites d'accouchement, allaitement, ménopause, règles douloureuses, mycoses, prurits...) et ceux réservés à la gente masculine (impuissance, excès de désir, « goutte ») [Bouteiller, 1966; Verdier, 1979; Loux, 1990].

Les plantes traduisaient une certaine cosmogonie situant l'humain comme partie prenante de son univers écologique et symbolique proche. La médecine médiévale a beaucoup développé la pharmacopée des « simples », notamment dans les monastères. Hildegarde de Bingen, religieuse bénédictine et mystique du XII^e siècle demeure une figure importante de cette médecine dont de nombreux ouvrages sur la santé, les diètes, les remèdes pour le corps mais aussi pour la mélancolie sont toujours publiés. Une autre figure clé de la médecine médiévale fut Paracelse (1493-1541) pour qui l'humain et ses maladies constituaient un microcosme à la fois semblable et indissociable du macrocosme qui le contient et que représentaient la nature et les astres. Il développa ainsi la théorie des signatures, considérant que la forme, le goût ou la couleur des

plantes, minéraux et animaux informaient d'une correspondance avec un organe ou un flux particulier du corps humain ou encore l'une de ses affections courantes : de cette correspondance il déduisait les vertus thérapeutiques de la substance. Ainsi par exemple, l'hépatique (*Hepatica nobilis*, Renonculacée), petite plante montagnaise dont les feuilles rappellent un lobe de foie soignerait les maladies de cet organe et de la vésicule. A cette médecine des semblables s'ajoutait celle des contraires, ou médecine antipathique : le remède employé possédait des caractéristiques contraires aux symptômes observés (donner une substance « froide » pour faire baisser la fièvre par exemple). Concernant les troubles mineurs de la santé, les soins par les plantes s'appuient toujours sur des principes de la théorie humorale, et visent dans la majorité des cas à renforcer le corps, par l'usage de substances tonifiantes et réchauffantes, ainsi qu'à le purger de ses humeurs excessives par le biais d'essences digestives, laxatives, diurétiques, sudorifiques, vomitives et emménagogues [Crosnier, 1993 : 9].

Concernant plus particulièrement les maux de femmes, les travaux folkloristes et d'ethnologie de la France ont favorisé le recueil de recettes thérapeutiques traditionnelles. Marcelle Bouteiller, à la fin de son ouvrage *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui* [1966] décrivait de nombreuses recettes thérapeutiques issues des savoirs sanitaires recueillis dans des ouvrages folkloristes ou pendant son ethnographie en Anjou dans les années 1960. Quelques pages étaient consacrées à la « grossesse [et aux] maladies des femmes et des enfants »⁸⁸, répertoriant les techniques en lien avec « la surveillance et l'hygiène de la grossesse », interdisant par exemple à la femme enceinte de préparer elle-même le berceau ou de se faire photographier, et qui préconisent la tisane de nénuphar pour mettre au monde un garçon [1966 :306]. L'introduction d'une queue de persil dans le vagin, ou l'absorption de tisane de gui de chêne, servent à provoquer un avortement. D'autres pratiques, relevant du « bon sens », de l'empirisme ou de la magie, participent au soin dans les situations d'accouchement, d'allaitement, de sevrage, de perturbations des menstruations et de la ménopause, de stérilité, et dans le traitement de maladies du nourrisson et de l'enfant [Loux, 1990]. Concernant plus particulièrement les plantes, certaines peuvent être considérées comme spécifiquement féminines, comme la sauge, la lavande, l'armoise ou *artemisia*, ainsi baptisée en honneur de la déesse grecque Artémis associée à la chasse et à la Lune. Ce sont des plantes considérées comme dépuratives dont les cures assurent non seulement un sang purifié mais aussi un corps sain grâce à une bonne circulation. Dans l'humorisme, les menstruations constituent une dépuration « naturelle » du sang. Elles peuvent être provoquées par ces plantes en cas de maux de ventres, de retard de règles, pour déclencher l'avortement [Rigouzzo, 1993]. D'autres plantes médicinales servent à réguler les règles, limiter les douleurs, favoriser la lactation ou encore accompagner la ménopause.

⁸⁸Voir par exemple l'ouvrage de Marcelle Bouteiller [1966] , pp.306-309: « Remèdes pour la grossesse, et les maladies des femmes et des enfants ».

Ainsi ces plantes ciblent surtout les maux propres aux différents âges de la vie des femmes, en renforçant la dimension collective et l'évacuation des autres troubles plus particuliers, plus méconnus ou plus tabous. Quelques-unes de mes interlocutrices m'ont fait part de telles « recettes » thérapeutiques, héritées de leurs mères, tantes et amies, qu'elles mettent en œuvre dans l'espace privé de la maison pour soigner leurs propres maux de femmes ou ceux de leurs paires. Comme certains soins non conventionnels, lesquels s'inspirent des savoirs populaires de santé non professionnels [Chapitre 5], les techniques de soins domestiques font souvent appel à une conception humorale de ces maux spécifiques. Elles visent généralement une meilleure circulation ou l'évacuation des humeurs, principalement symbolisées par le sang menstruel [Rigouzzo, 1993], mais également affilié à la théorie des contraires : il est communément admis que « mettre du chaud » permet de « faire passer » les douleurs de règles, de dos, la chaleur ayant pour fonction en quelque sorte de « dénouer », de « détendre » ces parties du corps crispées ou en tension. Au contraire, il faut « mettre du froid » sur certaines parties du corps d'une personne migraineuse ou fiévreuse pour faire baisser la température, ou se baigner dans une eau tiède.

Christine, par ses talents de cuisinière, connaît bien les vertus des plantes et sait comment les faire pousser et les préparer car sa grand-mère médocaine le lui avait enseigné. Elle m'a fait part de nombreux conseils pour lutter contre la fatigue, la mauvaise digestion et les courbatures musculaires. Autant de compétences rares parmi l'ensemble des femmes rencontrées et qu'elle essaya de me transmettre. Jeanne cultive des aromatiques devant chez elle, qu'elle intègre dans sa cuisine et pour en faire des tisanes afin de « calmer les nerfs » et favoriser la digestion. Annie, la vieille dame dont Jeanne s'occupe, utilise également les plantes depuis toujours pour calmer des maux bénins touchant toute la famille. Toutefois, elles ne m'ont pas fait part de leurs connaissances et de leurs usages spécifiques concernant spécifiquement les maux de femmes. Seule Jeanne m'a confié l'un de ses livres de diététique crétoise mentionnant *l'artémisia* qu'elle n'avait jamais utilisée. Cela montre ainsi que ce type de savoirs n'a pas fait l'objet d'une transmission orale entre elles et ses proches.

J'observai néanmoins une transmission orale des savoirs sur les plantes médicinales et leurs usages féminins selon une approche sensiblement humorale, auprès de femmes migrantes originaires du Maroc. Cette situation ethnographique rappelle que le pluralisme thérapeutique est mouvant, en partie façonné au gré des expériences migratoires. Marocaine résidant en France depuis une vingtaine d'années, Isma vit dans le Médoc avec son mari commerçant et ses cinq enfants. Elle me fit part, à ma demande, de ses usages des plantes un jour que nous étions toutes deux conviées chez sa belle-sœur. J'avais rendu plusieurs services à cette dernière qui arrivait d'Espagne et qui ne parlait ni français ni espagnol. M'en tenant aux lettres et courriers qu'elle recevait et me présentait, je l'avais accompagnée à la MDSI, dans une ONG bordelaise délivrant des soins aux personnes sans couverture sociale et au tribunal. Depuis, je lui rendais visite régulièrement chez elle. Son appartement était soigné et mêlait du mobilier de

récupération dans la partie cuisine et un beau et grand canapé d'angle oriental agrémenté d'une table en bois sculptée sur laquelle elle jeta une nappe de plastique. Une télévision grand écran et de nombreuses photographies encadrées ornaient les murs. Ce jour-là, elle nous avait servi un délicieux tajine de poulet. Asma, traduisant les propos de Malika, précisa qu'elle l'avait fait pour me faire goûter « un plat de chez elle ». Après manger, elle nous servit un café dans lequel elle ajouta de la cannelle et du thym, avec le sourire mais en gardant le silence, gênée de ne pouvoir se faire comprendre en français. Étonnée de ce café parfumé, j'engageai une conversation avec Asma en français sur l'usage des plantes et des aromatiques dans cette famille :

« Je me soigne beaucoup avec la menthe sauvage et le thym. C'est bien pour le mal de ventre. Mon grand-père et mon père se soignaient avec les plantes. La menthe c'est très bon, il y a le fer, le magnésium, il y a tout dedans ! Moi j'utilise aussi la sauge, je la bois avec le thé. Ça réchauffe le sang et ça excite un peu. » [Asma, 40 ans environ, mariée, 5 enfants, commerçante]

Chez Asma, ce sont les hommes de sa famille qui lui ont transmis ses savoirs sur les plantes qui soignent les petits maux de famille, visant notamment à réchauffer le sang et stimuler la digestion. J'appelle ces usages « coutumiers » dans la mesure où ils sont transmis par la parole et par les gestes dans le cadre de la maisonnée et deviennent des formes de soins « évidentes » dans les pharmacopées familiales. Les logiques humorales qui les sous-tendaient permettaient notamment de les adapter plus discrètement à certains troubles spécifiquement féminins. Asma avait expliqué qu'elle utilisait la sauge pour « réchauffer le sang ». Or elle l'utilisait aussi « pour faire venir les règles » ou pour en soulager les douleurs, exprimant moins les propriétés emménagogues de cette plante que le réchauffement sanguin qu'elle procure aux femmes, vues comme « refroidies » pendant leurs règles du fait de la perte de sang, flux vital considéré comme chaud. Asma précisa que le sang circulait mieux une fois « réchauffé », d'où l'usage des plantes et épices ayant ces vertus comme la cannelle et le piment. Les épices sont connues en Orient pour leurs vertus médicinales aux côtés des plantes et des aliments [Zimmerman, 1989]. La médecine médiévale occidentale semble avoir surtout privilégié les plantes aromatiques, ainsi que les légumes et les fruits aisément cultivables au potager familial.

Asma utilise aussi le thym contre le mal de ventre pour faciliter la digestion et ajoute à l'infusion un peu de lavande pour atténuer les douleurs menstruelles. Cette dernière plante est connue pour apaiser la nervosité et les spasmes musculaires et semblait ainsi être utilisée par cette femme pour calmer les douloureuses contractions utérines pendant les règles. Toutefois, son association avec une tisane digestive montre la persistance d'une vision de l'anatomie féminine confondant matrice et système digestif [Laqueur, 1992].

6.1.1.2. Des pratiques genrées inscrites dans le social

« En entrant dans son foyer, la jeune femme, généralement illettrée, n'était cependant pas une ignorante. De sa mère ou de ses tantes, elle avait reçu un apprentissage ménager de recettes, de tours de main, de prévoyances et de connaissances empiriques. Toute l'économie de la maisonnée était entre ses mains. Elle devait connaître un peu de médecine pratique pour soigner une plaie ou une entorse, un peu de botanique pour distinguer les bonnes herbes et leurs vertus. Dans une ferme, elle s'occuperait des animaux et du jardin. Dans une grande maison, elle donnerait des ordres aux domestiques. Elle apprendrait à faire le pain, saler les jambons. Elle aurait à filer, tisser, coudre, couper, tailler, assembler et réparer.

Outre ces multiples savoirs domestiques, quelques techniques de beauté, de sommaires préceptes d'hygiène et des rudiments de gynécologie constituaient des secrets féminins dont, seuls parmi les hommes, les médecins étaient informés » [Bercé, 1978 :160]

Cet extrait de l'ouvrage historique de Yves-Marie Bercé nous donne à lire quelques aspects généraux des savoirs féminins de l'Aquitaine du XVIIe siècle. En France, les actes de soins réalisés à la maison dans la sphère familiale sont parfois appelés « remèdes de grands-mères » ou « trucs de bonnes femmes » expressions qui révèlent le caractère genré de ces savoirs acquis au fil des générations ou au gré des échanges avec l'entourage proche. La formule « trucs de bonnes femmes » peut en effet faire l'objet d'une double lecture. La première répond à l'idée que les savoirs domestiques de santé sont plutôt détenus par les femmes :

« Les femmes sont la plupart du temps « celles qui soignent » dans la maisonnée, tâche qui va de pair avec celle de s'occuper des enfants et des personnes dépendantes de tout âge. (...) elles prodiguent les soins de tous les membres de la maisonnée pour les malaises et les maladies : elles mettent en application les savoirs familiaux, jugent du problème qui se présente, soignent d'abord au sein du groupe domestique, préparent et donnent les remèdes et, dans le cas où les soins ne paraissent pas donner les résultats escomptés, elles tentent un remède de substitution, évaluent les soins les plus appropriés ; dans le cas où plus rien ne va, elles se tournent vers des ressources extérieures. Sans oublier les formes variées de prévention. Les soins s'effectuent avec l'aide des réseaux féminins intra-familiaux : la mère, la grand-mère, la belle-mère, mais aussi les tantes et parfois les sœurs et les belles-sœurs donnent des conseils, interviennent directement, et cela bien au-delà des situations d'accouchement et de relevailles. » [Saillant, 1999 :16 ; 20]

Pour Marie-Françoise Collière, cette prégnance des femmes comme soignantes de la maisonnée est connue depuis l'Égypte antique où elles étaient déjà les personnes

chargées d'assurer la reproduction de la vie et son prolongement face à la mort dans l'espace privé [Collière,1982]; cette attribution sociale a donné lieu aux caractéristiques des professions de sages-femmes, d'infirmières, d'aides-soignantes travailleuses sociales ancrées dans les domaines de la reproduction, de la fin de vie, et plus généralement dans le travail de *care* [Laugier, Paperman, 2011; Molinier, 2013]. L'usage du terme de « trucs » plutôt que de « savoirs » renvoie à leur dévalorisation sociale, liée aux normes de genre d'une part et au processus de médicalisation d'autre part. Nous y reviendrons.

La deuxième lecture de l'expression « trucs de bonnes de femmes » renvoie à la dissimulation des savoirs et savoir-faire féminins dédiés aux âges de la vie des femmes et transmis dans des entre soi à l'abri des sentiments de honte et de pudeur. Ces caractéristiques ont été observées par Yvonne Verdier à Minot qui est parvenue à les interpréter par le prisme des rôles, fonctions et techniques liées aux activités féminines [1979] :

« Trois femmes, couturière, cuisinière, femme-qui-aide ; trois fonctions, faire les jeunes filles et la mariée, faire les noces, faire les bébés et les morts ; trois techniques, coudre, cuisiner et laver ; trois positions généalogiques qui ont force de statut : la jeune fille, la mère, la grand-mère ; trois moments de la vie : l'âge nubile, l'âge de la fécondité, l'âge de la ménopause. Jeu d'écho qui répercute ce que l'on a coutume d'appeler propos de bonne femme, et qui, témoignant de leur cohérence, livre une façon de penser : il ne s'agit pas seulement de comprendre mais aussi d'avoir une prise sur les événements de la vie » [Verdier, 1979].

Ainsi pour Yvonne Verdier, l'univers féminin qu'elle a ethnographié ne se définit pas négativement par rapport à celui des hommes, mais de l'intérieur et par lui-même, comme un entre-soi régi par ses propres normes, « lieu de souveraineté et d'autonomie des femmes elles-mêmes » dont les pratiques spécifiques leur ont permis d'être ouvrière des étapes de leur destin [1979].

Si les « grandes lessives » permettaient aux femmes de Minot de converser entre elles, si les heures consacrées à la confection du trousseau permettaient aux jeunes filles de poser leurs questions à la couturière tacitement chargée de les préparer à leur vie d'épouse, si la laveuse pouvait reconforter les jeunes mères ainsi que les veuves et la cuisinière recueillir les angoisses liées aux alliances familiales tout en dispensant quelques connaissances en matière de remèdes, ces figures n'apparaissent pas si clairement dans le Médoc d'aujourd'hui.

Hormis Asma et Séverine, aucune de mes interlocutrices n'a fait allusion à une transmission familiale de savoirs sur les « plantes de femmes ». Dans ce domaine, la dimension collective apparaît surtout en contexte de migration :

« Pour les femmes qui font des fausses couches ou qui ont les règles douloureuses avec des caillots de sang, il faut faire bouillir de l'eau et mettre de la cannelle ! Ça réchauffe et ça refait circuler... Après l'accouchement, on fait des sortes de crêpes avec de l'épice Has el Hanout. Ça redonne de la force à celle qui vient d'accoucher et ça permet de faire descendre les caillots. Ici, on peut pas le faire à l'hôpital, alors on le fait en rentrant. Et après on passe à l'eau chaude avec la sauge et la cannelle.» [Asma, 40 ans environ, mariée, 5 enfants, commerçante]

Cette dimension collective des soins domestiques en contexte de migration m'a souvent été rapportée comme empêchée par l'organisation du système de santé en France par les femmes d'origine marocaine ou celles issues de la communauté des gens du voyage et faisant l'objet d'adaptations, comme nous avons pu le constater avec l'ethnographie dans la salle d'attente du CPEF [Chapitre 4]. Ces dernières ne semblent pas être perçues comme des arrangements par les professionnels de la santé qui considèrent souvent cette dimension collective comme empêchant le bon fonctionnement de leur organisation du travail. En dehors du système de santé, d'autres entre soi: plus informels, ils ont pu être observés grâce à une méthodologie immersive sur le terrain, montrant moins des groupes sociaux identifiés, comme l'étaient les « catherinettes » ou les jeunes filles en âge de fabriquer leurs trousseaux, que des réseaux de femmes-qui-s'aident.

6.1.1.3. Des réseaux informels de femmes-qui-s'aident

Comment se transmettent aujourd'hui les savoir-faire féminins qui passaient alors par la couturière, la cuisinière et la femme-qui-aide ? Ces figures existaient-elles en Médoc au moment de mon enquête ? Quels savoirs étaient hérités de mères en filles ou se diffusaient entre amies ou voisines ?

Pour répondre à ces interrogations, il m'a été nécessaire de passer du temps avec mes interlocutrices et de faire connaissance, et par effet boule de neige, avec leur entourage proche. Cette démarche m'a permis d'identifier et parfois de prendre part aux cercles féminins informels familiaux et amicaux qui se font et se défont localement au fil du temps, des événements et des rencontres. Laurence Kotobi et Lorena Anton avec qui nous partagions tour à tour certaines expériences de terrain, ont également pris part à ces cercles de sociabilités et réseaux d'entraide implicites, enrichissant les discussions que nous avons de leurs expériences iraniennes et roumaines. En quête des « remèdes de grands-mères » et autres « trucs de bonnes femmes », j'ai pratiqué une observation flottante des lieux susceptibles d'accueillir la transmission et le partage de ces savoirs tout en restant vigilante à ce sujet lors des entretiens formels et informels avec les femmes rencontrées. En effet, les questions du type « qu'utilisez-vous chez vous pour soigner tel ou tel problème ? » se sont rapidement avérées trop directes, orientant les

réponses et favorisant des discours stéréotypés ne reflétant pas la réalité des pratiques. On peut en effet dire que l'on connaît telle ou telle tisane pour soulager les douleurs de règles sans en boire jamais... J'ai donc préféré rester attentive aux discours faits sur les usages dans les récits des itinéraires thérapeutiques que ces femmes m'ont confiés plutôt que de systématiser ma demande. Nous avons également favorisé la démarche immersive et son acceptation dans le quotidien ordinaire des femmes rencontrées nous a mené à des entre soi informels ou au domicile des femmes, signe de la relation de confiance établie avec les enquêtées [Robin, Tillard, 2010]. Comme pour les temps d'entretiens et les observations de discours sur les maux de femmes [Chapitre 2], les données recueillies demeuraient ancrées dans le registre de la confiance, celui de l'apprentissage lorsque j'étais plus jeune que mes enquêtées, et dans celui des relations de conseils et de services entre femmes. Cela signifie que les « trucs de bonnes femmes » ne se transmettaient pas au hasard des personnes mais dans le cadre de relations établies. Christine me répétait souvent par exemple qu'elle était arrivée à un âge où il était important pour elle de transmettre et que c'était pour cette raison, et en vertu de la confiance qu'elle me témoignait, qu'elle me livrait ses « secrets de femmes » comme elle le disait. Autrefois, la femme-qui-aide « faisait les bébés et les morts » dans le village de Minot [Verdier, 1979]. Ces dernières années en Médoc, j'observais plutôt des réseaux de sociabilités informelles composés de femmes-qui-s'aidaient mutuellement, composant les systèmes d'orientation profane et les groupes accompagnateurs de la maladie au sein des itinéraires thérapeutiques [Gruénais, 1990 ; Kotobi, Lemonnier, 2015].

Le groupe de femmes rencontrées à l'association d'aide les jours de distribution de colis alimentaires constituait par exemple l'un de ces réseaux. Marjorie, ses filles, Denise une amie proche et deux autres femmes bénéficiaires Elisa et Juanita en composaient le noyau. Lors de nos deux premières entrevues, Marjorie, ses filles Jennifer, Samantha et Cassandra et Denise avaient accepté notre invitation dans des locaux attenants « pour discuter de la santé des femmes dans le Médoc » en attendant l'heure de la distribution (elles arrivaient toujours presque une heure en avance, comme d'autres personnes d'ailleurs). Elles déclinèrent nos invitations ultérieures, prétextant qu'elles n'avaient rien d'intéressant à dire et préféraient rester dans la voiture de Marjorie. Nous avons alors pris l'habitude d'aller les saluer sur le parking et d'engager avec elles la conversation. Marjorie venait le plus souvent accompagnée de ses filles qu'elle conduisait le matin à d'autres activités avant de passer chercher Denise chez elle, son amie n'ayant pas de voiture. Nous nous sommes accoutumées à nous entretenir par la fenêtre du véhicule, parfois malgré le froid avec ses femmes à la fois sympathiques et bourruées, chaleureuses et méfiantes, et surtout peu enclines à changer leurs habitudes en venant converser avec nous dans le local mis à notre disposition sur le site communal qui hébergeait leur association. J'ai toutefois pu entrer deux fois dans cette voiture, et ainsi dans une part de l'intimité de Marjorie, lorsqu'elle me proposa de me ramener à la gare, me reconnaissant en train de marcher sur le bord de la route. Laurence Kotobi et moi-même avons enfin pu sentir notre acceptation dans le groupe lorsque Jennifer sa

filles aînées, devenue maman pendant l'enquête, nous a invitées à venir voir son bébé chez elle.

De quoi parlait-on dans la voiture de Marjorie, dont l'accès était contrôlé et dont l'espace constitué semblait privé, comme une extension de son chez-soi ? Les femmes prenaient ce temps hebdomadaire pour prendre et se donner des nouvelles les unes des autres, rire ou s'étonner des derniers ragots du coin mais aussi échanger des conseils et partager le vécu d'une situation heureuse ou problématique. Laurence Kotobi et moi même, adossées à cette voiture, avons appris la grossesse de Jennifer, quelques mois après notre rencontre : un jour de distribution en hiver, vers onze heures trente (la répartition des denrées ne débutait jamais avant 13 heures), nous sommes allées saluer Marjorie, reconnaissant de loin son véhicule sur le parking. Denise et Jessica étaient avec elle. Denise nous dit avec un sourire qu'elle se portait très bien car elle revenait d'une cure thermale à Combo-les-bains avec son mari où elle allait chaque année, « remboursée par la sécurité sociale ». Elle se tourna alors vers Marjorie qui venait de dire qu'elle se sentait fatiguée :

« Denise : Tu devrais y aller aussi Marjorie, avec tes soucis de santé [voir Chapitre 2], tu peux te la faire prescrire ! On irait ensemble !

Marjorie : Et qui s'occuperait des enfants ?

CL : Jennifer et Samantha sont grandes et savent se débrouiller avec les petits non ?

Marjorie : Brenda pourrait le faire car elle a 18 ans, puis désignant Jennifer d'un coup de menton elle poursuivit, Elle, elle ne peut pas !

LK : Comment ça ?

Jennifer : J'attends un bébé ! »

[Extrait d'entretien informel collectif avec Jennifer, sa mère Marjorie, leur amie Denise, bénéficiaires d'une aide alimentaire]

Jennifer nous confia qu'elle était enceinte de 1 mois et 8 jours. Elle avait décidé d'arrêter la pilule et devait bientôt aller au centre d'échographie de la commune avec la prescription de son médecin généraliste avant d'aller à la consultation obligatoire de suivi avec un obstétricien. Sa mère semblait signifier qu'elle allait prendre en charge l'organisation des soins concernant la grossesse de sa fille [Kotobi, Lemonnier, 2015]:

« Marjorie : Elle ira se faire suivre à Lesparre et elle accouchera là-bas.

Denise, se tournant vers Jennifer : C'est qui qui va te suivre ?

Jennifer : Dr P. !

Marjorie: De toute façon, ce sera l'un ou l'autre. Moi, c'est l'autre qui m'a suivie et Dr P. qui m'a accouchée car le mien n'était pas là. (...) Moi les trois derniers c'était à la clinique du Médoc. »

[Extrait d'entretien informel collectif avec Jennifer, sa mère Marjorie, leur amie Denise, bénéficiaires d'une aide alimentaire]

Jennifer nous expliqua ce jour-là le déroulé de ses projets depuis la découverte de sa grossesse : elle allait emménager le lendemain dans un logement social, ce que sa mère contestait car cet appartement était situé au 4ème étage sans ascenseur alors qu'elle lui avait trouvé une petite maison que sa fille avait aussi visitée. Peut-être cette dernière souhaitait ainsi marquer son émancipation de la cellule familiale alors que Marjorie mettait un point d'honneur à préparer « le trousseau » de sa fille, avec des objets et meubles de seconde main récupérés à l'association. Ces femmes se préparaient en quelque sorte à passer à un nouvel âge de la vie, à devenir mère pour l'une et grand-mère pour l'autre. L'ensemble des démarches entreprises par Marjorie sont à considérer comme des soins réalisés en faveur du bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement de sa fille. Comme expliqué dans le Chapitre 4, les mauvaises expériences de Marjorie avec le système de santé ont influencé la décision de Jennifer de ne pas recourir ni une sage-femme à domicile ni à des cours de préparations à l'accouchement ni à une puéricultrice. Ce qui peut aujourd'hui être considéré comme du non-recours ou du renoncement aux soins biomédicaux en SSR peut aussi être envisagée comme une préférence pour les soins domestiques [Kotobi, Lemonnier, 2015]. La présence rapprochée de sa mère mettait Jennifer en confiance : elle lui avait expliqué comment respirer « comme un petit chien » par exemple. Qui plus est, la jeune fille avait « élevé ses frères et sœurs » pendant l'année où Marjorie était convalescente. « Je sais y faire avec les bébés. Je n'ai pas besoin qu'on vienne m'apprendre ça ! Et si je ne sais pas quoi faire, j'appelle ma mère » affirmait-elle.

Cette transmission intergénérationnelle entre une mère et sa fille pouvait s'observer dans quelques autres familles rencontrées. Solène, pépiniériste, m'avait précisé :

« Je vais chez le médecin en cas de problème. Si je ne suis pas convaincue, j'appelle ma mère, elle est branchée homéopathie, médecines douces et tout ça. » [Solène, 35 ans, en couple, 1 enfant, pépiniériste]

De même, Séverine, l'agricultrice en bio d'environ 34 ans, consultait fréquemment sa mère pour les petits maux du quotidien qu'elle ne parvenait à régler seule, et cela d'autant plus depuis qu'elle était devenue maman, l'expérience maternelle de la grand-mère conservant un statut d'expertise au même titre que les discours des spécialistes. Le cas de Séverine était également intéressant concernant la transmission des savoirs de santé car elle prenait soin de confronter l'avis de son médecin homéopathe, de sa mère et de ses amies dont Ilham, Najia et Eléonore faisaient partie. Avec son mari, ils confrontaient ensuite ensemble ces diverses opinions avant de trancher pour la plus favorable : c'est ainsi qu'ils ont ensemble fait le choix de certains vaccins pour leur bébé ou qu'ils ont décidé de l'arrêt de la contraception hormonale pour Séverine. Ainsi, si les discussions en matière de soins domestiques pour les maux de femmes me sont souvent apparues comme le fait des femmes entre elles (mères, filles, amies) ou avec leurs médecins, il ne faut pas négliger la place croissante des compagnons et maris dans les prises de décisions thérapeutiques dans les nouvelles générations. De plus, la

transmission intergénérationnelle ici observée dans la famille de Marjorie et dans celle de Séverine ne peut être généralisée à toutes celles du Médoc tant la qualité de la relation mère-fille se révèle et se joue dans cette circulation des savoirs. Enfin pour une fille, accepter ou faire barrage aux savoirs de sa mère signifie choisir de prolonger un héritage ou marquer une rupture en faisant différemment. La qualité de la communication entre mère et fille est parfois mise à mal lors des événements forts de la vie des femmes, comme au moment de la puberté, de la grossesse ou d'une maladie, d'autant plus quand les normes de pudeur et de tabou sont très incorporées par les femmes. Une façon de se départir de cet obstacle à la transmission de savoirs en matière de santé et de recours aux soins est de faire appel à des tierces personnes de confiance et d'adopter le registre de l'humour. C'est le rôle que semblait avoir Denise pendant la grossesse de Jennifer.

Quand Denise avait questionné Jennifer sur son suivi de grossesse et que la jeune femme lui avait précisé qu'elle serait suivie, comme sa mère, à la clinique par le Dr P. ou son collègue, la femme plaisanta alors sur ces deux médecins pour la taquiner:

« Denise : Tu vas voir...Dr G. il a une énorme barbe, des mains énormes et poilues, il te met les doigts sans gants...

Jennifer : Arrête de dire des bêtises Denise ! (rires) » [Extrait d'entretien collectif avec Jennifer, et son amie Denise, bénéficiaires d'une aide alimentaire]

Derrière cette raillerie, Denise lui signifiait qu'elle allait bientôt vivre une expérience similaire à la sienne et à celle de sa mère, toutes deux ayant été suivies et ayant accouché dans la maternité médocaine. Le recours à l'humour n'était pas sans rappeler le phénomène de « parenté à plaisanterie » décrit par Gregory Bateson [1935] : il qualifie de « parenté à plaisanterie » la relation de bienveillance qui unit chez les Iatmul de Mélanésie un oncle maternel et son neveu ou sa nièce utérin-e, et qui se manifeste lors des rites du Naven célébrés par des pitreries codifiées à l'occasion des premiers exploits des jeunes gens (premiers pas, première chasse). Observant que les blagues de Denise constituaient une parole certes loufoque mais capable de briser les tabous et la pudeur, il me semble que l'on peut la considérer comme une parole soignante par la plaisanterie⁸⁹ qui signifiait au-delà des mots, un accueil favorable, une source de réconfort possible et un esprit de solidarité sur laquelle Jennifer pouvait compter de la part de l'amie de sa mère.

Dans la voiture, Jessica reprit le ton de la plaisanterie instauré par Denise lorsqu'elle avoua souffrir de nausées à ce moment-là. Denise répliqua en riant: « T'avais qu'à pas le faire si tu voulais pas aller chez le gynéco ! T'avais qu'à pas écarter les cuisses !

⁸⁹Les associations de clowns dans les hôpitaux pour enfant défendent d'ailleurs la thérapie par le rire.

T'avais qu'à faire un nœud ! ». Là encore, la plaisanterie permettait de désamorcer par le rire et l'exagération les interdits et les normes de pudeur qui régissent d'ordinaire les discours sur la sexualité et la procréation et instaurer tacitement la possibilité d'un espace particulier de communication sur l'intime, hors du strict champ familial mais néanmoins dans un cercle proche et de confiance. Un mois et demi plus tard, je retournai en avance à la distribution de colis alimentaire et vis la voiture habituelle sur le parking. Je m'approchai pour saluer les femmes qui patientaient dans le véhicule : en me voyant, Marjorie, Denise, Elisa et Jennifer sortirent de la voiture pour me saluer avant d'y retourner pour se protéger du froid de l'hiver, bien que laissant les vitres ouvertes pour laisser s'échapper la fumée des cigarettes de Denise. Emmitouflée, je restai à la fenêtre de l'auto :

«CL : – Alors Jennifer, comment tu vas en ce moment ?

Jennifer : - J'ai tout le temps des nausées, c'est horrible...

Marjorie : C'est la période, ça passera !

Élisa : Oui ne t'inquiète pas. Ça ne dure pas tout le temps ! Dans un mois, ce sera fini !

Denise : - Moi, le premier ne me laissait pas manger, le deuxième et le troisième oui, pas de problème ! Mais le premier, rien qu'à voir mon assiette, c'était pas possible !

CL : Ils ont quel âge vos enfants ?

Denise : Ils ont 10, 12 et 14 ans.

CL : Ils sont nés à la maternité du Médoc ?

Denise : Oui ! Tous les trois ! Et J'ai eu la même sage-femme pour les trois (se tournant vers Jessica). Je l'avais trouvée grâce à la MDSI et elle venait une fois par mois à la maison. Elle faisait le monitoring et le contrôle du col comme si t'étais chez le médecin.

Jennifer : - Ah oui... Moi je vais aller chez le Dr P. à la clinique et puis voilà. »

[Extrait d'une conversation collective entre femmes un jour de distribution de colis alimentaires]

Une fois de plus, Denise se positionnait comme une tierce personne pour Jennifer, lui confiant son expérience, comme pour lui signifier que la voie empruntée par Marjorie n'était pas la seule possible. Pour Jennifer, ce type d'intervention permettait d'asseoir ses choix tout en pouvant compter sur les conseils de cette aînée qui avait penché pour un suivi plus médicalisé que ses grossesses précédentes.

Ce réseau de « femmes-qui-s'aident » est pris en exemple parmi d'autres. Nous avons déjà décrit celui des lycéennes et celui des marocaines qui se retrouvaient dans la salle d'attente du CPEF [Chapitre 4]. Je reviendrai plus loin sur celui qui s'était formé autour des pratiques « alternatives » en m'attardant sur un groupe de femmes pratiquant le yoga que j'ai pu fréquenter. Il m'a semblé pertinent de faire figurer le réseau de Marjorie ici car, outre la circulation des savoirs de santé féminins, entre mère et fille ou

entre paires, il témoigne par la transmission des savoirs à Jennifer de la confrontation entre savoirs populaires de santé liés à la procréation, personnifiés par sa mère, et savoirs « profanes » issus de l'expérience de la prise en charge médicalisée de la grossesse en SSR, ici figurés par Denise. Nous allons maintenant voir que le processus de médicalisation de la sexualité et de la procréation a changé le statut des « façons de faire » populaires en décrédibilisant les connaissances traditionnelles et en encourageant l'acquisition de savoirs profanes en biomédecine par les femmes.

6.1.2. Des savoirs de santé peu reconnus et des soins implicites

6.1.2.1. Des savoirs de santé entre valorisation, invisibilité et discrédit

Concernant les savoirs populaires de santé dédiés aux femmes dans notre société, les quelques travaux cités traitent de données parfois anciennes issues d'archives et de récits populaires qui ne reflètent plus les pratiques d'aujourd'hui [Bouteiller, 1966]. Les proverbes dont parlait Françoise Loux [1990] semblent avoir perdu de leur puissance performative [Austin, 1970]. Depuis, peu d'ethnographies ethno-médicales ont pris pour objet la transmission et l'usage des plantes médicinales dans les foyers [Desprès, 2011] privilégiant l'étude la diffusion croissante et des modalités d'utilisation de produits transformés à base de plantes comme l'homéopathie [Giglio-Jacquemot, 2011 ; Schmitz, 2016]. Les travaux récents privilégient plutôt l'étude, en anthropologie de la santé, de la place donnée aux médicaments dans la pharmacie domestique et dans les pratiques de soins de l'espace privé [Fainzang, 2001 ; 2012; Haxaire, 2002]. Avec le développement de la médicalisation, les traitements médicamenteux et les soins biomédicaux ont fait irruption dans l'espace domestique, complétant ou remplaçant les anciennes pratiques en fonction de leurs représentations et de leur efficacité empirique reconnue. On peut alors se questionner sur la disparition réelle (ou l'invisibilisation) de la transmission familiale des savoirs sur les plantes médicinales concernant les maux de femmes, au profit de la relation avec le médecin et l'usage de médicaments issus de l'industrie pharmaceutique.

Nous avons vu que les années 1970 ont accompagné les luttes féministes et l'obtention de droits pour les femmes à disposer de leur corps sous le contrôle de l'institution médicale [Chapitre 3]. Ces processus et mouvements sociaux ont participé à décrédibiliser les médecines populaires et à valoriser la biomédecine, y compris dans le domaine de la santé des femmes où les médecins, notamment ceux qui accouchaient ou avortaient les patientes, permettaient des prises en charge de plus en plus sécurisées. Durant ces mêmes années, les femmes de Minot interrogées par Yvonne Verdier disaient à l'ethnologue : « Il n'y a plus de saison ! » [Verdier, 1979]. Forte d'une ethnographie minutieuse, elle connaissait les « façons de dire » les choses dans ce village qui voyait peu à peu disparaître les activités collectives que rythmaient les

saisons et les âges de la vie. En disant la disparition des saisons, les femmes disaient en fait la rationalisation des cultures agricoles mais aussi celle des corps, et précisément le leur. La médicalisation de la naissance, de la maîtrise de la fécondité, de la grossesse et de la fin des règles a en effet perturbé les rites socialement partagés autour de la « femme-qui-aide », de la « couturière » et de la « cuisinière » [Verdier, 1979, Moulinié, 1998], modifiant profondément les conceptions de la physiologie féminine et de ses thérapeutiques domestiques.

La réalisation de soins biomédicaux dans l'espace privé va conduire à les considérer comme des soins « profanes » ou « informels », par opposition aux soins dits « professionnels », « savants » ou « formels » dispensés au sein du système de santé. Ces « façons de dire » apparaissent avec les travaux sociologiques portant sur la relation entre le médecin et le malade, devenu patient [Pierron, 2007:53] : pour Talcott Parsons le rôle social attendu du patient est celui du profane face à l'autorité du savant [1955 : 237]. Cette dichotomie est reprise par Everett Hughes pour son étude des relations entre profanes et professionnels de la santé [1996] et par Eliot Freidson qui a développé une sociologie des professions en s'appuyant sur la catégorie des médecins et leurs interactions avec le « monde profane » dont il constate les fréquents différends [Freidson, 1984 :318].

A la suite de ces travaux, on nommera soins « profanes » les soins réalisés à la maison intégrant les anciennes pratiques mais aussi et surtout les pratiques issues de l'interprétation des préconisations des professionnels de santé : l'anthropologue française Geneviève Cresson a ainsi qualifié elle aussi de « profanes » les pratiques soignantes non expertes basées sur l'expérience et le bon sens que les membres valides de la famille (le plus souvent les femmes) délivrent dans l'espace privé de façon informelle, ni rétribuée et ni valorisée, aux membres malades et à ceux considérés comme les plus vulnérables et les moins autonomes (bébés, enfants, vieux, malades, handicapés) [Cresson, 1991; 2001]. Young reprendra ces caractéristiques en définissant le « soin informel » en ces termes:

« Le soin informel se réfère au travail non payé, à la fois affectif et instrumental, fourni dans la sphère domestique ou privée, souvent par des femmes et souvent par des membres de la famille » [Young, 2004 : 196].

Revendiquant la notion de « soins domestiques » retenue dans cette thèse, Francine Saillant adopte une approche entre ethnomédecine et anthropologie de la maladie pour réaliser une anthropologie des pratiques soignantes propres aux milieux non institutionnels. Son approche critique rejette une vision trop biomédicale des soins dans les recherches qui tendent à exclure, sinon à déclasser les soins réalisés dans la maisonnée, que F. Saillant rappelle de façon omniprésente dans les itinéraires, bien que souvent banalisés au quotidien et dans les études. Cette situation de disqualification, que

je trouve trop répercutée dans le choix des mots « informels » et « profanes », peut s'expliquer selon elle par la concurrence que ces soins représentent par rapport à ceux qui ont fait l'objet d'une professionnalisation biomédicale.

Elle ajoute que ces soins sont de plus surtout exercés par des femmes en raison d'une division sexuelle du travail qui leur attribue le rôle de soignante au sein de l'espace privé, tout en invisibilisant ce « travail de reproduction » (maternage, élevage, nourrissage, nettoyage, guérissage...) jugé subalterne ou naturel:

« Dans la majorité des recherches, les pratiques profanes de soins sont abordées comme si le partage des responsabilités face à la mort et à la vie était équivalent pour tous les membres de la maisonnée. »
[Saillant, 1991]

L'anthropologue Soizick Crochet plaide ainsi pour une reconnaissance de « l'invisible travail de guérison des femmes » en milieu rural cambodgien [2000] tout comme l'économiste Cristina Carrasco dont la recherche en Catalogne, menée sur le travail de soin non rémunéré des familles de malades en sortie d'hôpital, montre l'écrasante part des femmes dans ce travail invisible et pourtant nécessaire au maintien du budget du système de santé en place [Carrasco, 2007]. Il s'agit désormais de leur reconnaître leur vraie place au sein des pratiques soignantes qui forment le pluralisme thérapeutique à l'œuvre dans les terrains étudiés.

La plupart des travaux croisant le genre et la santé se sont cristallisés autour de la procréation et de ses pratiques [Delaisi de Parceval, Lallemand, 1980 ; Sargent, 1989 ; Pourchez, 2002, Van Hollen, 2003] par la suite complétés par des recherches sur la sexualité apparues suite à l'épidémie du VIH-Sida [Cros, 1990; Bardem, Gobatto, 1995 ; Bajos, 1998 ; Vidal, 2000] souvent dans des contextes extra-européens ou de migrations (Chapitre 4). Ces premiers travaux ont permis d'ouvrir un champ fécond pour l'anthropologie et de rapidement pointer la difficile et rare imposition des savoirs populaires, traditionnels ou profanes des femmes sur la grossesse, l'accouchement et les soins de la petite enfance face aux professionnels de santé qui tendent à les considérer comme des sous-savoirs [Loux, 1990 ; Sargent, Bascope, 1996 ; Lazarus, 1997 ; Crochet, 2000]. On peut également se demander en quoi cette transmission au contraire se maintient et se renouvelle sous des formes différentes, par le biais des mouvements migratoires et des flux globalisés d'informations, ainsi qu'en vertu de nouvelles valeurs sociétales en France en faveur du « naturel » et de la diffusion de nouveaux produits à base de plantes. J'apporterai plus loin certains éléments recueillis sur le terrain médocain permettant d'éclairer ce dernier point. Toutefois, l'attention portée à ces domaines a parfois participé à mettre au second plan d'autres besoins et savoirs de santé que nous tenterons d'explorer dans ce chapitre, issus de discours de femmes le plus souvent évacués par les professionnels de santé ou tout simplement auto-censurés.

6.1.2.2. Des soins implicites pour les maux de femmes

Le phénomène de médicalisation de la société française depuis le XIXe siècle et son accélération après-guerre selon une vision moderniste de la santé semblent avoir participé à discréditer les savoirs populaires de santé au profit des savoirs biomédicaux profanes. Dans le domaine des maux de femmes, et de la grossesse notamment, cela peut se traduire par une absence de recours à des remèdes par les plantes (par méconnaissance ou par méfiance) au profit de soins domestiques plus implicites, comme l'auto-surveillance du corps, l'observation d'interdits et la mise au repos.

L'auto-surveillance

La surveillance des fluctuations du corps est demeurée une pratique de soins préventifs très présente chez les femmes mais s'est rationalisée. Colette, à la retraite, avait connu l'époque où l'avortement était interdit en France et les connaissances sur le corps des femmes peu diffusées, impliquant une surveillance accrue de ses cycles et une certaine gestion de ses relations amoureuses qu'elle ne manquait pas d'expliquer à ses collègues dans l'entreprise parisienne où elle travaillait au début des années 1970:

« J'avais un peu peur de me retrouver enceinte, en voyant toutes mes copines. Je voulais connaître mon corps, et il y a eu cette collègue de boulot, plus âgée qui nous a fait un cours en nous disant : les filles ne retenez qu'une chose, c'est que l'ovule vit 48h et les spermatozoïdes 72. Et disant, les filles, s'il y a un décalage, on n'est pas dans la merde... (rires) (...) J'ai toujours personnellement maîtrisé ma contraception. Je n'ai jamais fait confiance aux hommes car certains en connaissent rien, ne savent pas ce qu'est un utérus et un ovaire. C'est toute une génération plaisir, sans penser au reste. Je plains beaucoup de femmes de ma génération qui ont dû souffrir. J'ai pris conscience qu'il fallait connaître son corps et prendre sa vie en main lorsque j'ai perdu une collègue de travail qui s'est retrouvée enceinte d'un homme marié qui n'a pas voulu reconnaître l'enfant. Elle est partie se faire avorter chez ce que l'on appelle une « faiseuse d'ange », sans mesure d'hygiène, elle a fait une hémorragie au bureau, on l'a portée à l'infirmerie et on ne l'a jamais revue, elle est décédée un mois après. » [Colette, 60 ans environ, retraitée, mariée, 1 enfant]

Aujourd'hui, au moment de la puberté, la transmission de ces savoirs et des droits des femmes en matière de contraception et d'IVG s'est beaucoup démocratisée. Toutefois, l'apprentissage de la vigilance envers ces parties intimes du corps se fait d'un point de vue assez technique, tourné vers des questions anatomo-physiologiques d'une part, et la prévention des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles de l'autre [Chapitres 3 et 4]. En raison d'une certaine individualisation des conduites de

santé et des normes de pudeur et de tabou qui régissent tout ce qui touche à la sexualité des femmes, cette surveillance apprise techniquement est éprouvée solitairement : à chacune de reconnaître en ces flux et douleurs le normal du pathologique, sans points de repères, tout en braver sa pudeur pour demander conseil. L'arrêt des règles constitue toujours un repère assez sûr pour suspecter la survenue d'une grossesse. Néanmoins, chez les femmes expérimentées, d'autres symptômes peuvent les alerter d'un simple retard ou d'une grossesse : Jeanne par exemple avait reconnu être enceinte du fait de son retard qui s'était doublé de douleurs aux gencives, caractéristiques chez elle. La surveillance pendant la grossesse, outre le suivi médicalisé obligatoire, passait chez Jennifer par une attention particulière vis-à-vis de la prise de poids, d'une part car ce contrôle est aujourd'hui valorisé comme une bonne pratique de santé, d'autre part parce que sa mère, souffrant d'obésité, avait vécu un accouchement particulièrement compliqué en partie pour cette raison. Au moment de la ménopause, c'est l'observation des « règles qui se dérèglent » [Moulinié, 1990] qui indique aux femmes la fin de leur vie féconde et qui explique la survenue d'autres troubles et de maux, comme les « bouffées de chaleur » et les migraines.

Ne rien prendre

Ainsi que nous l'avons précisé dans le Chapitre 2, certains maux de femmes, comme les douleurs de règles, sont banalisés au point de constituer des impensés sociaux et de déboucher sur des impensés thérapeutiques y compris chez les souffrantes. La plupart des femmes rencontrées disent « ne rien faire de particulier » quand elles sont indisposées pour soulager les douleurs, alors que certaines d'entre elles ressentent chaque mois des crampes dans le bas ventre ou dans le dos, des migraines et des vertiges et « attendent que ça passe ». Quelques-unes raillent « les hommes qui croient mourir à chaque fois qu'ils ont une gastro » alors qu'elles sont comme habituées à la douleur, n'y portant pas vraiment de considération et ne sollicitant pas de remèdes précis pour les apaiser, hormis médicaments antalgiques en vente libre, que certaines gardent toujours sous la main [Chapitre 4].

Chez Denise et ses deux amies, Marjorie, Jennifer, toutes deux sans emploi et vivant d'aides sociales, de ménages et de petits travaux à la vigne, de même que chez Jeanne et Claire, également issues de la classe médocaine ouvrière et agricole ou encore chez d'autres personnes, se lisent une attitude particulière face aux souffrances physiques liées aux règles en particulier, mais aussi plus généralement à un ensemble de maux du quotidien (migraine, mal de dos et tendinites pour celles qui travaillent à la vigne, petites affections respiratoires): il s'agit en fait d'une forme de fierté à « être dure au mal », « à ne pas être douillette », « à ne pas trop s'écouter » et à ne pas considérer plus que de mesure les douleurs ou les symptômes quand ils sont supportables. Elles croient

toujours à la dimension passagère du mal, se disant que ce n'est que quelques mauvais moments à passer avant un retour à la normale.

Quand Jennifer, enceinte, nous expliqua souffrir de nausées et ne pas réussir à dormir (car elle ne dort habituellement que sur le ventre mais que l'avancée de la grossesse rend cette position impossible), je lui demandai ce qu'elle faisait pour ces problèmes :

« Jennifer : Rien. Il n'y a rien à faire. Je ne peux prendre aucun médicament, ce n'est pas bon pour les femmes enceintes. Faut que je prenne mon mal en patience comme on dit !

CL : Tu sais, il y a sûrement des choses en pharmacie à base de plantes pour limiter un peu les nausées. Il y a aussi des tisanes pour le sommeil...

Jennifer : Ouais, je ne sais pas trop si ça marche tous ces trucs. Je ne connais pas en tout cas, et ça ne me dit rien ! Mais ça va, ce n'est pas si grave. Je ne suis pas malade non plus, c'est normal ma mère m'a dit.»

[Jennifer, 20 ans, en couple, enceinte, sans emploi, bénéficiaire d'une aide alimentaire]

La famille de Marjorie n'avait confiance qu'en le médecin de famille. Elle méconnaissait les « recettes thérapeutiques » à base de plantes, n'avait ni le désir ni les moyens d'en acheter en version manufacturée à leur pharmacien et se méfiait autant de l'hôpital que des guérisseurs.

« Ne rien faire » ou « ne rien prendre » pendant la grossesse concernait notamment les contre-indications pour les médicaments mais aussi les interdits alimentaires. Dans la société traditionnelle française, ces interdits étaient nombreux, comme l'interdiction de manger des mûres par exemple au risque de mettre au monde un enfant avec une tâche « lie-de-vin » sur la peau. Lors de mon enquête, j'entendais peu d'expressions et d'adages de cette sorte, les interdits étant plutôt dictés par les médecins et les nombreux ouvrages de vulgarisation scientifique consacrés à la périnatalité. Ils concernaient notamment la viande crue, les fromages, les crudités et les fruits de mers : en manger pouvait perturber le « bon développement du bébé », « lui provoquer des malformations » me dirent certaines. D'autres, moins consciencieuses, avaient plutôt opté pour une diminution de la consommation de ces aliments, adaptant les interdits à leur convenance.

Surveillance, résistance et patience constituent désormais autant d'attitudes de soins implicites et latents pour prévenir ou faire face aux troubles corporels mineurs comme aux évolutions d'une maladie chronique plus grave qui nécessiterait alors la décision d'un recours thérapeutique extérieur. Dans les deux cas, la mise au repos constitue toujours une forme de soin très suivie.

Le repos comme soin

La mise au repos constitue un acte de soin depuis longtemps et pour beaucoup. S'arrêter de travailler constitue un acte socialement signifiant, rendant compte à soi et aux autres que l'état de santé dans lequel on se trouve ne permet pas la poursuite des activités individuelles et oblige de se retirer de la vie normale dans l'attente de recouvrer forces et ses capacités d'action [Herzlich, 2004 (1994)]. Dans l'espace privé, la mise au repos demeure une façon de se soigner et de signifier que l'on est mal et que l'on se soigne. « S'allonger avec une bouillotte sur le ventre », prendre le temps de « dormir pour récupérer », « rester au lit » constituent des actes de soins signifiants pour de nombreux maux en général et pour les maux de femmes en particulier.

Dans le cadre de la grossesse et des maladies reconnues par les médecins, l'arrêt de travail est institutionnalisé, normalisé. On parle de « congés de maternité » (et récemment de « congés de paternité ») et d'« arrêts maladie ». Hors de nombreux maux de femmes, du fait de la non reconnaissance dont ils font l'objet, ne suscitent pas une telle sollicitude : les maux de ventres inexplicables, les douleurs de règles et les accès de dépresses ne sont pas toujours perçus comme suffisamment graves pour mériter un arrêt de travail. Notons cependant la remarque que d'anciennes fonctionnaires à la retraite m'ont faite, en riant, lors d'une conférence grand-public que j'ai donné à Bordeaux : elles me relatèrent l'application éphémère d'une loi ou d'une convention permettant aux femmes de la fonction publique de s'absenter au besoin quelques jours par mois pour mieux se reposer pendant leurs règles. Cette disposition n'a pas perduré « tant elle causait du bazar dans l'organisation du travail ! » se remémorèrent-elles, amusées par ce souvenir. Ce dernier leur semblait un peu absurde, montrant au contraire à mon sens un autre exemple de l'intériorisation sociale de la banalisation de ces maux, de même que les normes du travail salarié pas toujours adaptées aux spécificités de la santé féminine (la potentialité d'un départ en « congé maternité » demeure en France un facteur discriminant à l'embauche des femmes).

En résumé, les « trucs de bonnes femmes » désignent des remèdes dont les recettes sont détenues et réalisées par les femmes pour des besoins de soins familiaux mais aussi pour d'autres plus intimes. Ils sont hérités de soins qui s'inscrivent traditionnellement dans une cosmogonie plaçant la santé dans un système d'interprétation mêlant humorisme, mode de vie agraire et croyances locales. Ceux-ci répondent surtout aux exigences des âges de la vie et semblent évacuer les maux plus singuliers au profit de ceux qui revêtent une dimension plus initiatique et collective. Si la femme-qui-aide de Minot ne m'est pas clairement apparue sur le terrain, j'ai pu cependant relever la présence de réseaux de femmes-qui-s'aident, agissant comme de véritables systèmes d'orientation profanes dans les itinéraires thérapeutiques à ces moments précis de la vie.

La majorité de ces itinéraires montre *a priori* une absence de recours aux « trucs de bonnes femmes », notamment concernant l'usage des plantes médicinales que j'ai

surtout observé auprès de femmes migrantes. La plupart des femmes rencontrées privilégient en effet le développement de leurs savoirs biomédicaux profanes, méconnaissant ou discréditant les savoirs populaires de santé. Cela témoigne à mon sens de la normalisation des conduites de santé via son processus de médicalisation, lequel a contribué à limiter la possibilité d'un pluralisme thérapeutique et la légitimation du monopole de la pratique des soins par le médecin. Dans ce cadre, j'aurais pu analyser l'apparente absence de soins domestiques chez les femmes concernant les maux de femmes comme résultante de cette normalisation des conduites. Or, il m'est plutôt apparu que des pratiques de soins invisibles, comme la surveillance de soi, l'observation d'interdits ou la mise au repos, pouvaient être interprétées comme des pratiques de soins domestiques mêlant savoirs biomédicaux profanes et savoirs populaires. Je les ai donc qualifiées de « latentes » en raison de leur fonction de veille face aux évolutions des symptômes, mais aussi de leur invisibilité et de leur non reconnaissance en tant que telles. Nous allons ainsi voir qu'une minorité de femmes s'attachent néanmoins à faire évoluer cette situation en revalorisant les savoirs de santé « oubliés ».

6.2. La revalorisation des savoirs populaires: les « femmes sentinelles » vs les « usagères occasionnelles »

Parmi les femmes rencontrées pendant mon enquête, une minorité accordait une certaine importance à la revalorisation des savoirs domestiques de santé, qu'elles considéraient comme une composante de leur mode de vie, tournée vers l'écologie, le bien-être et motivée par l'expérimentation d'autres modalités du vivre-ensemble. J'ai appelé « femmes sentinelles » ces personnes développant une contre-culture sur de nombreux aspects de la vie dont celui de la santé, pour faire écho aux travaux de Jean-Pierre Dozon [2001] qui voit chez les patients sentinelles à la fois l'incorporation des normes préventives du système de santé mais aussi une capacité à les remettre en cause et à rechercher d'autres voies moins iatrogènes. Nous allons voir ici comment les pratiques domestiques de santé s'inscrivent dans le quotidien de ces femmes, à la fois pour des raisons de santé et de quête de bien-être, mais aussi comme une forme de revendication sociale et politique. Aux côtés de revendications écologistes, elles promeuvent l'appropriation des arts de guérir pour une plus grande autonomie en santé ainsi que la quête de soi pour une mise à distance individuelle des normes de genre et une réalisation de soi selon d'autres modalités. Ces approches alternatives de la revalorisation des savoirs populaires de santé font désormais l'objet d'une certaine médiatisation et d'une diffusion largement démocratisée, faisant apparaître sur le terrain un autre profil de femmes adoptant des pratiques de soins domestiques. J'ai qualifié ces dernières « usagères occasionnelles » dans la mesure où leurs pratiques ne répondent pas à une contre-culture mais à un mode de consommation propre au *mainstream* néolibéral, assimilant le pluralisme thérapeutique à un marché, et davantage guidé par une quête d'efficacité que celle d'une quête d'autonomie et de savoirs.

6.2.1. La santé, mode de vie ou produit de consommation ?

6.2.1.1. La santé, partie prenante d'un mode de vie alternatif et écologique

L'écologie environnementale et corporelle comme mode de vie

Dans le Chapitre 4, plusieurs logiques de recours aux soins de SSR par les femmes ont été pointées. Parmi elles, j'appelle logiques rebelles et sentinelles les conduites de santé de certaines femmes qui entendent mener une résistance aux normes de SSR et ajuster leurs comportements à leur mode de vie que je considère comme « alternatif ». Celui-ci est incarné sur mon terrain d'enquête par un réseau informel de femmes plus ou moins interconnectées qui fréquentent différents lieux caractéristiques de la contre-culture écologiste, comme les épiceries biologiques, une association de permaculture, de yoga, ou encore un stage de développement personnel. Les femmes rencontrées dans ce réseau ont des métiers tournés vers la production biologique en témoigne ces trois agricultrices rencontrées ou cette femme qui vend des produits locaux cuisinés au four solaire. D'autres travaillent dans le domaine du soin en tant que professionnelles de la santé et du social ou praticiennes de soins non conventionnels, exerçant dans l'éducation mais aussi dans d'autres filières *a priori* plus « conventionnelles » (ingénierie, commerce, administration). Ceci laisse à penser des différences de degré dans l'adhésion à ce mode de vie. La sociologue Geneviève Pruvost, ayant enquêté entre 2010 et 2012 dans les zones rurales françaises des Cévennes et de l'Aveyron, dresse le portrait d'habitants aspirant à une « alternative écologique » :

« Si on déplace la focale à l'échelle de villages ou de hameaux en partant de foyers ou de maisonnées, on voit se dessiner toute une constellation de modes de vie alternatifs qui vont de la maison équipée de toilettes sèches à la maison en paille, de l'éco-hameau à la yourte, de la location avec jardin potager à la cabane en forêt. Tel est le point de départ de cette recherche sur la conversion au mode de vie écologique radical, qui se définit par une alimentation biologique, un habitat partiellement ou totalement éco-construit, une défense de l'ancrage local et des circuits courts de distribution (en opposition à l'« économie verte » pratiquée par les grands groupes), et des pratiques d'éducation et de médecine alternatives. » [Pruvost, 2013]

J'ajouterai à ce portrait les personnes ayant vécu un événement marquant dans leur vie (un décès, une naissance, une rencontre, un livre) ou une maladie grave dont les causes ont été identifiées dans un environnement jugé nocif et toxique (vie urbaine, stress au travail), les ont conduites à rompre avec leurs anciens modes de vie pour adopter des conduites plus alternatives. L'expression de ce mode de vie, qui se pose aussi souvent comme un acte politique contre la société de consommation et l'économie de marché, se traduit dans de multiples aspects de la vie quotidienne comme le logement, l'alimentation, la santé, l'école... Les personnes adhèrent plus ou moins, selon leurs besoins, envies et possibilités à ces différentes facettes, mais la grande majorité d'entre

elles aspire à toutes les conjuguer. Certaines femmes rencontrées habitaient dans des maisons en bois, à faible consommation d'énergie et équipées de toilettes sèches. D'autres cultivaient seules ou avec leur famille des potagers et plantes aromatiques pour leur consommation. La plupart se nourrissait quasi-exclusivement de produits issus de l'agriculture biologique auto-cultivés ou achetés dans des épiceries spécialisées ou via des associations favorisant les circuits-courts comme les Associations en faveur du Maintien de l'Agriculture Paysanne (AMAP).

Du point de vue de la santé, leur point commun réside conjointement dans leur recherche collective d'une écologie environnementale et dans leur quête individuelle d'une « écologie corporelle ». Cette expression du philosophe Bernard Andrieu [2012] permet de traduire la volonté nouvelle de prendre soin de soi et de viser un équilibre personnel à la fois intérieur et extérieur via un mode de vie respectueux de soi-même et un environnement jugé sain. En résumé, un esprit sain dans un corps et un environnement sains.

Alice, masseuse bien-être, se plaint ainsi à dire que « le corps est un temple sacré dont il faut prendre soin », se montrant également très assidue à ses cours de yoga, tout comme Anne-Laure, infirmière à la clinique, qui voit là une hygiène de soi tout à fait nécessaire et cohérente avec son « mode de vie écolo » auxiliaire à son activité professionnelle « qui demande d'être bien ancrée ». Quelques-unes des surfeuses interrogées par ailleurs font du pilate en complément de leur activité de glisse par le biais de stages ainsi que de façon autonome, ces pratiques exerçant conjointement une certaine conscience du corps et de l'environnement proche, ainsi qu'une bonne maîtrise de la respiration, de l'équilibre et une forme de concentration sur le moment présent. Cet équilibre corporel visé est à comprendre comme une recherche d'un équilibre du corps et de l'esprit, en soi et avec l'environnement, c'est-à-dire une forme « d'écologie corporelle » intérieure, en relation constante avec l'extérieur [Andrieu, 2011]. Ce point précis illustre un changement de pensée entre les pionniers des années 1970 et les actuels acteurs de « l'alternative écologique ». Ces derniers adoptent en effet un mode de vie moins communautaire que les hippies et néo-ruraux d'il y a quarante ans, et privilégient la réalisation individuelle par un travail qui fait sens pour eux et l'inscription de leurs familles nucléaires dans de denses réseaux d'interconnaissance soutenant localement à la fois l'écologie au quotidien, un mode de vie basé sur la convivialité ainsi que le vivre-ensemble [Bonini, 2004 ; Pruvost, 2013].

Cette vision se retrouve dans les pratiques de santé où on se méfie, renonçant aux soins qui font l'objet d'une prise en charge individualisée. Le système de santé en général et en SSR particulièrement, est largement perçu comme normalisant et la biomédecine comme iatrogène conduisant à des renoncements à ce type de soins, principalement dans le domaine de la prévention [Chapitre 4] :

« Mon fils n'est pas vacciné et je suis prête à falsifier un document s'il doit aller dans une école conventionnelle. Vous savez, en fait, mon sentiment et ma colère, c'est parti de la santé mais c'est ça qui m'a fait beaucoup remettre en question la société dans son ensemble. On est dans une société où le but du jeu est de consommer à fond... Donc faut peut-être se mettre à penser différemment ! Je suis marginale et je le sais ! Mais je ne suis pas la seule ! Et on trouve des solutions ! » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Colette expliquait par exemple le sentiment vécu d'« un rapport de force entre ceux qui savent et les pauvres patients ignorants », c'est-à-dire entre les médecins et leurs malades, ces derniers devant combler leurs lacunes pour éviter les abus et dérives des premiers. Chantal, nous l'avons vu, refusait les dépistages organisés, Claire de son côté ne se soignait que par elle-même (y compris pour les soins dentaires), expliquant son manque de confiance envers l'institution officielle. Joignant le geste à la parole, elle me confia l'un de ses ouvrages de référence, intitulé *La mafia médicale*. Ce livre, écrit par une ancienne femme médecin québécoise, aborde le système médical sous un angle conspirationniste, dénonçant les conflits d'intérêts entre médecins, lobbys pharmaceutiques et gouvernements ainsi que la production lucrative de médicaments inefficaces, voire nocifs [1994]. Ces ouvrages contestataires renforcent la volonté des personnes à favoriser la transmission des savoirs et techniques de soins domestiques et non conventionnels, considérés comme plus sains et déconnectés de ces enjeux de pouvoirs. Les plus réfractaires constituent une petite minorité de personnes qui ont souvent vécu de mauvaises expériences au sein du système de santé officiel.

La majorité des actrices de cette « alternative écologique » [Pruvost, 2013], de ces « femmes à l'émancipation verte » [Andrieu, 2012] ou plus simplement des femmes soucieuse de leur bien-être et de vivre dans un environnement perçu comme sain adoptent toutefois des attitudes plus nuancées vis-à-vis de la santé. Elles privilégiaient la négociation entre besoins, avantages et inconvénients de chaque pratique de soins. Leur éducation, leurs apprentissages réguliers et leurs expériences font qu'elles disposent de connaissances suffisamment fiables pour identifier leurs propres problèmes de santé et les recours adaptés au sein du pluralisme thérapeutique proche (Médoc, région) ou plus lointain (national et international). En ce sens, elles peuvent être considérées comme des femmes « sentinelles » au sens où l'emploie Jean-Pierre Dozon [2001]. Le retour à la tradition et aux sagesse de aînées s'accompagne d'un rejet des effets iatrogènes de la modernité en général, et de la biomédecine en particulier, d'une promotion de l'écologie de soi et de l'environnement, ainsi que d'une valorisation des savoirs populaires discrédités lors du processus de médicalisation de la société. Les récents scandales pharmaceutiques ont de plus alimenté une grande méfiance envers le médicament chimique et un plus fort engouement pour une médecine « naturelle ». Nous verrons plus loin qu'elles favorisent leur appropriation des arts de guérir via des formations et des lectures, visant une certaine autonomie en santé. Pour l'instant, nous

allons nous pencher sur l'une des pratiques courantes permettant, selon elle, le maintien préventif de l'équilibre corporel, à savoir l'alimentation.

La santé au quotidien : le cas de l'alimentation

Dans les épiceries biologiques médocaines, qui demeurent somme toute assez peu fréquentées en comparaison avec les supermarchés, les adeptes du mode de vie alternatif ont la possibilité de se fournir en fruits et légumes, féculents, viandes, crèmerie mais aussi en cosmétiques et produits d'hygiène ou d'entretien, issus d'une agriculture non conventionnelle plus respectueuse de l'environnement. Les aliments sont vantés pour leurs meilleures qualités gustatives et nutritives et leur consommation semble constituer à elle seule une démarche préventive de santé. Ces commerces possèdent presque toujours un rayon dédié à l'herboristerie où on peut se procurer les plantes légalement autorisées par le Code de la Santé Publique. Ce dernier fixe la définition du médicament – « toute substance ou composition présentée comme ayant des propriétés curatives ou préventives (...) » [Article L. 5111-1 du CSP]- et réserve sa prescription au médecin et sa dispensation au pharmacie. Le métier d'herboriste a été interdit en France aux personnes non titulaires d'un diplôme de Docteur en Pharmacie en 1941 sous le gouvernement du Maréchal Pétain. Un décret de 1979 a autorisé la vente libre d'une liste de 34 plantes médicinales, et un autre, datant du 26 août 2008, a allongé cette liste à 148 essences considérées comme relativement inoffensives. En 2010, le sénateur Jean-Luc Fichait réclame en vain à la ministre de la santé et des sports la réhabilitation des formations au métier d'herboriste, constatant une demande croissante en phytothérapie dans la population et un désintérêt économique pour ces produits de la part des pharmaciens qui demeurent les seuls autorisés à conseiller des plantes médicinales [JO Sénat, 25/02/2010, p 409].

Dans les épiceries biologiques, les plantes médicinales se vendent donc soit séchées et conditionnées en sachets de papier recyclé, soit transformées en élixirs alcooliques (Fleurs de Bach), en huiles essentielles, en gélules, en ampoules... Si certaines personnes possèdent de bonnes connaissances dans ce domaine, la plupart des gens semblent tout de même assez dépendants des conseils. Malgré l'interdiction légale, les commerçants souvent très investis dans leur travail en prodiguent quelquefois. Diplômée en phytothérapie Josiane est l'une d'entre elles. J'étais venue la rencontrer dans son magasin car plusieurs de mes interlocutrices m'en avaient parlé comme d'une personne ressource. Nous avons convenu de notre rendez-vous par téléphone. Ce jour-là, elle avait d'abord refusé de me rencontrer et de répondre à mes questions, craignant de se voir par la suite inquiétée par le Conseil de l'Ordre des Médecins ou des Pharmaciens pour avoir donné des conseils en matière d'alimentation à ses clientes, elle qui possédait pourtant de solides savoirs professionnels et de l'expérience en la matière :

« J'ai étudié la naturopathie il y a une quarantaine d'années au Québec. J'y ai ouvert un magasin là-bas. (...) Le magasin n'avait rien de bizarre là-bas ! Quand on est arrivé ici, on était un peu comme des pionniers. Par exemple, on est les premiers dans le coin à avoir proposé des sacs biodégradables.»
[Josiane, 55 ans, épicière biologique]

Son travail revêt beaucoup de sens pour elle, qui a eu du mal à faire partager et reconnaître ses convictions écologiques en Médoc. Cela l'étonne d'ailleurs compte tenu de l'image habituelle du territoire vu comme un lieu préservé et aux modes de vie des habitants représentés comme adaptés et respectueux de la nature [Chapitre 1] :

« Le magasin est ouvert depuis dix ans. Ce n'est pas une idée comme ça, c'est ma vie ! J'ai toujours été dans le Bio, dans l'écologie... Quand on s'est installé, les gens avaient peur de nous. Tous les adjectifs y sont passés... Ils disaient qu'on était une secte. Les médecins du coin disent que je joue les sorcières ! Moi je pense qu'ici, il y a plein de gens qui disent aimer la nature, qui disent y habiter, mais ils ne sont pas proches de la nature pour autant ! Il y a des papis qui croient qu'ils mangent bio parce qu'ils cultivent des légumes dans leur potager, mais ils y mettent des graines OGM et des engrais chimiques qui polluent. Ils ne sont pas conscients d'accord mais ils ne cherchent pas toujours à s'informer... (...) Des fois j'ai l'impression que les seuls qui sont proches de la nature ici, ce sont les touristes et les anciens néo-ruraux. (...) Le vin du Médoc, si réputé, est cultivé sur des terres polluées ! Je suis sûre qu'on verra bientôt des gens qui feront le lien entre leurs problèmes de thyroïde ou leurs problèmes respiratoires et ce qu'ils pulvérisent dans les vignes ! Toute la côte de l'Estuaire est polluée.» [Josiane, 55 ans, épicière biologique]

Dans ce contexte, les enjeux alimentaires sur la santé apparaissent très clairement dans le discours de Josiane :

« En ce qui concerne les cancers, le mieux reste de prévenir ! Il faut supprimer tous les polluants, tous les allergènes qui fragilisent notre système immunitaire. Les cancers souvent, c'est en lien avec les métaux lourds. Il y en a partout ! Il y a de l'aluminium dans le pain par exemple ! Par contre, pendant une chimiothérapie, il faut absolument un régime végétarien. De nombreuses études le conseillent ! Il faut un régime végétarien bien garni, éviter les aliments acides qui sont difficiles à assimiler et aussi les excédents de sucre, qui ont tendance à nourrir le cancer. Le sucre est très acidifiant, on en consomme beaucoup trop, souvent à notre insu puisque aujourd'hui, la plupart des produits alimentaires ont du sucre ajouté. A la ménopause par exemple, c'est très mauvais parce que ça chauffe le corps, ça participe aux bouffées de chaleur. (...) »

Par contre, je ne conseille pas le soja à tout va ! Moi je ne connais pas les antécédents des gens et trop de soja peut avoir des effets secondaires. Il s'agit pas de tout remplacer par le soja, ou autre chose c'est toujours pareil. Il faut varier son alimentation. Moi je conseille surtout des diètes, je dis déjà d'éviter les excitants comme le café, l'alcool, la viande rouge qui irrite les intestins. »
[Josiane, 55 ans, épicière biologique]

Nombre de ses conseils reposaient sur une alimentation appropriée aux besoins de l'organisme selon les saisons, les « terrains de chacun » (c'est-à-dire la physiologie propre à chacun), l'atteinte par une maladie ou le moment du cycle par exemple :

« Pendant le syndrome prémenstruel, les femmes sont souvent en manque de fer et de vitamine B. Donc il faudrait manger des aliments qui permettent de compenser. Pendant les règles, je conseille généralement une diète alimentaire. Une diète assez souple, avec plus de légumes et moins de viande. Comme ça, ça se passe mieux. J'ai de plus en plus de demandes vis-à-vis de ça d'ailleurs. » [Josiane, 55 ans, épicière biologique]

Je lui demandai quelques conseils concernant les maux de femmes :

« Bon, il y a les tisanes de sauge bien sûr pour les douleurs de règles, le fenouil pour la lactation... Tiens ! Pour les troubles hormonaux à la ménopause, il existe des phyto-oestrogènes, c'est-à-dire que ce sont des plantes avec des principes actifs, au niveau moléculaire, qui imitent les hormones naturellement présentes dans le corps. Beaucoup de femmes refusent les hormones de substitution. Mais les infusions ou les compléments alimentaires à base de plantes, elles préfèrent. » [Josiane, 55 ans, épicière biologique]

Les livres et magazines constituent une très importante ressource [Annexe n°8] pour certaines femmes qui y puisent et y apprennent les régimes diététiques « détoxifiants », « purifiants ». Colette par exemple m'a confié de nombreux exemplaires de la revue *Vivre en harmonie*, auquel elle est abonnée depuis près d'une dizaine d'années. Pour cette femme assez méfiante envers le système de santé, les soins par l'alimentation sont une question de bon sens :

« Il y en a qui se confortent dans cette médecine d'assistés. L'allopathie est pour moi une médecine d'assistés, ils ne font rien qu'aller chez le docteur. Regardez la période des gastros entre Noël et le jour de l'an. Ils sont d'une mauvaise foi les ¾ car on est en période de fête, on mange et boit plus, on fait des excès, il y a le chaud et le froid... Je leur dis de se mettre à la diète, de prendre une tisane de romarin, un peu de citron... Les gens ne se posent pas de questions ! (...)

Le mieux est fait des cures régulières(...) J'alterne avec l'argile et l'aubier de tilleul, beaucoup de monde ne connaissent pas non plus. C'est une merveille, l'aubier de tilleul draine tout le corps ! » [Colette, 60 ans environ, retraitée, mariée, 1 enfant]

Un mode de vie paradoxal ou novateur ?

Un certain paradoxe émanait de ce discours alternatif dans le domaine de la santé, car la médecine par l'alimentation et par les plantes demeure une médecine majoritairement préventive. Or le phénomène de médicalisation à l'œuvre depuis la fin du XIXe siècle, que dénoncent en partie les acteurs de l'alternative écologique, s'accompagne d'un processus d'incorporation d'une attitude préventive face au risque [Beck, 2001(1992); Aiach, 1998]. Nous avons vu dans le Chapitre 4 et nous allons approfondir ici les logiques d'autonomie visées par ces acteurs comme autant de moyens d'émancipation vis-à-vis d'un système de santé considéré comme iatrogène. Mais on peut se demander si cette volonté d'autonomie individuelle, également souhaitée par le système de santé, ne résulte pas davantage de l'incorporation des biopolitiques que de revendications individuelles. Jean-Pierre Dozon qualifie de « sentinelles » [Dozon, 2001] les individus qui, ayant incorporé les normes de prévention propres à la conception biomédicale et épidémiologique de la santé, sont en mesure de naviguer au sein d'un pluralisme thérapeutique tout en identifiant les bienfaits et les dérives, ce qui semblaient être le profil de plusieurs des femmes rencontrées et s'inscrivant dans cette mouvance.

Les travaux d'Ulrich Beck et ceux d'Anthony Giddens sur la mobilisation des notions de réflexivité, de risques et d'incertitude dans les études de la médicalisation incitent à se poser d'autres questions concernant ces femmes. Pour eux, la période de la « modernité avancée » dans laquelle nous nous trouvons se caractérise par un individualisme poussé qui contraint chacun à être maître de son destin. Dès lors, il s'agit de faire les bons choix de vie au quotidien qui permettront la réussite sociale et l'épanouissement personnel. Le mode de vie alternatif et ses logiques de santé semblent aujourd'hui concourir à cet idéal individualiste mais avec le souci de reconfigurer l'espace social dans lequel il prend place, c'est-à-dire en réintégrant des formes de solidarités locales, des savoirs traditionnels et en tentant de diminuer les risques et les contradictions que représentent l'économie de marché en général, et le système de santé en particulier.

Pour Anthony Giddens, la société est la résultante des pratiques et des transformations réciproques des individus et des institutions : dans ce cadre, les individus sont sommés par les institutions à s'émanciper, s'autonomiser et se réaliser en même temps que ces mêmes institutions se transforment au gré des besoins des individus, afin que celles-ci leur mettent à disposition les moyens d'y parvenir [Giddens, 1991]. Pour le sociologue,

la réflexivité est l'un des principaux mécanismes employés par les individus, parfois par le biais d'experts en la matière, pour porter un regard distancié et produire des connaissances sur eux-mêmes qui, ajoutées aux savoirs scientifiques dont ils sont porteurs, leur permettent de faire les bons choix quant à leur réalisation personnelle. Selon cette perspective, la santé fait d'une part l'objet de discours de prévention portant sur de nombreux aspects de la vie enjoignant les individus à adopter des pratiques de vie saines et à éviter les conduites considérées comme risquées, et d'autre part elle est perçue comme une composante de la réalisation de soi :

« On pourrait dire que la médicalisation de la vie se fait à travers la notion de déviance et sa transformation en notion de maladie, la normalité se traduisant alors en termes de santé.

(...) le plus souvent échappant au contrôle direct des médecins, la médicalisation envahit les esprits et s'insinue dans tous les espaces où peut se manifester une préoccupation pour la santé. C'est au fond comme si une gigantesque machination avait été montée par des experts en publicité pour que la santé devienne la première préoccupation des gens et se traduisent par des conduites adaptées à un seul et même objectif : promouvoir la santé en se protégeant des maladies et des facteurs de risques. » [Aïach, 1998, 26]

Se réaliser et être autonome, c'est avant tout savoir se maintenir en santé, ce qui est signe d'une maîtrise de soi et vecteur d'une définition identitaire valorisée. Pour Ulrich Beck, l'adhésion à l'utopie sanitaire consiste à croire qu'il est bon de désirer et de maintenir un corps parfait, débarrassé de tous risques potentiels et en état de fonctionnement optimal sans intervention extérieure [Beck, 2003]. Or paradoxalement une défaillance, ou sa seule potentialité, pousse à recourir à des soins, dont l'offre et la consommation augmentent compte tenu de la propension des individus à redéfinir certaines manifestations physiques, psychologiques ou sociales en problème de santé [Aïach, 1998 :27]. Ainsi se pose la question de l'autonomie réelle ou illusoire de ces femmes « sentinelles » rencontrées en Médoc, soucieuses d'une vie saine dans un environnement considéré comme sain.

Le « retour au naturel » constitue aujourd'hui une tendance sociétale forte, soutenue par une large médiatisation des scandales alimentaires et des effets de la « mal-bouffe », des esclandres pharmaceutiques et des dégradations environnementales. Nous allons voir que chez les femmes « ponctuelles », le recours aux savoirs populaires de santé ne répondent pas à une volonté d'autonomie mais à une logique vue comme « responsable » de consommation de soins perçus comme efficaces.

6.2.2.2. Le retour des « remèdes de grands-mères »

L'expression « remèdes de grand-mères », moins péjorative que celle des « trucs de bonnes femmes » souligne le caractère ancien, populaire, familial et genré de ces recettes thérapeutiques transmises autrefois grâce à l'oralité et à l'observation des gestes. Ils consistent en la préparation et l'administration de substances thérapeutiques par les femmes soignantes de la maisonnée à partir d'aliments, de plantes aromatiques, de minéraux, d'alcools, de vinaigre que l'on trouve dans la cuisine ou dans le jardin. Dans la France traditionnelle rurale de Françoise Loux, les pratiques de santé se révèlent souvent préventives et inscrites dans le fil des saisons et des âges de la vie, en tant que pratiques du quotidien socialement et collectivement partagées [Loux, 1988 ; 1990]. Si la transmission orale de ces savoirs s'est faite plus rare, on assiste actuellement en France à un fort regain d'intérêt pour les « remèdes de grands-mères ». Toutefois, ces derniers ne sont plus intégrés dans une cosmogonie alliant l'humain, la nature et les saisons mais se vendent sous la forme de produits bruts ou transformés, comme une alternative aux médicaments qui suscitent la méfiance suite à plusieurs scandales médiatiques. Ces remèdes jouissent d'une notoriété grandissante car ils s'inscrivent dans le mouvement « de retour au naturel » et la valorisation d'un mode de consommation « plus sain », relayés dans les médias et inspirant de nouvelles niches économiques.

La revalorisation des pratiques populaires de santé

En Médoc, l'association des Tradinaires a publié pendant mon enquête un ouvrage, en gascon et en français, sur les plantes comestibles et médicinales que l'on peut trouver sur la presqu'île [Tradinaires, 2010]. Ce beau livre illustré et poétique se présente davantage comme un objet de valorisation de la mémoire et du patrimoine à destination des sympathisants régionalistes occitans et des touristes amateurs de folklore local que comme un guide naturaliste précis de la flore locale. Il se vend en Médoc dans les presses et les librairies dans les rayons régionalistes ou dans les rayons de plus en plus fournis « santé-bien-être », aux côtés de guides en naturopathie, aromathérapie, phytothérapie, homéothérapie et dictionnaires de plantes médicinales. Ces types de recueils de conseils et de techniques de soins empiriques renouvellent les modes de transmission des « remèdes de grand-mères » et tendent à les légitimer par le processus d'écriture dont ils font l'objet [Goody, 1979]. Cependant, j'ai pu constater que la possession de tels ouvrages chez soi ne signifie pas toujours son utilisation par les femmes. Si les femmes « sentinelles » les considèrent comme des supports d'apprentissage favorisant l'autonomie, les « usagères occasionnelles » y voient, pour leur part, un réservoir potentiel d'astuces et de techniques de soins qu'elles consultent occasionnellement au besoin.

Les livres et manuels, mais aussi la presse féminine⁹⁰, ne sont pas la seule source de diffusion de ces savoirs « retrouvés ». La presqu'île possède une radio locale appelée *AquiFM*, « la radio d'ici » en gascon. Depuis quelques années à peine, les programmeurs ont institué une émission un matin par semaine sur « Les légendes du Médoc », répondant à la demande d'identité culturelle tant institutionnelle que populaire du territoire. L'une de mes interlocutrices m'a fait part de l'existence de cette émission en me précisant qu'elle est régulièrement animée par les membres de l'association occitane des Tradinaires. Ces derniers y parlent, entre autres choses, des remèdes et plantes médicinales utilisées autrefois par les paysans médocains. J'ai par ailleurs remarqué que la radio programmait hebdomadairement une émission appelée « santé-société » abordant divers sujets souvent relayés par les médias nationaux comme le vieillissement ou le cancer.

Pendant le temps de mon enquête, j'ai pu remarquer que les médias nationaux forment de plus en plus une source de diffusion de connaissances en matière de soins domestiques. Les « remèdes de grands-mères » constituent régulièrement le thème des trois principales émissions grand-public sur la santé de la télévision française (*Le journal de la santé*, *Allo docteurs*, *Enquête de santé*). Certains programmes radiophoniques ou télévisés, d'ordinaire consacrés à d'autres domaines, s'emparent également de ce sujet en vogue. Les « remèdes de grands-mères » deviennent un slogan presque « branché » et le signe d'un programme dans l'air du temps. On y parle successivement des remèdes « contre les troubles du sommeil », « pour avoir de beaux pieds », « contre la cystite », « pour soulager les jambes lourdes », « pour retrouver la forme », « pour digérer » comme autant d'astuces que l'on peut aisément s'approprier et dont la dimension traditionnelle garantit les bienfaits. Les chroniqueurs incitent leur public à se saisir de ces thérapeutiques « oubliées » et à les réactualiser pour soi et pour la famille, de façon autonome et pertinente, pour tout ce qui concerne les petits maux du quotidien.

Josiane, la propriétaire d'une épicerie « biologique », m'expliquait qu'elle dispensait toujours autant oralement de nombreux conseils à ses client-e-s de plus en plus nombreux mais qu'elle avait noté un changement dans l'achat de livres :

« Anciennement je vendais des livres d'aromathérapie, sur les carences alimentaires, sur les régimes phytothérapeutiques... Mais ça ne marche plus aussi bien, maintenant il y a tout en librairie conventionnelle... ou sur internet ! » [Josiane, 55 ans, épicière biologique]

⁹⁰ Concernant la place des remèdes de grand-mères et des techniques d'auto-soins dans la presse féminine, voir plus précisément l'Annexe 8.

A l'instar des autres médias en effet, la valorisation des médecines naturelles, le retour à la nature, le rejet des médicaments et l'engouement pour les remèdes d'antan n'ont pas échappé aux entrepreneurs du net [Annexe n°8]. Il est désormais possible d'effectuer une recherche instantanée de « remèdes de grands-mères », expression populaire empruntée par ces sociétés pour créer un effet de communication, mobilisant la tradition sur un support technologique moderne et sophistiqué. Le site intitulé « Grands-mamans.com » par exemple, use d'un graphisme travaillé par des infographistes aguerris aux techniques de communication. D'autres sites sont spécialisés dans la vente de produits naturels à base de plantes et de minéraux. Ils sont proposés sous la forme d'ingrédients à mélanger soi-même chez soi selon des recettes expliquées sur le site afin de confectionner à la maison différents remèdes et soins de beauté. Pour (re)découvrir les savoirs et techniques des médecines et cosmétiques par les plantes, plus besoin d'un jardin aromatique chez soi quand on peut commander et être livré à domicile. Plusieurs femmes rencontrées faisaient des achats réguliers sur ces sites qui leur permettaient d'accéder à des produits spécifiques peu disponibles en Médoc, tandis que mes observations de terrain montrent néanmoins plusieurs lieux de vente. De plus en plus de pharmacies affichent sur leurs vitrines et devantures leurs offres de produits en herboristerie. Ils proposent à la vente de l'homéopathie, des pommades ou des compléments alimentaires fabriqués à partir de substances naturelles et de plantes par des laboratoires pharmaceutiques et cosmétiques désormais spécialisés dans ce type de production. Une gamme de produits de beauté à base de pépins de raisin, fabriquée en Gironde par un laboratoire de cosmétique, conscient des enjeux économiques autour de cette consommation « verte », connaît un succès national. Les pharmacies revendent ces préparations industrielles et revalorisent ce faisant des compétences qu'ils ont parfois mis de côté au profit de la dispensation médicamenteuse.

En filigrane de cette revalorisation commerciale des « remèdes de grands-mères » et de la médecine par les plantes apparaît l'idée que le recours au médecin n'est pas toujours nécessaire et qu'il est facile, pertinent, voire avant-gardiste de s'en référer aux remèdes traditionnels populaires. Les médias se font promoteurs d'une certaine autonomie en santé et de logiques préventives faciles à mettre en œuvre avec peu de moyens, une autonomie par ailleurs recherchée par les principes biopolitiques de santé publique. La dimension contre-culturelle animant le mode de vie alternatif sert ici d'argument commercial. L'interdépendance entre la santé, la consommation alimentaire, l'habitat, les conditions de travail, propre à la pensée alternative n'est pas relayée comme telle et comme ayant une portée politique. Ces domaines de la vie sont abordés de façon cloisonnée, au sein desquels une consommation plus respectueuse de l'environnement est valorisée. Ce qui peut expliquer un recours ponctuel aux « remèdes de grands-mères », davantage orienté par la quête d'efficacité dans les itinéraires thérapeutiques de la majorité des femmes rencontrées et sensibilisées médiatiquement à la question du « naturel ».

Un recours motivé par la quête d'efficacité

Pendant son deuxième cancer du sein et quelques mois après sa rémission, Estelle avait adopté un régime végétarien, composé de produits essentiellement issus de l'agriculture « biologique », considérant comme trop « toxiques » et pas assez « fortifiantes » les denrées alimentaires issus des cultures conventionnelles, usant de pesticides et engrais chimiques jugés nocifs ainsi que de semences génétiquement modifiées perçues comme « contre-nature » et potentiellement dangereuses. Pour autant, au moment de l'entretien, elle me confia « ne plus faire attention à ce qu'elle mangeait », se faisant « plaisir avec du bon magret de canard ». Ses propos lui firent ajouter, comme pour elle-même qu'elle devrait se « remettre à la diète et aux produits sains pour se refaire une santé ». Josiane m'expliqua que sa clientèle à l'épicerie biologique était majoritairement constituée d'habitues, « des gens avec des modes de vie assez sains, respectueux de la nature ». Les clients plus ponctuels arrivent souvent en raison d'une prise de conscience écologique, d'un épisode de maladie grave ou de l'arrivée d'un enfant :

« Aujourd'hui, j'ai beaucoup de nouvelles clientes qui sont de jeunes mamans. C'est le fait d'avoir à nourrir leur bébé qui leur fait prendre conscience de l'importance de la qualité des aliments. Elles veulent savoir ce qu'elles donnent à leur petit. Ce qui est curieux, c'est que certaines arrêtent de venir quand leur bébé a un peu grandi ! » [Josiane, 55 ans, épicière biologique]

Aude, travailleuse sociale, ne mangeait pas « bio » avant d'avoir son bébé. A sa naissance, elle avait d'abord essayé de l'allaiter, pour éviter le lait en poudre. Rencontrant des difficultés, elle acheta du lait en poudre « bio » avant d'« intégrer des purées faites maison avec des légumes bio ». Lorsqu'elle a repris le travail après son congé maternité, elle n'eut plus eu le temps de multiplier les lieux où elle faisait ses courses, et avait peu à peu donné à son petit les mêmes produits qu'elle achetait pour elle et son conjoint. La question du coût de l'alimentation biologique, plus chère, freine cette consommation pour certaines femmes:

« Le bio, ça fait trois ans que j'en achète. Mais c'est vraiment plus cher, alors je sélectionne vraiment » [Bertille, 27 ans, saisonnière en vente]

Le recours aux produits à base de plantes médicinales et des conduites diététiques particulières s'inscrivent le plus souvent à des moments précis des itinéraires thérapeutiques, comme pour Estelle et son cancer, et des trajectoires biographiques, comme pour Aude avec l'arrivée de son premier bébé. En ce sens, ils sont considérés comme des soins particulièrement adaptés et efficaces pour répondre à des besoins particuliers à des temporalités particulières, par exemple pour maintenir une certaine vigueur corporelle dans le cadre de la maladie chronique, pour assurer le bon développement de l'organisme du bébé, pour stimuler la production de lait pendant l'allaitement ou pour une cure diététique momentanée pour « détoxifier » le corps ou le

rééquilibrer. Selon cette même logique pragmatique d'auto-soin, les « usagères occasionnelles » s'emploient à des pratiques d'entretien corporel et de détente que les « sentinelles » interprètent davantage comme des pratiques de soins psycho-mystiques.

Des pratiques d'entretien corporel et de détente

Dans l'école de yoga que j'ai pu intégrer, j'ai observé que les femmes pratiquent cette discipline pour « s'entretenir » ou se « détendre ». Seule une minorité y développe une dimension spirituelle. Lisa par exemple, secrétaire en arrêt maladie de longue durée, ne pouvait plus faire de sports trop violents des suites de son cancer colorectal, pratiquant cette discipline indienne deux fois par semaine « pour ne pas rouiller ». Certaines femmes qui participent au cours de Coline souhaitent elles « remettre en marche » leur organisme après une longue inactivité ou lui permettre de « bien s'activer », pendant ou après des traitements et chirurgies relatives à des maladies chroniques : ce fut le cas de Christelle qui débuta le yoga grâce à une collègue, au moment de l'annonce de son cancer du sein. Coline a également remarqué que la survenue d'une grossesse motive souvent les futures mamans néophytes à s'inscrire à son cours qu'elle adapte à leur situation. Devenues mères, elles ne poursuivent pas toujours la pratique.

Christelle, lors de sa « seconde dépression » et de son « premier cancer du sein », a trouvé une source d'apaisement dans le yoga et de la méditation dont elle reprend les techniques pour se calmer la nuit quand elle n'arrive plus à dormir. Ainsi ces pratiques de soins peuvent être exercées de façon autonome, pour un bien-être psychique et physique [Raineau, 2011]. Que ce soit en pratiquant le yoga et la méditation, ou en allant marcher sur la plage et se promener en forêt, en allant nager, faire du vélo, du footing ou consulter des « praticiens bien-être » comme les masseurs ou les sophrologues, la plupart de mes interlocutrices cherchent à « s'aérer », à « faire une pause » et à « respirer » au sens propre comme au sens figuré. Se « ressourcer » signifie pour elles « aller puiser à la source » « l'énergie » qui leur fait parfois défaut, circulant en excès ou stagnante, et faisant « monter la pression » ou « péter les plombs ». J'ai déjà évoqué les travaux de Christine Durif-Bruckert sur le vécu profane des troubles nerveux des personnes qu'elle a interrogées lors de son enquête sur les façons non savantes de penser la physiologie intérieure et ses dérèglements [1994]. Ceux-ci confirment le besoin ressenti des personnes à tantôt « calmer les nerfs » tantôt « faire le plein d'énergie ».

Jeanne nous expliqua ainsi que dans le cas de périodes moralement difficiles, elle se rendait parfois à une vingtaine de kilomètres de chez elle pour « se ressourcer » à la « Fontaine des Druides » qu'elle nous présenta comme « une fontaine celtique, construite par rapport au soleil » [voir photo ci-dessous, prise par mes soins]. « L'eau de la source y est très ferrugineuse » nous-précisa-t-elle pour en expliquer la couleur de

rouille. Les légendes locales rapportent parfois l'histoire d'une jeune femme rousse venue se baigner dans cette fontaine et qui s'y serait noyée, laissant à l'eau la couleur de ses cheveux. Jeanne en prenait parfois dans une bouteille pour en avoir un peu chez elle, comme un objet sacré :

« Les fontaines, l'eau... L'eau c'est la vie ! La vie de mon fils a été menacée par une perte des eaux trop précoce, mais c'est aussi le peu d'eau dans mon ventre qui lui a permis de vivre, tout est lié ! » [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]



Encadré n°- : Fontaine de Bernos

Source : Conseil Régional d'Aquitaine, <http://visites.aquitaine.fr/fontaine-de-bernos>

Comme expliqué dans le premier chapitre, le Médoc se présente comme un lieu propice pour « s'aérer », voire « se ressourcer », au contact de la nature environnante. C'est d'ailleurs cette propension au « ressourcement » et à la quiétude que vient chercher les « néo-ruraux » et les « touristes », avides d'odeurs, d'images, de bruits et de sensations que peut procurer un environnement naturel. Les uns y expérimentent un autre mode de vie, les autres en consomment, le temps des vacances, les bienfaits reconnus. De même, le retour « au naturel » s'exprime différemment chez les femmes « sentinelles » et chez les femmes « ponctuelles », les premières considérant l'écologie corporelle et environnementale comme étant à la base d'un nouveau modèle social, les autres y voyant plus simplement une composante du pluralisme thérapeutique, des recours potentiellement efficaces et des pratiques de consommation innovantes.

6.2.2. De la quête de savoirs aux identités de femmes

Comme tenu de la faible transmission orale des savoirs populaires en santé, les femmes que j'appelle « sentinelles » alimentent leur quête de connaissances des remèdes médicaux dans les livres ou par des formations et expérimentent la pratique de la magie. Nous allons voir que cet apprentissage peut être perçu comme un gage d'autonomie vis-à-vis du système de santé mais aussi comme une expression de soi en tant que femme.

Certaines se forment également aux soins psycho-mystiques par le biais de stages organisés par des praticiens non conventionnels, pour alimenter leur quête spirituelle ainsi que pouvoir appliquer les techniques de soins en autonomie et développer une meilleure connaissance d'elles-mêmes. Cet engouement à la connaissance de soi semble se diffuser dans les milieux plus conventionnels, supporté par une tendance sociale à la psychologisation des maux et à l'injonction de réalisation personnelle dans la société actuelle : le succès actuel des ouvrages de développement personnel incitent de plus en plus de lectrices à des quêtes de bien-être. Nous verrons alors que la réflexivité qu'engagent ses nouvelles formes de soins domestiques initie des reconfigurations biographiques chez les femmes, notamment concernant leur identité de genre.

6.2.2.1. L'appropriation des arts de guérir

La cuisine des sorcières

Le succès des ouvrages sur « la médecine par les plantes » à compter des années 1960 rend compte à la fois de la crainte de voir disparaître ces savoirs au point de les consigner dans des livres et des prémices d'une contre-culture se méfiant de la médicalisation. Les livres de Maurice Mességué profitèrent de ce climat. Lot-et-garonnais et fils de paysan gersois, ce passionné d'herboristerie publia, entre autres, *C'est la nature qui a raison* en 1963 ou encore *Les hommes et les plantes* en 1970, ouvrages devenus des références de la médecine par les plantes. Une autre figure apparue dans les mêmes années en France me fut remémorée par Colette qui y était très attachée. J'avais rencontré cette femme âgée de la soixantaine et d'un tempérament fort, grâce à son mari, voisin d'une résidence où Laurence Kotobi et moi-même avons pu loger quelques fois lors de l'enquête de terrain. Nous avons expliqué l'objet de notre présence à cet homme qui nous avait conseillé de prendre contact avec son épouse (qui tenait à être appelée par son nom de jeune fille) car « elle soignait tout le quartier avec des plantes et de l'argile ». Ce que je fis et cette « néo-rurale » m'invita à déjeuner, m'expliquant comment elle avait convaincu sa famille de quitter Paris pour le Nord du Médoc afin de jouir d'un cadre de vie sain et naturel [Chapitre 1]. Elle avait une grande admiration pour Rika Zarái :

« Pour en revenir à la médecine douce, j'ai eu plus de belles rencontres que de gens mal intentionnés. On a connu l'argile : *L'argile qui guérit* en 1969 qui a été écrit par Raymond Dextreit, pionnier de la naturopathie. C'est lui qui a sauvé Rika Zarái qui était une chanteuse d'origine israélienne. On l'a ridiculisée alors qu'elle avait été condamnée par la médecine à un fauteuil roulant suite à un accident de voiture. Elle a eu un grand choc à la colonne vertébrale d'où une immobilisation dans un hôpital avec un corset. Elle s'en est sortie grâce à son ami Raymond Dextreit (...). Quand il lui a demandé de sortir de l'hôpital, il l'a prise en charge. Il y a aussi une part de mental je pense dans sa guérison. (...).Après, elle a écrit des livres sur son histoire, tout ça. Mais les médecins et les journalistes ne la prenaient pas au sérieux. » [Colette, 60 ans environ, retraitée, mariée, 1 enfant]

Convaincue de l'efficacité des soins par les plantes et les minéraux, Rika Zarái a publié en 1986 *Ma médecine naturelle* devenu un best-seller en même temps que la cible de nombreuses critiques de la part du monde médical et médiatiques. Dans cet ouvrage, elle préconise une médecine basée sur des produits «naturels» et le végétarisme, affirmant les bienfaits des fruits et des légumes crus. Elle propose ainsi de nombreuses recettes de tisanes variées, en infusions ou en décoctions, et vante, comme son thérapeute Raymond Dextreit, les bienfaits de l'argile (en ingestion ou en cataplasmes) ainsi que la pratique des bains de siège, fortifiants pour l'organisme selon ses écrits. Colette suit avec intérêt leurs préconisations, se fiant aussi à son expérience :

« L'argile va puiser le mauvais, allant vers l'organe ou ce qui ne va pas. En cataplasme, mais vous pouvez aussi le boire, cela dépend... En cataplasme, vous pouvez le mettre où vous voulez. Cela reminéralise. Mais attention, il faut savoir l'utiliser. Moi, j'en ai toujours un peu de prêté dans une boîte hermétique, je m'en sers souvent, pour plein de choses ! » [Colette, 60 ans environ, retraitée, mariée, 1 enfant]

Son intérêt pour les soins par les plantes n'a pas toujours été si clair, trouvant généralement « bizarres » les personnes qui y recourent :

« Le plus grand déclic avec l'argile est quand ma mère a eu son accident de voiture. La voisine se soignait avec l'argile sauf qu'à l'époque, on ne connaissait pas trop... Personne ne leur parlait dans l'immeuble car c'était des personnes dites bizarres : ils faisaient du naturisme, ils se soignaient par l'homéopathie, ils ne buvaient pas d'alcool. La dame avait 5 enfants, était ingénieure, son mari aussi (...). On l'a rencontrée un soir alors qu'elle venait demander des préservatifs ! Elle ne prenait aucun contraceptif parce que c'était mauvais qu'elle disait ! Cela a choqué... En tout cas, elle a soigné ma mère avec son argile ! Elle est venue souvent soulager ses douleurs et ses contusions. Après, j'ai continué. » [Colette, 60 ans environ, retraitée, mariée, 1 enfant]

Colette me confia à la fin de notre entretien de nombreux exemplaires du mensuel *Vivre en Harmonie*, dont les premiers datait de 1992, ce qui signifie que ces magazines ont été conservés plus de 20 ans afin d'être consultés en cas de besoin. La revue traite des écosystèmes naturels, des bienfaits de la nature sur les individus, par le biais des plantes notamment (aromatiques, sauvages), mais aussi de la quête d'harmonie entre les personnes et en soi. Des remèdes y sont régulièrement proposés pour des problèmes de santé plus ou moins bénins. Aujourd'hui, ce type de revues et d'ouvrages est largement répandu et propose autant de ressources concernant les anciens « remèdes de grands-mères » que les thérapeutiques plus récentes comme l'homéopathie, la naturopathie ou l'aromathérapie. Jeanne ou Christine m'en prêtent régulièrement, les tirant de leur bibliothèque où un pan leur est entièrement dédié. Séverine par exemple, agricultrice en culture biologique, nous expliqua tenir de sa mère un ouvrage très complet sur l'homéopathie :

« J'utilise le guide familial de l'homéopathie. C'est un peu comme une bible à la maison quand il y a un problème ! » [Séverine, 34 ans, en couple, 1 enfant, agricultrice biologique]

Pour certaines femmes rencontrées, ces ouvrages constituent un complément sûr des conseils perçus çà et là auprès des pairs, concernant des savoirs faciles à mettre en pratique et que l'on dit « oubliés », « perdus » au fil des générations qui ont vu s'accélérer la médicalisation de la société :

« Comme par exemple, se réhabituer aux plantes avec un exemple tout bête : l'ortie. Elle pousse au printemps, moment où on a des rhumes et des allergies. Or l'ortie permet de reminéraliser, donc tout ce que l'on a fait pendant l'hiver, manger un peu trop sucré, un peu trop lourd, et bien l'ortie va permettre justement de nettoyer, de reminéraliser. Il y a le miel et le pollen aussi qui sont bons dans ces phases-là. Cela on le fait à chaque changement de saison, climatique, de températures, lorsque le corps subit un écart de température, qui est un choc thermique. (...) C'est une médecine harmonieuse. (...) Autre exemple : l'eau. Je travaille dans l'eau mais j'ai découvert un recueil avec plein de remèdes avec l'eau. Par exemple quand tu as des migraines, tu vas te passer de l'eau froide au niveau de la vulve, ou au niveau de l'appareil génital pour un homme pendant 10 minutes. Pareil pour les montées de fièvres, une petite serviette en coton, que l'on mouille et que l'on pose sur les cuisses, où il y a le plus de peau, et de contact avec l'extérieur qui permet de réguler la température régulièrement, en 1h, la température baisse. » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant]

Chez Yvonne Verdier [1979], la figure de la cuisinière est ambivalente. Préparant les repas de noces des jeunes mariés, elle symbolise par les mets qu'elle cuisine leur passage à l'âge adulte, à la sexualité et à l'enfantement. Elle marque la continuité de la

vie. Toutefois, elle peut aussi être celle qui la perturbe et la rompt par l'usage de procédés magiques et le détournement de ses savoirs et outils domestiques à des fins de sorcellerie. La sorcière se dote d'un double visage, « d'une part de la trop jolie femme aux cheveux rouges dont les amours sentent le roussi, d'autre part de la matrone de village ; d'un côté la jeune au sang trop vif, de l'autre la vieille au sang renfermé » [Verdier, 1979 : 342]. Les deux sont accusées d'un dévoiement des rôles féminins amoureux et maternels, autant que celui des ustensiles de cuisine servant habituellement à assurer la vie. Le chaudron se voue à une « cuisine immonde vouée à une œuvre de mort » et le balai à une monture démoniaque. L'anthropologue Claudine Fabre-Vassas s'est penchée plus précisément sur cette « cuisine des sorcières », montrant que si les femmes usent de procédés magiques dans leur cuisine, notamment dans la cuisine du cochon et de son sang, c'est bien à des fins d'exorcismes et de protections de la vie des membres de leurs familles [Fabre-Vassas, 1991]

A mon sens, la revendication par les femmes « sentinelles » d'un apprentissage et d'une réappropriation de la cuisine médicinale peut se comprendre par le prisme de ces deux interprétations. Cette cuisine était en effet développée à des fins de guérison et non à « une œuvre de mort » rejoignant l'idée d'une cuisine exorciste explicitée par Claudine Fabre-Vassas. Toutefois, l'image de la sorcière comme celle d'une femme qui se défait volontairement des rôles sociaux attendus fait écho avec la volonté de démedicalisation de la santé sexuelle et reproductive chez les femmes « sentinelles ». La contre-culture revendiquée dans leur mode de vie alternatif et l'importance donnée au bien-être se traduise ou non par une conformité des conduites avec les normes de genre. A ces fins, ces femmes « sentinelles » et cuisinières se font donc magiciennes.

Une pratique domestique de la magie

Certaines femmes se montrent particulièrement sensibles à la quête de sens dans leurs itinéraires thérapeutiques. Si leurs différents recours aux soins leur donnent accès à des répertoires de significations variées pour leurs maux, quelques-unes développent leurs compétences dans le domaine de la magie, notamment en matière de divination. Les procédés utilisés permettent de rechercher la signification d'un trouble, d'une douleur, de l'apparition d'un nouveau symptôme et de demander à des entités extérieures (Dieu, anges, « guides », « êtres de lumière »), ou intérieures à soi (inconscient, « être intérieur », « divin en soi ») de favoriser la guérison, le maintien en santé ou la protection contre les puissances invisibles néfastes. Le sens donné aux troubles de l'esprit et du corps permet ensuite, comme dans la conception Post-Nouvel-Age des maux, d'identifier l'émotion refoulée responsable des déséquilibres. Les techniques employées relèvent surtout de l'ésotérisme (invocations des anges de la Kabbale par exemple), de pratiques de méditation à mystique et de l'occultisme, domaine qui désigne l'ensemble des arts et sciences occultes (alchimie, astrologie, voyance,

médecine occulte), touchant aux secrets invisibles de la nature, aux forces mystérieuses et surnaturelles et aux connaissances cachées. La grande majorité de ces femmes n'exclut jamais le recours au système de santé officiel pour les maux jugés du ressort de la biomédecine. Elles considèrent comme complémentaires les autres recours aux soins non conventionnels ou domestiques, la science moderne étant vue comme parfois incapable d'appréhender, à cause de ses outils limités au tangible, les phénomènes invisibles soupçonnés d'influencer la santé.

La présence d'un occultisme édulcoré demeure très fréquente dans les journaux et radios grand-public qui consacrent une rubrique dédiée aux horoscopes : Nicole Edelman rappelle que les écrits relatifs à l'astrologie ont d'abord été la chasse gardée d'hommes érudits, puis cette discipline s'est popularisée en même temps qu'elle s'est ouverte aux femmes [Edelman, 2010]. D'abord diffusés dans la presse féminine, les horoscopes ont profité des années 1970 pour se faire présents dans les autres médias, offrant aux sceptiques amusés comme aux convaincus la possibilité quotidienne de se projeter individuellement dans un avenir proche et mythifié. Dans sa vie de tous les jours, Ana Rosa, la trentaine, d'origine portugaise et travailleuse saisonnière dans le Médoc depuis des années, m'expliquait la place importante que prenait l'astrologie dans sa vie et son usage diagnostique :

« Pour moi, l'astrologie ce n'est pas une science occulte mais une science exacte parce que ça a rapport avec l'astronomie et les planètes. (...) ça me permet de mieux me connaître et de mieux connaître les autres.

(...) j'achète chaque mois le magazine Astrologie, pour voir comment les planètes sont aspectées. Tu vois, par exemple si Saturne est mal aspecté, qu'elle est en Maison 10, c'est un exemple hein... Bon ça fait des mauvaises influences, sur la santé, ou les finances... Mais aussi, ça peut être positif, si les planètes sont bien aspectées, tes projets vont aboutir, ou ton problème va passer. » [Ana Rosa, 29 ans, célibataire, sans enfant, employée saisonnière]

Ana Rosa exploite aussi les ressources du site internet *Astrodienst*, qui fournit, dès lors qu'on s'y inscrit, des horoscopes quotidiens en fonction du thème astral personnel du consultant. Ana Rosa ajouta :

« Ce site, ça m'aide à comprendre mes émotions ou mes blocages. Même si je sais pas toujours quelles sont les liaisons, je suis persuadée que les maux physiques sont liés à des perturbations émotionnelles. » [Ana Rosa, 29 ans, célibataire, sans enfant, employée saisonnière]

Jeanne, dont la grossesse à risque l'avait poussée à mobiliser de nombreux recours thérapeutiques, avait porté un intérêt particulier aux signes qui prédisaient selon elle les étapes et l'issue finale : ses saignements apparaissaient surtout la nuit après des rêves

agités expliquait-elle, durant lesquels elle revoyait le grave accident de voiture dont elle avait réchappé quelques années plus tôt et au cours duquel elle perdit beaucoup de sang. Elle accordait une importance à ces rêves annonciateurs d'hémorragie, de risque mortel et de survie, importance renforcée par ses lectures dont elle nous fit part:

« Toutes les perceptions humaines, faisant appel à une transcription mentale des contacts sensoriels, sont imprégnées de symbolisme. Un son, une couleur, une forme géométrique ou une texture font appel à une mémoire mise en correspondance avec de probables conséquences (...) le langage universel, compréhensible par toute personne attentive est, par excellence, celui des symboles » (p16). (L'arbre de la Terre au Ciel (par Henry Normand) » [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

L'eau, la nuit, le sang sont des éléments ou des temporalités chargées symboliquement que Jeanne mobilisait souvent dans le récit de sa grossesse. Des dictionnaires et sites internet d'interprétations des rêves et des symboles en général permettent de compléter les interprétations oniriques de ces femmes souffrantes et apprenties sorcières. L'interprétation des rêves nécessite en effet une certaine compétence puisqu'il s'agit de traduire une expérience intérieure parfois confuse en un énoncé clair (dépendant du langage) et d'y déceler ce qui peut être porteur de message, c'est-à-dire les « signes » annonciateurs [Charuty, 2007].

Liée à l'astrologie et au symbolisme, la cartomancie était également une technique de divination empruntée par quelques-unes de mes interlocutrices qui ont en commun d'avoir déjà eu recours à des voyantes et des médiums s'étant intéressées à ces pratiques, au point de s'y essayer elles-mêmes. Je me suis rendue compte en effet que la plupart des librairies visitées en Médoc proposent à la vente des jeux de tarots et des runes alors même qu'elles ne sont pas des commerces spécialisés dans l'ésotérisme. Fournis avec modes d'emploi et guides d'interprétation pour un prix d'environ 40 à 70 euros, ces jeux permettent aux novices de « se tirer les cartes » à la maison autant de fois que nécessaire sans avoir besoin de recourir à une cartomancienne aux services parfois coûteux (de 20 à 80 euros environ la séance). Le mode de pensée post-Nouvel-Age souligne par ailleurs les immenses potentialités surnaturelles (mediumnité, don de guérison...) demeurées latentes en chaque individu et qu'il convient de développer dans le processus de guérison et d'éveil. Ce point permet de comprendre pourquoi le recours à un spécialiste de la voyance n'est plus systématique dans les procédés de divination. Ainsi Christine, Lisa ou Sophie, lors de mes visites chez elles, m'ont montré leurs jeux que je ne devais pas toucher au risque d'y « mettre [ma propre] énergie dessus » alors qu'elles « s'entraînaient » avec pour que les cartes « incorporent l'énergie » de leurs propriétaires. Selon les préférences, ces cartes figuratives étaient illustrées selon les règles du tarot de Marseille ou de façon plus fantaisiste, avec des fées, des anges, des personnages mythologiques.

De la même façon que ces trois femmes me présentèrent leurs cartes et m'en firent parfois des tirages, elles me montrèrent leurs pendules, petits dispositifs manufacturés ou fabriqués main constitués d'un fil et d'une masse (pierre semi-précieuse ou pendentif en métal, en bois) auxquels on prête, en radiesthésie, différentes significations aux oscillations lorsqu'il est tenu d'une main par celui qui le manipule et pose des questions de nature occulte ou ésotérique. Je me confectionnai un pendule et procédais alors à un apprentissage auprès de Christine [Lemonnier, 2016]. Sophie avait acheté un livre pour apprendre la pratique mais ne parvenait pas à faire bouger l'objet, tandis que Lisa suspectait provoquer les incessants mouvements du sien et préférait s'en tenir à la cartomancie. Christine me donna tout de même des consignes claires et concrètes, comme « être assise le dos au Nord », « avoir l'épaule et le coude détendus, le poignet et la main fixes », « se présenter au pendule », « établir avec lui le mouvement qui veut dire oui et celui qui veut dire non », « poser des questions directes et précises ». Contrairement à l'idée répandue d'un usage exclusivement destiné à la recherche occulte, Christine se servait de son pendule pour des questions parfois très pratiques liées à la vie domestique quotidienne en général et à la santé en particulier, ce qu'elle m'invitait d'ailleurs à faire avec le mien : « dois-je manger cela ? », « dois-je acheter ce livre ? », « dois-je repiquer cette plante ? », « dois-je effectuer tel traitement ? » sont des exemples de questions concrètes et pragmatiques. Lors de moments d'introspection plus profonds, le pendule permettait également d'aiguiller cette femme sur la cause de sa maladie et les messages qu'elle devait en tirer. Dans tous les cas, ces « sorcières », quelle que soit la place qu'occupait la magie dans leurs pratiques soignantes, m'ont toujours affirmé n'avoir recours qu'à la « magie blanche » pourvoyeuse de vie, la magie noire étant connue pour être maléfique et susceptible de se retourner contre celui ou celle qui l'utilise.

La divination connaît une tradition féminine en Aquitaine. L'anthropologue Marie-Claire Latry a réalisé une thèse à Bordeaux sur trois « rêveuses », toutes couturières professionnelles patentées, dont le rôle de transmission des savoir-faire féminins aux jeunes filles pubères, décrits par Yvonne Verdier pour les femmes de cette profession, était ici remplacé par leur aptitude à entrer en communication avec les morts pendant leurs songes [Latry, 2007]. Elle explique que ces « rêveuses » étaient les maillons contemporains d'une chaîne de femmes, souvent couturières, connues à Bordeaux dès les années 1870-1880 pour être des « dormeuses » c'est-à-dire des femmes aux capacités médiumniques et magnétiques leur permettant d'interpréter les rêves de leurs clients et parfois de soigner leurs maux, notamment les « folies », ainsi que les maladies des morts eux-mêmes qui pour cette raison venaient hanter les vivants. A partir de 1885, Marie Claire Latry note une rupture dans le dispositif car les somnambules jusqu'à lors endormies et réveillées par des médecins magnétiseurs (le mesmérisme fait alors partie des sciences médicales) décident peu à peu d'exercer de façon indépendante [Latry, 2007]. Peut-être cette volonté d'indépendance s'est mue aujourd'hui en une large appropriation individualisée de la pratique interprétative des rêves, comme des arts divinatoires. Cette évolution est sans doute à mettre en relation avec la diffusion de la

psychanalyse et de la psychologie dans notre société, avec les processus de décompositions-recompositions du sacré et des formes de croyances [Champion, Hervieu-Léger, 1990; Champion, Cohen, 1993], mais aussi du fait des nécessités de techniques concrètes de connaissance de soi pour parvenir à la réalisation de soi dans un contexte sociétal aux repères incertains [Giddens, 1991; Erhenberg, 1998].

Procéder à cette sorcellerie domestique, m'est alors apparu comme un moyen pour elles de prendre prise sur les événements de la vie, les souffrances et les maladies qui échappent au contrôle dans le flux ordinaire des choses. En se dotant de pouvoirs invisibles et en se faisant gentilles sorcières ou fées bienfaitantes⁹¹, elles actualisaient leur positionnement face à des réalités qu'elles souhaitaient voir changer (comme la maladie, la souffrance) et dont les actes efficaces engageaient à poursuivre leur chemin vers la quête de soi et la quête spirituelle, vue comme libératoire.

Christine et Lisa avaient ainsi disposé des pierres semi-précieuses « gardiennes du foyer » dans leur maison pour les protéger des entités nuisibles. Cela me rappela les usages de mon père qui disposait parfois chez nous en haut d'une armoire, une assiette de gros sel pour nous attirer des protections invisibles et une assiette avec des morceaux de charbon pour y emprisonner les esprits malfaisants, notamment lorsque la famille connaissait des difficultés. Christine et Lisa, familiarisées avec la lithothérapie grâce à des ouvrages et à leurs expériences avec des praticiens non conventionnels, développaient de plus un usage intime et individualisé. Elles achetaient des pierres en fonction de leurs vertus thérapeutiques et les portaient sur elles - en collier, dans la poche, dans la chaussette - en permanence ou le temps d'une cure énergétique qu'elles s'auto-prescrivaient dans le but de favoriser la guérison ou de se prémunir des maux.

Chez quelques femmes j'ai aussi pu observer la présence de petits autels constitués d'objets divers et variés auxquels elles attribuaient des significations ou des fonctions symboliques. Ces autels peuvent prendre place sur une commode ou une étagère, dans le salon, la cuisine ou la chambre, passant relativement inaperçus pour le regard non averti, et ainsi être considérés comme des éléments de décoration : que ce soit des pierres choisies pour leurs pouvoirs ou tout simplement pour rappeler à la mémoire le moment ou le lieu où elle avait été achetées ou ramassées ou des photos, des dessins et des images, figuratives ou non, des bijoux ou des petites figurines (de bouddha notamment), des crucifix et des chapelets... tous ces objets jouent donc cette même fonction d'évocation métaphorique. Des bougies et de l'encens complètent généralement ces petits espaces sacrés, et servent notamment à préciser, en y portant une flamme, le début des temps de prières, d'incantations, de demandes de guérison ou

⁹¹ Conformément aux travaux de Jeanne Favret-Saada[1997], il apparaît évident qu'aucune de mes interlocutrices s'adonnant à la sorcellerie ne se soient présentées à moi comme une sorcière malfaisante, une ogresse ou une fée maléfique, quand bien même elles pouvaient peut-être pratiquer « la magie noire » en cachette, au risque de se discréditer ou de s'attirer des ennuis de voisinage.

de protection et de remerciements adressés à Dieu, aux astres, aux anges, à « l'univers » ou à « l'énergie universelle » selon les croyances de chacune. Pour certaines, ces prières sont effectuées « au besoin » quand pour d'autres elles doivent faire l'objet d'une respectueuse discipline.

Les soins magiques exercés dans l'espace domestique peuvent par ailleurs passer par le toucher : Christine par exemple a reçu le « don de panser le feu » par sa grand-mère et peut donc s'en servir au besoin en cas de brûlures, mais aussi pour les maux associés au feu par analogie, comme l'eczéma, le psoriasis et le zona, qui laissent sur la peau des marques pareilles à des brûlures. Pour autant, elle ne l'utilise qu'en de rares occasions, non intéressée pour en faire une activité comme les guérisseurs « conjureurs de maux », mais ne souhaitant pas pour autant rompre avec cet héritage comme d'autres le feraient. La pensée Post-Nouvel-Age affirme que ce type de pouvoir de guérison existe en chacun, des formations proposent de faire prendre conscience aux participants de leurs pouvoirs de guérison et d'acquérir en quelques jours des techniques pour les utiliser (moyennant environ 60 à 300 euros la journée de formation). C'est ainsi que Claire nous a raconté avoir été initiée à la guérison par les mains auprès d'un maître japonais :

« Je soigne avec les mains selon une méthode japonaise. Il faut s'initier avec un maître. Lui il parlait pas français au début ! Mais il n'avait pas besoin de parler ni de comprendre ce que les malades lui disaient. Il les regardait et approcher ses mains de leurs têtes, de leur ventre, de leur dos, là il sentait qu'il y avait un problème. Des fois, il faut savoir se passer des mots. »

Chez Claire comme chez son amie Béatrice, l'adhésion de cette technique est renforcée par l'attrait pour une forme de sagesse exotique, incarnée par un initié indigène. L'Orient est souvent associé à un riche imaginaire philosophique et spirituel valorisant le ressenti et l'intuition [Saïd, 1980 ; Zimmerman, 1995]. Béatrice regrette de voir le florilège d'écoles qui existent maintenant pour former des gens au Reiki, formation qu'elle a elle-même suivie quand cette pratique était encore marginale en France :

« Moi je fais du Reiki. J'ai suivi plusieurs formations, je suis au troisième niveau. Mais maintenant, le truc est un peu pollué, c'est devenu un truc à fric. » [Béatrice, 52 ans, employée de collectivités territoriales]

La démocratisation des pratiques de bien-être semble souvent passer par sa marchandisation, les dévoyant alors de leur dimension spirituelle et contre-culturelle, comme l'observe aussi la jeune sociologue Anahita Grisoni concernant le développement de la naturopathie en région parisienne [Grisoni, 2012].

6.2.2.2 Des quêtes de soins aux quêtes de soi

Des lectures thérapeutiques inspirant des quêtes spirituelles

Les femmes « sentinelles » rencontrées m'ont rapporté s'être adonnées à des pratiques assez ascétiques ou mystiques dont elles ressentaient encore les effets sur leur façon de voir le monde, que la guérison convoitée ait eu lieu ou non. Après une séance de méditation de deux heures guidée par Coline sous sa yourte, installée en Médoc, l'enseignante et deux pratiquantes relatèrent leur récente expérience de retraite méditative et silencieuse d'une semaine, guidée par un *guru* indien mondialement connu invité dans un centre près de Paris.

« CL : Quelque chose a-t-il changé en vous ?

L'une des pratiquantes : Ça m'a beaucoup apaisée. J'ai aussi l'impression de faire plus attention aux petites choses de la vie et aussi de m'en réjouir davantage, je crois...

Coline : Moi je dirais qu'en fait, rien ne change vraiment, mais que tout devient quand même différent ! » [Extrait d'une conversation collective après une séance de méditation]

D'autres m'ont relaté des expériences chamaniques lors de voyages thérapeutiques en Amérique du Sud, de retraites spirituelles dans des centres bouddhistes en France ou en Asie, ou de pèlerinages vers Saint Jacques de Compostelle. Ces moments sont tous vécus comme de véritables voyages initiatiques. Cependant, il n'est pas forcément nécessaire d'effectuer un tel déplacement. Certaines lectures considérées comme guidant la pratique d'introspection personnelle peuvent permettre des « voyages intérieurs ». Plusieurs personnes m'ont en effet fait part d'ouvrages particulièrement marquants pour elles, qui les ont conduites à adopter une façon de voir la vie dans laquelle elles se sentent à la fois partie prenante d'un tout (l'environnement, l'univers), tout en étant maîtresses de leur destin, convaincues qu'il suffit d'incarner le changement si on veut le voir apparaître. Les livres rapportent en effet des récits de types initiatiques, réels ou fictifs, valorisant le changement intérieur et la prise de conscience de soi. Certains sont célèbres et ayant contribué aux débuts du mouvement New Age. D'autres, plus actualisés, peuvent facilement être catégorisés dans la sphère psychomystique qui lui a succédé.

Sophie m'a ainsi fait découvrir « les mystères et les remèdes d'Edgar Cayce » via plusieurs ouvrages et qu'elle me décrit comme un « célèbre médium américain des années 1900 » qui avait la particularité d'énoncer des « lectures » pendant des trances hypnotiques. Ces « lectures » consistaient en diverses révélations qui ont d'abord porté sur la santé physique des personnes venues le consulter. Elles se sont par la suite peu à peu élargies à d'autres domaines, comme les rêves, les maladies mentales, la méditation, le développement spirituel, les réincarnations et l'Atlantide. Edgar Cayce s'est d'ailleurs fait le porte-parole de ces entités qui auraient vécu sur ce légendaire continent

englouti. Le médium doit sa réputation à ses diagnostics et conseils thérapeutiques énoncés pendant ce sommeil particulier à des malades. La rumeur rapporte leur efficacité alors même qu'il était illettré et n'avait jamais étudié la médecine. Edgar Cayce a vécu son étrange vie de 1877 à 1945. Ses « lectures » ont été retranscrites par des personnes proches et ont ensuite été largement diffusées par le biais d'une collection de livres, influençant en partie l'émergence du mouvement New Age quelques années après sa mort. Elles sont aujourd'hui conservées dans le premier des quelques vingt-cinq Centres Edgar Cayce créés un peu partout dans le monde, centres qui continuent aujourd'hui à accueillir des adeptes en recherche de développement spirituel.

Deepak Chopra, un médecin américain d'origine indienne s'est également révélé être un auteur à succès du mouvement New Age particulièrement apprécié de mes lectrices âgées de plus de 50 ans. Mêlant médecine quantique, principes ayurvédiques et pratiques mystiques orientales, il a publié des dizaines d'ouvrages retraçant sa pensée et donnant des conseils pratiques pour atteindre une réussite à la fois sociale et spirituelle. L'un de ses ouvrages est d'ailleurs consacré à la grossesse. Un autre auteur de cette mouvance, cette fois un peu malgré lui, est l'anthropologue Carlos Castaneda, né au Pérou en 1925. Dans le cadre de sa thèse menée à l'université de Californie à Los Angeles, il a enquêté sur le chamanisme mexicain auprès d'un sorcier Yaqui nommé Don Juan. Cet homme, motivé par une « quête de la liberté de l'esprit » aurait initié l'ethnologue à des pratiques extatiques de voyages dans l'inconscient et dans l'au-delà, permis par l'usage de puissantes plantes psychotropes. L'anthropologue a été accusé d'imposture pour son travail par une grande partie de la communauté scientifique et l'existence même de Don Juan demeure encore sujette à controverse. Il a néanmoins connu un grand succès auprès des communautés adeptes du New Age. Parmi les personnes que j'ai interrogées, quelques-unes d'entre elles connaissaient la « polémique Castaneda » : il semble que la vive critique universitaire dont il a fait l'objet, au lieu de susciter la méfiance, a renforcé la validité des écrits de cet auteur qui « a osé être à contre-courant », « qui n'est pas dans le moule », qui « parle de choses difficiles à décrire, encore moins par des scientifiques ». Encore aujourd'hui se réédite et s'achète *L'herbe du diable et la petite fumée* [1985 (1968)], complétant les bibliothèques de quelques-unes des femmes rencontrées en Médoc qui considère l'ouvrage comme un « classique » du genre, à l'instar de *La prophétie des Andes* de James Redfield, publié la première fois en 1993. Ce dernier livre se présente comme le récit initiatique d'un homme parti à l'aventure au Pérou suites à une série de « synchronicités », sortes de coïncidences organisées à dessein par le destin. Il découvrira les « mystères de l'énergie universelle » vue comme un lien impalpable, un souffle vital, une âme commune à tous les êtres vivants qui assure une place et un rôle à chacun. Le protagoniste en fera l'expérience étape par étape et parviendra à se réaliser en tant qu'être humain à l'issue de son aventure. L'identification des lecteurs à ce personnage est assez aisée et permet une appropriation des principes de base de l'éveil spirituel, vue comme nécessaire à une progression vers le bien-être.

Sophie avait également été « très touchée » par l'ouvrage mondialement connu de l'écrivain Eckhart Tollé intitulé *Le pouvoir du moment présent : Guide d'éveil spirituel* [2000(1997)]. Cet ouvrage a pour ambition de réunir le message spirituel véritable et commun contenu dans les grandes religions, lequel inviterait chacun à la « transformation de sa conscience » jusqu'au point de « transcendance de l'ego », c'est-à-dire à un éveil initié par l'expérience d'une prise de conscience montrant que les pensées agissent comme des filtres sur la réalité et que la réalité n'est pas telle qu'on la voit mais telle qu'on la perçoit. Ainsi le malheur, les souffrances et les maladies sont davantage à envisager comme des messages existentiels à comprendre, voire des épreuves nécessaires pour se réaliser pleinement, que comme une fatale défaillance du corps ou du mental. Toute cette démarche, thérapeutique, mais plus largement existentielle et spirituelle, participait chez Sophie d'une volonté « de bien se connaître pour pas faire d'erreur dans l'avenir. Les résurgences du passé sont là pour construire le présent ». Peu avant de conclure l'entretien, la jeune femme récite une phrase qu'elle annonce être du Dalai Lama : « Remercie ton ennemi, il n'y a que lui qui peut t'apprendre le pardon ». Ainsi Sophie puise également des enseignements de vie dans le Bouddhisme, bien qu'à ma connaissance elle n'y soit pas convertie. Comme Valérie Rocchi l'explique, c'est une vision épurée des dogmes religieux développée par ses femmes, le plus souvent par le biais de lectures et d'échanges à leurs propos dans les réseaux de pairs. Christine par exemple avait « lu la Bible deux fois et le Coran trois fois ». Laurence Kotobi et moi même lui avions offert une Torah à l'occasion de son anniversaire, après qu'elle nous ait demandé de lui en ramener une de Bordeaux, ne trouvant pas une belle édition dans le Médoc. Elle reste personnellement plongée, comme d'autres femmes rencontrées, dans une quête spirituelle assidue et une pratique ésotérique régulière mêlant différentes traditions et cultures, choisies au gré de ses affinités et intuitions, auxquelles elle accorde une réelle légitimité depuis que sa maladie et ses recours aux médecines non conventionnelles lui ont fait changer de regard sur sa vie. Ces interfaces entre médecines, spiritualités et religions sont constituantes du pluralisme thérapeutique :

« (...) dans l'hémisphère nord, la religiosité se mélange désormais volontiers aux soins : les mouvances du New Age, le pluralisme médical et ses renvois eux représentations plurielles du corps, ou encore l'introduction des médecines traditionnelles extra-occidentales et de leur vision philosophique et religieuse de l'acte thérapeutique en sont les expressions les plus visibles. Nous touchons ici à un ensemble de croyances et de pratiques qui sont aussi bien thérapeutiques que religieuses, esthétiques qu'éthiques, politiques qu'écologiques. Si l'espoir de mieux-être et de guérison constitue la source de toute démarche thérapeutique, le travail sur la souffrance et la maladie se déplace au cours du cheminement pour devenir alors connaissance de soi, croissance spirituelle, projet de vie. » [Rossi, 2007 : 28]

Le pluralisme thérapeutique invite donc à penser la santé comme une réalité plurielle – ce que l’OMS avait déjà proposé en 1945 dans une perspective plus laïque- mais aussi à observer la pluralité des modalités du croire, l’individualisation des quêtes spirituelles et la distance prise avec les dogmes religieux pour n’en conserver qu’une synthèse épurée. Jeanne, pendant sa grossesse très risquée, avait recouru à ce type de livres « spiritualistes », et considérait que ces modes de pensée avaient joué un rôle important dans le maintien de sa santé et de celle de son bébé. Ainsi que je l’ai relaté dans le Chapitre 2, Jeanne s’était battue pour garder sa grossesse alors que la « poche des eaux s’était fissurée » prématurément au bout de quelques mois seulement et que les médecins de la clinique médocaine l’avait enjointe à accepter l’idée d’une fausse couche qu’il fallait « terminer ». Elle nous expliqua lors d’un entretien chez elle avoir refusé cette éventualité, nous confiant que la lecture de certains ouvrages et magazines l’avait aidée dans cette épreuve. Pour appuyer ses dires, elle alla chercher quelques-uns d’entre eux dans sa petite bibliothèque afin que nous puissions les feuilleter ensemble. Elle se remémora alors :

« Quand je partais au bloc opératoire - parce que j’ai eu des alertes la nuit, 2-3 alertes à l’hôpital et j’avais des contractions...- je prenais mes livres... Ça c’est *Le moine et le philosophe* de François Revel et Matthieu Ricard par exemple. Je prenais ce livre avec moi, je descendais au bloc avec ça et je lisais. Je lisais, je me plongeais dans le livre et je ne pensais plus du tout à ce que j’avais et au bout d’un moment les contractions... tout s’arrêtait ! J’étais plongée dans ce que j’aimais, ça me convenait...voilà, je soulignais avec mon crayon à papier les passages qui me plaisaient, par exemple là sur cette page : *une pensée ainsi libérée ne déclarera pas une réaction en chaîne, elle s’évanouira sans laisser de traces comme un oiseau qui traverse le ciel.* » [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

Ainsi pour Jeanne, catholique pratiquante, le bouddhisme et certaines pratiques ésotériques, loin d’être incompatibles entre elles, permettent une cohésion bénéfique entre le corps, l’âme et le mental, les livres constituant pour elle un support privilégié pour toujours actualiser cette cohésion et cette façon de (se) penser et l’adapter aux situations vécues:

Jeanne : « - Selon les situations... Tu vois après ma séparation avec mon mari, bon il a insisté pour garder les enfants. Il est issu de la communauté des gens du voyage, et chez eux, les enfants, c’est sacré ! Bon, j’ai fait une grosse dépression... Dans ces cas-là, il faut trouver la bonne personne et les bons mots, et là par exemple, je lisais ça : c’était *le Pèlerin* de Compostelle [1996 (1987)] de Paulo Coelho qui disait, en fait, voir les choses telles qu’elles sont ! Et puis, ce livre là, c’est un truc sur le bouddhisme que j’ai récupéré, voilà... J’ai souligné : *‘En toutes choses l’élément primordial est le mental, le mental est prédominant, tout provient du mental, si un homme parle ou agit avec un mauvais mental,*

la souffrance le suit aussi près que la roue suit le sabot du bœuf tirant le char, si un homme parle ou agit avec un mental purifié, le bonheur l'accompagne d'aussi près que son ombre inséparable'. Ça c'est du bouddhisme, hein... Ce livre, c'est une copine qui me l'avait amené et ça marche ! ça marche ! tout ça c'est un message pour dire que des fois les médecins ne peuvent pas répondre à certaines souffrances. Dans ce livre, on compare l'esprit du pratiquant à « une montagne que les vents ne peuvent ébranler », ça c'est l'esprit bouddhique, mais c'est vrai ! » [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

Pour Jeanne, les croyances, que ce soit le Bouddhisme ou les religions plus connues en Occident, donnent à leurs adeptes une certaine force d'esprit. Elle regrette qu'« à l'hôpital, il n'y [ait] que l'hôpital ». Finalement, il semble que Jeanne propose une religion universaliste et universalisante :

« Donc toutes les religions confondues, si vous englobez tout, c'est toujours pareil, c'est l'amour, c'est l'amour, tout ce qui nous fait marcher, tout ce qui nous élève, et tout ce qui...qui nous construit, c'est l'amour, je pense que voilà c'est ça. Et puis après y croire, croire en quelque chose... ». [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, 2 enfants]

Pour Jeanne, l'amour de soi et de l'Autre constitue le point commun à toutes les religions. Ainsi, toutes les pratiques sacrées convergeant en ce sens sont mobilisables dans un même système de sens, et notamment dans les cas de problèmes de santé où les individus se trouvent confrontés à la mort. Ces cheminements spirituels singuliers sont alimentés par des savoirs, des croyances, des pratiques magiques, religieuses ou encore « psycho-mystiques » font l'objet d'appropriations et d'adaptations aux réalités de chacune. Ils contribuent à façonner les itinéraires thérapeutiques ainsi qu'à les inscrire dans les trajectoires biographiques, elles-mêmes réécrites de manière à rendre intelligible l'infortune et à donner le sentiment de pouvoir agir sur elle de façon efficace.

Une pratique autonome des soins psycho-mystiques

J'ai abordé plus avant dans ce chapitre les travaux d'Anthony Giddens pour qui la réflexivité est l'un des principaux mécanismes employés par les individus pour parvenir à se réaliser. Cette nécessité de réflexivité se traduit par le développement et la mise à disposition de dispositifs institutionnels permettant de porter un regard distancié et de produire des connaissances sur soi. Dans le domaine de la santé, certains soins « psycho-mystiques » tels que nous les avons décrits dans le chapitre précédent ont pour vocation de pouvoir être reproduits chez soi en autonomie et de se constituer en véritables dispositifs de réflexivité. Dans son livre *L'auto-santé*, le philosophe du corps Bernard Andrieu propose de nommer ce type méthodes thérapeutiques « techniques

réflexives de santé » [2012]. Apprises via des thérapeutes, des ouvrages, des magazines ou internet, des formations, elles étaient directement transposables chez soi pour une pratique régulière, comme dans les logiques préventives de quête de bien-être [Chapitre 5] ou seulement en cas de besoin, s'adaptant à la pratique autonome et individualisée. L'anthropologue Clémentine Raineau a étudié l'auto-hypnose pour la gestion de la douleur dans le contexte de la maladie du cancer [2011]: son interlocutrice, à qui elle consacre une étude de cas, explique toute la démarche d'imagerie mentale qu'elle mobilise pour parvenir à se détendre puis à apprivoiser la douleur. Elle avait appris cette méthode non médicamenteuse auprès d'un hypnothérapeute et en précisait l'avantage de pouvoir y recourir en autonomie dès que la douleur se faisait sentir, peu importe l'endroit et le moment.

Si ces techniques sont souvent mobilisées dans le cadre de maladies chroniques ou aux âges de la vie, la plupart concerne les problèmes de mal-être voire de dépression. Lisa, une amie de Christine, m'expliqua ainsi ne pas avoir trouvé sa place dans la société depuis son passage à l'adolescence où elle s'est toujours sentie différente des autres. Après deux dépressions dont elle s'était sortie grâce à différents praticiens (une psychologue, un hypnothérapeute, un praticien en Programmation Neuro-Linguistique et une voyante), elle m'expliqua que certains livres et sites internet l'avaient beaucoup aidée, soit qu'ils avaient été conseillés par les thérapeutes qui la suivaient ou par des amies proches, soit qu'ils avaient éveillé son attention alors qu'elle déambulait dans le rayon « bien-être » et « développement personnel » de la librairie proche de chez elle. Pour certaines femmes comme Lisa, le « travail sur soi » fait désormais partie de leur quotidien, surtout quand ils accompagnent la quête de sens face à un mal-être profond ou une maladie chronique. J'ai réalisé un entretien avec la jeune femme chez Christine alors qu'elle s'apprêtait à suivre une formation en hypnose pour elle d'abord, et éventuellement pour devenir thérapeute :

« CL : Pourquoi cette formation en hypnose alors ?

Lisa : - Parce que j'ai découvert ça tout récemment, au cours d'une énième thérapie !(rire)

CL : Des thérapies pour toi ?

Lisa : Oui oui. Pour moi. Oui, moi j'aime bien travailler sur moi ! (rises) Je crois même que j'adore ça ! » [Lisa, 33 ans environ, célibataire, 1 enfant, sans emploi, en formation d'hypnothérapie]

Lisa semblait éprouver un plaisir narcissique à « travailler sur elle-même ». Alors que je renouvelai une visite auprès d'elle, je confirmai l'idée que cette femme employait cette recherche de sens des émotions positives ou négatives au quotidien, à la manière d'un passe-temps ou d'un loisir, ce qui lui permettait de se tenir à distance d'éventuelles rechutes dépressives. L'extrait suivant montre l'espace de partage de savoirs en matière de soins domestiques orientés vers la quête de bien-être et de soi, qui s'était créé entre Christine et son amie, lesquelles partageant une affinité particulière pour ce domaine :

« Christine : n'oublie pas de dire à Clara que tu as fait Ho'oponopono et TAT !

Lisa : «- Alors oui, en parlant de synchronicité... Je suis tombée sur Christine dans le parking du Leclerc, on s'est croisées. Bon moi, j'étais en rupture sentimentale, donc pas bon, 3 kg de moins en 4 jours. Alors je me suis dit on va tenter une nouvelle thérapie. Bon moi j'adore ça alors... J'ai contacté un mec qui faisait l'EMDR. J'en avais entendu parler par des copines etc... je l'appelle et il me dit : « je ne pratique plus l'EMDR. Je pratique la TAT. J'ai cherché ce que c'était que la TAT sur internet. J'ai fait une petite séance à la maison voilà. Ouah, ça m'a permis de bien souffler ! Ça calme super bien les angoisses. Truc de fou !

CL : - C'est quoi Le TAT?

Lisa : Tapas Acupressing Technique, c'est une technique de psychologie énergétique... (...) ça a enclenché mon envie de voir les diverses méthodes qui peuvent exister à l'heure actuelle. Et voilà, je suis partie de là. » [Lisa, 33 ans environ, célibataire, 1 enfant, sans emploi, en formation d'hypnothérapie]

Le Ho'oponopono m'a d'abord été présenté par Christine qui possédait un ouvrage expliquant cette philosophie et qui l'avait visiblement aussi présenté à Lisa. Il serait une tradition de réconciliation sociale hawaïenne énoncée par un initié, prêtre ou guérisseur. Dans les années 1990, un certain Hew Len a réinterprété ce rite pour l'adapter au contexte occidental contemporain : il en a fait un moyen de développement personnel basé sur la prise de conscience de soi, de la responsabilité individuelle de ce qui nous arrive et de l'attitude de bienveillance envers soi et les autres à adopter, seules conduites qui selon lui, permettront d'accéder au bien-être et d'échapper au sentiment de fatalité. Depuis, de nombreux ouvrages diffusant cette méthode ont vu le jour dans plusieurs langues. Pour Lisa, cette « méthode » se rapproche de nombreuses autres qu'elle connaît et qu'elle qualifie de « méthodes d'auto-guérison », ce terme précisant les notions plus habituelles de « médecines douces », « alternatives » ou encore « parallèles » :

« Lisa : Tout ça, c'est de l'auto-guérison quoi ! L'hypnose aussi ! Tu es guidée, mais c'est toi qui travaille sur toi ! Tout ça c'est des méthodes d'auto-guérison. C'est ça le point commun de toutes ces nouvelles thérapies en fait.

CL : Qu'est-ce que tu entends par auto-guérison ?

Lisa : Tu sens bien que c'est toi qui fait le travail sur toi. Ce n'est pas comme quand tu parles, et tu cherches à comprendre... Je ne sais pas comment le décrire, c'est pas évident. C'est comme si tu te parlais à toi-même, sauf que souvent quand tu te parles, ça marche pas ! Mais avec ces techniques-là, et bien bizarrement, ça apaise. Parce que souvent, t'as beau te dire « allez ça va aller, on se reprend... ». T'as beau avoir conscience des choses, ça ne te soulage pas. Et là tu as des méthodes qui aident à apaiser. » [Lisa, 33 ans environ, célibataire, 1 enfant, sans emploi, en formation d'hypnothérapie]

Ce que cette femme souligne, à l'instar de Christine et de Lisa, c'est la dimension bénéfique de « reconnexion » entre le corps et l'esprit que proposent ces techniques

« d'auto-guérison » alors perçues comme efficaces pour résoudre certains problèmes. Chez ces femmes « sentinelles », ces « méthodes d'auto-guérison » sont sélectionnées, puis ré-imbriquées avec leurs pratiques de soins magiques et leurs croyances spirituelles. Elles ritualisent au quotidien ces moments de soin domestique en se plongeant dans des états liminaires d'introspection individuelle, de voyage intérieur, d'identification des émotions négatives et de leurs causes, avant le retour post-liminaire à un état normal et apaisé.

L'appropriation des soins psycho-mystiques permet à chacune à la fois d'alimenter leur quête spirituelle, mais aussi d'appliquer en autonomie des techniques de soins développant une meilleure connaissance d'elles-mêmes. Cet engouement à la connaissance de soi semble se diffuser dans les milieux plus conventionnels, supporté par une tendance sociale à la psychologisation des maux et à l'injonction de réalisation personnelle dans la société actuelle : le succès actuel des ouvrages de développement personnel incitant de plus en plus de lectrices à des quêtes de bien-être par la pratique réflexive.

Le succès du développement personnel

Lors de mon enquête, certaines « usagères occasionnelles » m'ont conseillé des ouvrages que je qualifierais de Post-Nouvel-Age et des livres de développement personnel, après les avoir achetés en librairies généralistes, en grandes surfaces ou sur les sites de vente internet. J'interrogeai alors la responsable du rayon librairie d'un supermarché médocain qui me renseigna sur ces livres devenus des succès commerciaux :

« CL : - Dans ce rayon là... Qu'est-ce que vous vendez le mieux ?

La libraire : - Dans le rayon 'bien-être' vous voulez dire ? Et bien beaucoup de choses sur les plantes, les médecines douces, les régimes, les recettes de cuisine végétariennes... Là, on a tout ce qui est développement personnel et qui marche bien ! Là en tête de gondole, j'ai mis les cahiers de coloriations pour adultes... Parce que j'en vends beaucoup. Là, c'est les ouvrages sur la méditation, la spiritualité, le bouddhisme, l'ésotérisme... Là par exemple, ce sont les ouvrages sur les anges, ça marche très bien ça aussi en ce moment. Et dans cette vitrine j'ai mis à la vente quelques pendules et jeux de tarots, parce que j'ai beaucoup de demandes. On m'en commande parfois... »

Les ouvrages « bien-être » rencontrent un grand succès et les rayons des librairies ne font plus cas des préjugés quant à y ranger des livres aux contenus divers, tantôt pratiques (recettes de cuisines, remèdes de grands-mères) tantôt versés dans le domaine de la santé physique et mentale ou dans celui des croyances. En effet, ces livres sont tous destinés à une clientèle plutôt féminine et de plus en plus large. Leur apparition dans les grandes surfaces et sur internet ont participé à une forme de démocratisation de

l'achat (et dans un second temps la lecture), ce qui n'était pas le cas lorsque ces ouvrages étaient uniquement disponibles dans les librairies ésotériques.

Il semble ainsi moins étonnant que certaines de mes interlocutrices m'aient conseillé la lecture d'ouvrages pour que je comprenne leurs façons de voir ce qui leur arrivait et comment elles se soignaient. Elles expliquent combiner des principes de psychologie, de psychanalyse, de médecine psychosomatique et les rouages propres au genre du développement personnel. Privilégier des interprétations psychologiques ou psychosomatiques des problèmes et envisager la quête du bien-être paraît en être une voie thérapeutique. Les aspects magiques, mystiques et spirituels apparaissent beaucoup plus nuancés dans ces ouvrages que dans ceux plus typiquement New-Age. La laïcisation des pratiques de bien-être se veut souvent comme une condition nécessaire à leur marchandisation [Grisoni, 2012] et les « techniques de soins réflexives » [Andrieu.2012] diffusées auprès du grand-public valorisent le « travail sur soi » pour dépasser tel ou tel problème, en insistant toutefois rarement sur leur dimension spirituelle. Des ouvrages se spécialisent par exemple dans l'épreuve du deuil, dans celle de la parentalité, de la maladie, des relations de couple...

Le sociologue Nicolas Marquis a consacré sa thèse de sociologie (soutenue en 2012 et publiée en 2014) à l'étude du contenu et de la réception des ouvrages par les lecteurs de ce genre littéraire en Belgique. Ces ouvrages se caractérisent par la possibilité qu'ils entendent offrir aux lecteurs (qui sont *a priori* plus souvent des lectrices) de « travailler sur eux-mêmes », empruntant ce terme aux champs de la psychanalyse et de la psychologie, afin d'être de maîtriser certaines dimensions concrètes de l'existence (émotions, comportements, santé) lorsqu'elles sont vécues comme empêchantes.

Je remarquai par ailleurs assez vite auprès de mes interlocutrices que certaines lectures remportent une plus grande adhésion que d'autres, préférences que l'on constate également dans les rayons de librairie. Ainsi les ouvrages de Boris Cyrulnik, du médecin Thierry Janzen, de Thomas d'Ansembourg⁹², de Jacques Salomé, du sociologue Frédéric Lenoir sont particulièrement prisés, de même que l'ensemble **des livres** publiés par les éditions Marabout qui se sont faits spécialistes de la publication de ce genre littéraire de plus en plus couru.

Pour Nicolas Marquis [2014], ces ouvrages sont écrits avec une réelle intention utilitaire plus qu'esthétique et doivent être considérés comme des « dispositifs » destinés à des acteurs « disposés » à s'en approprier les préceptes. Dans l'ensemble, ces derniers peuvent être compris selon deux versants : un premier, idéologique, entend faire se rapprocher les individus de leur intériorité profonde, vue comme plus authentique et

⁹²Notons que Boris Cyrulnik, Thierry Janzen et Thomas d'Ansembourg sont les trois auteurs qui ont été retenus par Nicolas Marquis dans sa thèse pour l'étude du contenu des ouvrages de développement personnel.

toujours positive, et à se détacher (ou « lâcher-prise ») symboliquement au moins aux éléments extérieurs à soi qui suscitent des émotions négatives (stress au travail, traumatismes, relations toxiques, peurs...).

Le second versant est pratique : de façon implicite, les lecteurs sont invités à penser le contenu même du livre comme une sagesse pouvant effectivement répondre à leur besoin de changer la situation vécue comme négative dans laquelle ils se trouvent et dont ils veulent se débarrasser (maladie, mal-être) ou atténuer les effets, sans qu'ils n'aient toujours trouvé de solutions efficaces à leurs yeux par ailleurs. En même temps, les lecteurs sont enjointés à adapter le contenu général du livre à leurs problèmes spécifiques en modifiant certaines de leurs habitudes de vie (notamment dans les relations aux autres et à soi) et à reconnaître qu'ils sont partiellement responsables de ce qui leur arrive. En ce sens, ils sont également partiellement responsables de l'évolution positive ou non de leur situation.

Ces ouvrages regorgent de récits d'expériences individuelles beaucoup plus que de propos « scientifiques », ce qui permettrait selon le jeune sociologue une meilleure identification des lecteurs aux situations décrites et donc une appropriation facilitée du message général. De plus, cette approche expérientielle permet de plus facilement suivre les conseils prodigués, ce, dès lors que l'on se considère comme un individu responsable et autonome. La presse féminine est également un puissant vecteur de la sphère du développement personnel : quelques aspects caractéristiques sont pointés dans l'Annexe n°8.

Les lectrices de ces ouvrages semblent autant appartenir aux catégories des « sentinelles » que des « ponctuelles » : elles y recourent en période de maladie, pour préparer une grossesse, pour lutter contre la dépression, dans une logique préventive de bien-être... Le dénominateur commun à ces recours réside dans la multiplication des interprétations psychologisantes de situations, vécues comme difficiles ou non, mais qui appartiennent jusqu'à lors aux sphères du social, ce que le sociologue Dominique Mehl a appelé « l'extension du domaine psy » [2003].

Il s'est intéressé à la croissante médiatisation de la parole des psychologues, voyant un glissement entre une parole d'abord confinée à l'espace du cabinet, à destination de personnes en souffrance psychique, vers la diffusion d'avis et de conseils en matière de pratiques familiales, éducatives, conjugales qu'il envisage comme autant d'énoncés normatifs. Il situe les débuts de cette parole psy dans les années 1970 avec les célèbres émissions radiophoniques de la psychanalyste Françoise Dolto qui s'employait à édicter les fondements de la bonne parentalité, selon un modèle hétérosexuel et une distribution des fonctions paternelles et maternelles. Depuis les années 1980, des opinions divergentes se font entendre dans les médias qui continuent de donner la parole aux psychologues sur des sujets divers touchant à la famille, comme la procréation médicalement assistée, l'homoparentalité ou à l'individu lui-même comme dans les

débats sur l'acharnement thérapeutique [Mehl,2003] . Le milieu scolaire, du travail et de l'intervention sociale sont également très touchés par cette vague psychologisante, qui ne sert plus seulement à y limiter les souffrances mais aussi à y repérer les capacités et les difficultés d'adaptation des personnes [Loriol, 2005; Bresson, 2012].

Béatrice et Jeanne m'avaient toutes deux conseillé la lecture de *Psychologies magazine* que je connaissais déjà et qui publiait des témoignages et des conseils pratiques pour bien vivre son quotidien. La revue s'inscrit actuellement comme une référence dans la presse en ce qui concerne la vulgarisation de cette discipline, dont les messages se teintent souvent de normativité selon Dominique Mehl, pour qui, ce type de médias banalise la parole psy pour la rendre utile et évidente au-delà du champ de la santé mentale, au sein même des maisons et de l'espace privé, promouvant une introspection individuelle plus qu'une thérapie. Cette presse rencontre un franc succès auprès des personnes en quête de « développement personnel » ou simplement de conseils « sérieux » en matière de gestion des angoisses, des souffrances passées ou présentes, des difficultés relationnelles au travail ou en famille, comme peuvent en témoigner les deux couvertures dans l'encadré suivant, qui incitent les lecteurs à se « prendre en main » et à « faire face aux difficultés de la vie » dans un contexte de perte de repères et d'incertitudes. Pour les femmes, en quête de compréhension de leurs maux et souvent amenées à des rôles de « psychologue familiale », cette revue semble représenter une mine d'informations qu'elles peuvent s'approprier facilement au besoin, compte tenu de l'attention portée par sa ligne éditoriale soucieuse d'aborder des sujets du quotidien, impliquant de plus en plus une interprétation des comportements de soi ou des membres de la famille au prisme d'une psychologie profane, là où ces conduites ne sont pas forcément considérées comme des problèmes de santé mentale jusqu'alors. Pour Robert Castel et Eugène Enriquez, une véritable « culture psy » est aujourd'hui destinée non seulement aux malades mais aussi aux « normaux », renforçant la considération de la subjectivité des individus :

« [Castel] En 1973-1974, j'ai passé un an aux États-Unis (...) Je m'intéressais en particulier à la postérité de la psychanalyse, c'est-à-dire au développement de tous ces groupes et thérapies de type *Gestalt*, *cri primal*, *encounter group*, etc. Je me suis inscrit dans certains de ces stages pour essayer de comprendre. Et j'ai proposé le terme peut-être un peu dur de « bâtards de la psychanalyse » pour les désigner. C'était une filiation-vulgarisation qui avait une certaine audience à l'époque aux États-Unis, et sans doute encore aujourd'hui, et qui constituait une sorte de « thérapie pour les normaux », c'est-à-dire qui s'adressait à des gens qui ne sont pas des malades. C'était tout le courant du « potentiel humain », de la maximisation de ses potentialités, etc. À travers ces pratiques, se diffusait une sorte de « culture psychologique », impliquant que tout est relationnel, que non seulement il y a le développement de soi-même, le travail sur soi, etc., mais aussi, par extension, que la vie sociale tout entière est conçue comme un ensemble de réseaux d'interaction entre des individus. Mon

interprétation a été que c'était un déplacement non seulement de la médecine mentale mais même de la psychanalyse, à travers des formes popularisées, beaucoup plus rapides et moins chères, touchant un public plus large, la petite « middle class », les étudiants. Il m'avait donc semblé que cela constituait un noyau de diffusion d'une « culture psy » généralisée où la vie sociale tout entière était considérée comme du psychologique. En France et en Europe, ce phénomène commençait à apparaître» [Castel Enriquez, 2008]

Dans ce même entretien publié, Eugène Enriquez complète le propos de Robert Castel à propos de l'acculturation à la psychologie dont les individus non malades font l'objet:

« [Enriquez] Le tournant Freud est un moment important. La reconnaissance de subjectivité apparaît alors de façon très importante, même si au début, c'est vrai, il s'agit de la subjectivité de gens malades, de patients, de personnes qui n'arrivent pas à s'en sortir. Ce n'est que progressivement que Freud lui-même dira : ma théorie ne vaut pas seulement pour les malades, elle rend compte aussi de la vie psychique de l'individu dit « normal ». Il met ainsi en cause la distinction normal/pathologique. » [Castel Enriquez, 2008]

La médicalisation et la psychologisation du social, les sentiments d'incertitude et de fatalité et l'injonction à « devenir soi » et les normes peuvent expliquer le recours croissant aux « techniques réflexives de santé ». Toutefois, les itinéraires thérapeutiques et les trajectoires biographiques des femmes rencontrées, notamment chez les femmes « sentinelles », incitent à penser que ces techniques permettent également l'élaboration et l'expérimentation de modes de vie ne répondant pas à des normes sociales vectrices de malaise tant pour l'individu que pour l'environnement social et naturel. Ainsi pour ces femmes, ces techniques de soins ont parfois permis de repenser et de redéfinir leur identité en tant que femmes, à la fois pour elles-mêmes mais également en direction de leur espace social et culturel.

6.2.1.3. Tisser la trame de sa vie de femme : le genre au prisme du souci de soi

La couturière d'Yvonne Verdier prenait soin d'initier les jeunes femmes à leur futur rôle d'épouse. Celle de Marie Claire Latry, à la fois tailleuse, fileuse et dormeuse, soignait les maux et les folies grâce aux messages venus de l'au-delà. Je dirais que certaines des femmes que j'ai rencontrées se faisaient couturières à leur tour, tissant la trame de leur vie et dessinant leurs identités en tant que femmes, à la lumière de leur quête introspective de bien-être. Croisant les discours liés aux maux de femmes et les récits de vie reconstruits au prisme de ce pluralisme thérapeutique alliant soins biomédicaux, non conventionnels et domestiques, il m'est apparu en filigrane, que les femmes interprétaient leurs troubles comme résultants de tensions entre leur individualité et les normes de genre.

Coline, professeur de yoga, avait régulièrement mal au genou depuis des années. Peu de temps avant de se faire opérer, cette femme souffrant autrefois d'une boulimie pathologique qu'elle a soigné par la pratique du yoga, me confiait le sens de ce problème qu'elle interprétait non pas seulement comme une défaillance mécanique de son articulation mais aussi comme la conséquence d'une relation dégradée avec son père:

« La symbolique du genou gauche est le refus de l'autorité masculine. J'avais dit un « Non ! » fracassant et catégorique à mon père. C'était quelqu'un d'autoritaire dont j'avais très peur et j'avais peur de ne jamais parvenir à lui dire non. Et puis, il y a eu un non, il m'a viré de la maison et 6 mois plus tard, je me suis éclaté le genou. Je réfléchis toujours au genou G-E-N-O-U et J-E et N-O-U-S... Dans les deux sens... Sur ce qui fait le Je, c'est-à-dire et moi, et ce qui fait le Nous, c'est-à-dire notre relation père-fille. Ça s'est ressenti après dans mes relations avec les hommes... L'opération, j'espère, va permettre de nettoyer cette blessure.» [Coline, 50 ans, professeur de yoga]

Séverine, agricultrice en biologique, partageait également ce type d'interprétation psycho-corporelle des maux, en affichant une sorte de bon sens populaire :

« Les problèmes de dos, c'est souvent liés à des problèmes dans la famille. Quand le poids de la famille devient trop lourd à supporter ! (...) les femmes, nous devons y porter attention d'ailleurs, ne pas vouloir tout prendre en charge. » [Séverine, 34 ans, en couple, 1 enfant, agricultrice biologique]

Pour Sophie, ces rapports familiaux étaient aussi responsables de sa façon son profond mal-être. Elle l'interprétait en partie à la lumière du livre de Lise Bourbon, le best-seller intitulé *Les cinq blessures qui empêchent d'être soi-même* [2000]. Ces blessures comptent les sentiments d'abandon, de rejet, d'injustice, d'humiliation et de trahison vécus dans l'enfance avec les parents ou les personnes qui nous ont élevés. Sophie me confia se reconnaître dans les blessures du rejet et de l'abandon et me parla de sa relation difficile avec sa mère, qui ne s'était pas arrangée quand elle est devenue mère et qu'elle s'est séparée du papa du petit. D'une façon générale, Sophie souffrait de ses échanges soit électriques soit absents avec sa mère et cela depuis des années :

« C'est comme ça sans doute même depuis l'adolescence, ou avant même... J'ai toujours l'impression que ce que je fais ne va jamais... [ma] sœur elle, c'était toujours la fille parfaite qui fait tout bien. Peut-être que ça vient de là aussi. Il faudrait que j'arrive à me réconcilier avec ma mère mais en restant qui je suis. » [Sophie, 34 ans, commerçante saisonnière, célibataire, un enfant]

Sophie tentait d'être une femme indépendante et aspirait à une grande liberté dans ses mouvements, ce que lui permettait son travail saisonnier (six mois par an) à son compte et ses nombreux voyages autour du monde où elle emmenait parfois son fils. Elle

déplorait ne pas avoir encore rencontré un partenaire qui s'accommoderait de son mode de vie peu conventionnel mais ne souhaitait pas pour autant y renoncer, sous peine d'avoir le sentiment « de faire marche arrière » dans son cheminement personnel. L'aspiration à « être elle-même » en dépit des normes pouvait être difficile.

Les femmes rencontrées m'ont souvent fait part de souffrances morales et d'épisodes dépressifs dès lors que je les questionnais sur leur « santé en tant que femme », ce qui m'a poussé à les intégrer à la catégorie opératoire des maux de femmes. Pour certaines comme Claire ou Colette, issues de la génération de Mai 1968, beaucoup de souffrances de femmes venaient des rôles sociaux qui leur étaient attribués ou qu'elles endossaient par habitude, conviction ou obligation, sans qu'elles aient toujours la capacité de pouvoir les soutenir conjointement :

« C'est difficile d'être une bonne mère, il faut être une bonne épouse, une amante, être un peu copine, mais certaines peuvent être dangereuses. (...) »

Moi, entre la belle famille et mon mari, j'ai fait le tampon, la psychologue de la famille, j'ai tendance à tout prendre. (...) »

Il ne faut pas devenir non plus la mère de son mari. Cela met en état de souffrance. Chacun son rôle. Il faut savoir trouver la bonne place. Pour une femme c'est ce qui est le plus épuisant. On ne peut pas tout réussir, jouer sur tous les tableaux et gagner. Le boulot, le mari, le fils, la mère, l'argent etc. »
[Colette, 60 ans environ, retraitée, mariée, 1 enfant]

C'est également cette multiplication des rôles impossibles à tous jouer de concert que Colette désigne comme responsable de ses trois dépressions et de ses deux cancers du sein successifs. Cette question de la superposition des rôles féminins trop lourde à porter s'est révélée récurrente, comme un « sens du mal » collectivement partagé. Rompre avec l'isolement et « en parler » à la famille, au mari, aux amies, au médecin, au psychologue ou à un thérapeute non conventionnel semble être pour elles les solutions toutes indiquées pour « lâcher-prise » face au mal de vivre qui les ronge :

« Il faut lâcher-prise ! Les femmes, il faut arrêter de porter, d'ordonner, d'exiger, de contrôler... Il faut arrêter de se faire du mal avec des choses qui ne vous appartiennent pas. Les blessures d'enfance à cause des blessures de vos parents, les problèmes des gens dans la famille, tout ça, ça ne vous appartient pas ! Si on porte trop des choses pour lesquelles on ne peut rien, on s'épuise et on se crée des maladies. » [Claire, 63 ans, en couple, 1 enfant décédé, retraitée]

Pour d'autres femmes, c'est l'impossibilité de pouvoir s'identifier aux normes de genre qui est difficile à vivre : être stérile, ne pas avoir d'enfant, ne pas être mariée, être hermaphrodite, être homosexuelle, élever seule un enfant, avoir avorté plusieurs fois

constituent des situations de vie qu'elles s'emploient à redéfinir selon des perspectives biographiques où leur différence peut être dignement assumée. Elles peuvent ainsi incarner des sortes de « sorcières », femmes de pouvoir qui échappent volontairement aux rôles féminins socialement attendus [Michelet, 1862(1966), Verdier, 1979 ; Planté, 2002].

J'ai expliqué que concernant leur santé, ces femmes adoptent un mode de vie sentinelle : elles ont incorporé le paradigme préventiviste instauré par la médicalisation [Aïach, 1998] au point de remettre parfois en cause le système de santé et les principes de biomédecine [Dozon, 2001]. Elles effectuent leurs choix thérapeutiques après avoir identifié leurs besoins (physiques, psychiques, spirituels) et décident des recours aux soins les plus adaptés, les plus efficaces et aux effets secondaires les moins nocifs. Elles participent ainsi aux reconfigurations constantes du pluralisme thérapeutique. Au sein de ce dernier se développent une offre et une demande de « techniques réflexives de santé » [Andrieu]. Ces techniques permettent de donner du sens aux maux et reconfigurent le rapport des femmes à leurs problèmes de santé en inscrivant ces derniers dans les trajectoires biographiques et en donnant aux personnes le sentiment d'être actrices de leur guérison et de leur vie. Pour Anthony Giddens [1991] et Alain Ehrenberg [1998], la réalisation de soi est désormais une norme sociale, et on peut penser comme Sarah Cant et Ursula Sharma [1999] que les médecines alternatives servent cette norme. En France cependant, les « soins non conventionnels » demeurent socialement controversés et inscrivent leurs adeptes dans une relative marginalité. Ainsi, il semble que les femmes rencontrées témoignent d'une forme de « courage d'être soi » dans un espace social qu'elles s'emploient à créer avec d'autres, en opposition avec les normes de la société néolibérale mais aussi avec les normes de genre. Si le braconnage constitue en Médoc une pratique masculine secrète de transgression des règles et des lois [Traimond, 2004], on peut penser que recourir à des soins non conventionnels ou pratiquer la magie chez soi permet aux femmes cette transgression émancipatrice par rapport au « bien-penser » et aux normes sanitaires tout en leur conférant un certain pouvoir quant aux inégalités sociales de genre. La connaissance des arts de guérir, la pratique divinatoire ou simplement la quête de soins et de soi agissent parfois comme des leviers pour réajuster des situations vécues comme opprimantes, des plus graves et visibles, comme les violences physiques, au plus insidieuses, comme les différences d'accès et de traitement au travail.

« La réalisation de soi », valeur socialement valorisée actuellement, signifie alors pour ces femmes de remettre en cause, individuellement plus que collectivement, ce qui dans leur quotidien relève dans l'expérience concrète de ce que les chercheurs féministes ont appelé le « sexage » [Guillaumin, 1978], les « rapports sociaux de sexe » [Devreux, 2001], la « domination masculine » [Bourdieu, 1998] ou la « valence différentielle des sexes » [Héritier, 1996]. Cette remise en cause des inégalités structurelles de genre s'inscrit dans les interactions ordinaires plus que dans les manifestations publiques,

situation observée par Nicky Le Feuvre comme un « processus dynamique de dépassement du genre » [2001]. Elle passe pour elles par une forme de « souci de soi ».

Le philosophe Michel Foucault a défini le « souci de soi » comme un mode de comportement permettant d'échapper aux processus de normalisation par le biopolitique. Il s'agit d'opérer en soi un processus constant de « désubjectivation » afin de toujours se positionner en conscience dans la norme (« le dispositif ») ou en dehors d'elle [Foucault, 1984]. Michel Foucault s'est peu intéressé à la question des normes de genre qui régissent la vie sociale des femmes. Pourtant son analyse du « souci de soi » semble pertinente pour décrire les trajectoires biographiques de certaines de mes interlocutrices, pour qui leurs itinéraires thérapeutiques les ont conduites à repenser leurs façons d'être femmes. La quête de sens et les différentes « techniques réflexives de santé » [Andrieu, 2012] leur ont donné « le courage d'être soi » en dehors des attentes normatives et de régulièrement « inventer leur quotidien » [De Certeau, 1990].

Cette démarche n'amène pas toutes ces femmes à incarner la vision féministe de la « sorcière ». Les pratiques de certaines, comme l'accouchement à domicile, l'allaitement à la demande le refus de contraception, la vie de femme au foyer, font même l'objet d'accusations de la part des mouvements féministes issus de Mai 1968, qui y voient une forme retour à l'assujettissement des femmes aux fonctions reproductives et leur confinement dans le sphère domestique. Pour les femmes rencontrées, il s'agissait au contraire d'incarner leur corps de femme, de se le réapproprier et d'en valoriser les spécificités. Séverine et Chantal, Ilham, Coline, Alice disent faire l'expérience de leurs corps de femmes – que ce soit par les événements aux âges de la vie ou par le vécu des maux spécifiques aux corps féminins- en même temps qu'elles défendent fondamentalement l'égalité des sexes. Pour elles, il semble que cette égalité des sexes n'est pas à chercher dans l'effacement des différences entre hommes et femmes mais plutôt dans leur reconnaissance et dans la nécessité de leur co-existence :

« On fait partie de la Nature, et dans la Nature tout est interdépendant ! Chaque être vivant à ses particularités et ses fonctions... Ce n'est pas une tare d'avoir envie d'allaiter ses enfants, surtout quand on voit comment sont fabriqués les laits en poudre... Et pour le travail, je m'arrange. Le papa m'amène le petit aux heures de tétées, ou alors j'en tire un peu d'avance. »
[Alice, masseuse bien-être,]

La politiste Camille Froidevaux-Metterie exprime clairement cette contradiction apparente entre féminisme et retour des rôles féminins, lesquels sont par ailleurs soutenus chez mes interlocutrices par des discours propres à la philosophie alternative écologiste et par la tendance sociale actuelle plus générale du « retour à la nature » :

« Si les jeunes filles du XXI^e siècle ont du mal à se définir comme féministes, c'est qu'elles ne se reconnaissent pas dans le miroir qui

leur est tendu, un miroir qui leur demande précisément de ne pas se mirer. En réduisant le corps féminin au statut d'instrument favori de la domination masculine, on a contraint les femmes à dénier leur propre corporéité. Ce faisant, on les a privées d'un rapport simple et positif à ce qui constitue pour elles le principal médiateur de leur relation au monde et aux autres. (...) Quel sens revêt pour les femmes l'obligation dans laquelle elles se trouvent désormais de devoir vivre dans le monde des hommes, tout en continuant de s'éprouver comme des femmes ? [p15]

(...)La logique de l'émancipation a été une logique de rejet de tout ce qui réduisait les femmes à une quelconque *nature* ; elle a de ce fait porté un mouvement de dévalorisation du corps féminin. Celui-ci est en effet le dénominateur commun aux anciennes assignations liées au statut domestique : le corps des épouses qui se mettent au service du bien-être quotidien de leurs maris, le corps des mères qui portent et nourrissent leur progéniture, le corps des amantes qui se font objet du désir des hommes. Dans ces trois domaines, il s'est agi, il s'agit toujours, de briser les entraves : encourager l'indépendance matérielle des femmes et les alléger du poids des tâches ménagères, permettre le contrôle du processus procréateur et partager les charges liées à l'éducation des enfants, autoriser l'expression d'une sexualité libre et faire respecter tous les choix conjugaux.

Sur le versant abstrait de l'avènement de l'égalité entre les sexes, cette dynamique libératrice a été cruciale et nécessaire (...) Sur le versant concret de l'existence féminine, et c'est un aspect à déplorer, elle s'est révélée synonyme de stigmatisation du corps, comme si la prison dont il fallait extirper les femmes, au-delà du foyer, c'était celle de leur enveloppe corporelle. [p. 255]» [Froidevaux-Metterie, 2015]

L'auteure appelle alors à une perspective phénoménologique de l'expérience du féminin (comme du masculin) dans la mesure où les espaces privés-publics sont aujourd'hui mixtes, les droits de plus en plus paritaires, et la question de l'identité individuelle de plus en plus prégnante alors que les identités sexuées ne vont plus de soi. Pour elle en effet, l'expérience du féminin a souffert de sa stigmatisation au point d'être déniée et celle du masculin masquée par une image de l'homme comme étant une sorte d'humain générique et universel.

Il semble que l'usage de « techniques réflexives de santé » au cours d'itinéraires thérapeutiques visant à soigner les maux de femmes, permet à mes interlocutrices de véritables entreprises de définition de soi en tant que femmes et en tant qu'individus de droits. Ces définitions de soi n'étant jamais figées mais objet de réinventions quotidiennes au fil des expériences de soins et des événements ponctuant leur vie, confèrent à ces femmes en même temps le sentiment d'une grande liberté de penser et d'agir.

Conclusion du Chapitre 6

Les résultats de ce dernier chapitre peuvent être restitués selon deux axes : le premier exprimant la participation des soins domestiques au pluralisme thérapeutique, le second exposant les modalités d'usages de ces soins par différents profils de femmes.

Du point de vue de la compréhension du pluralisme thérapeutique actuel, ce chapitre y réaffirme le rôle des femmes en tant que soignantes de la famille. Que ce soit par le biais de savoirs populaires de santé anciens et récents ou de savoirs biomédicaux profanes, elles constituent des actrices du pluralisme thérapeutique à part entière, d'autant plus lorsque cela concerne les maux féminins. Dans ce domaine, les savoirs de santé se transmettent s'échangent dans des entre-soi exclusivement féminins, de mères à filles ou au sein de réseaux informels de femmes-qui-s'aident. Au-delà des enchevêtrements entre savoirs traditionnels, savoirs populaires revalorisés et réinventés et savoirs biomédicaux profanes qui caractérisent les soins domestiques, ce chapitre montre les enchevêtrements entre médecines, religions, spiritualités, éthique, convictions politiques et écologiques qui fondent un pluralisme thérapeutique sans cesse mouvant. L'une des perspectives dégagées et qui mériterait une étude complémentaire concerne le mouvement impulsé localement par les phénomènes migratoires individuels : comment les femmes immigrées, comme Isma, alimentent-elles localement ce pluralisme ? comment le tourisme de bien-être en Médoc, mais aussi le départ de médocaines comme Sophie pour des cures à en Asie ou en Amérique latine influencent la redéfinition constante des contours du pluralisme ?

Du point de vue des femmes, plusieurs profils se dégagent de l'étude des soins domestiques dédiés aux maux de femmes. Le premier est un profil *a priori* par défaut, certaines femmes m'ayant affirmé « ne rien faire de particulier », s'en remettant volontiers à leur médecin en cas de problème. Pour elles, le recours aux soins s'explique par la maladie ou l'obligation sanitaire (comme pour la prise en charge de la grossesse) et auprès du système de santé, considérant la biomédecine comme la plus efficace et aussi la moins coûteuse. Pour elles, les « remèdes de grands-mères » ne sont que croyances et superstitions, affirmant ne pas adopter de conduites de soins domestiques particulières. L'observation montre néanmoins qu'elles utilisent des soins implicites et latents, surveillant les fluctuations de leur corps, l'évolution des symptômes et se mettant au repos dans l'attente que « le mal passe ». Par ailleurs, adoptant à tour de rôle les statuts de femme-qui-aide, elles s'échangent des savoirs autour des âges de la vie qu'elles ne considèrent pas nécessairement comme des savoirs de santé dans la mesure où les douleurs de règles, les maux de la grossesse, les troubles de la ménopause ne constituant pas des problèmes de santé mais des affections normales. « La grossesse, c'est pas une maladie ! » nous avait bien dit Jennifer lors d'une distribution de colis alimentaire.

La sanitarisaton du social demeure toutefois un phénomène majoritaire. Les deux autres profils de femmes concernent des personnes, pour qui la santé revêt davantage une dimension de valeur sociale, et adhérant à cette norme selon des degrés différents et des modalités différentes. Pour les femmes « sentinelles », la santé fait partie intégrante d'un mode de vie contre-culturel basé sur l'écologie environnementale et corporelle. Entre adhésion à la norme de santé préventive et critique de la santé publique et de la biomédecine, jugées trop peu centrées sur l'individu et iatrogène, ces femmes revendiquent un « retour au naturel » dans le domaine de la santé, comme dans les autres domaines de la vie (l'alimentation ou l'habitat par exemple). Elles apprennent les arts de guérir, s'adonnent parfois à la magie, cultivent leur spiritualité et pratiquent en autonomie les soins psycho-mystiques auxquels elles se forment. La réappropriation des techniques de soins domestiques traditionnelles et l'usage des « techniques réflexives de santé » issu des thérapies Post-Nouvel-Age traduisent leur volonté d'expérimenter un mode de vie alternatif mais aussi de se rendre actrice de leur santé et de leur guérison. Les « usagères occasionnelles » adoptent aussi des pratiques de soins domestiques, en privilégiant les plus médiatisées. Elles ne visent pas l'acquisition d'une autonomie en santé ou la remise en cause du système sanitaire et de la biomédecine, mais font le choix de consommer une offre « nouvelle » de soins, légitimés par leur efficacité « ancestrale », leur innocuité et leur respect pour l'environnement. La quête d'efficacité et la réalisation de soi motivent les « usagères occasionnelles » à adopter au besoin des « techniques de soins réflexives » issues du « développement personnel », confortant la thèse d'Anthony Giddens sur le besoin qu'ont aujourd'hui les individus de bénéficier de dispositifs permettant la réflexivité nécessaire à l'épanouissement individuel au sein de la société néolibérale. Chez les femmes « sentinelles », le recours à de telles techniques s'inscrit dans leur façon de vivre au quotidien et alimentent la réalisation de soi au sein d'un mode de vie qui se construit notamment en opposition avec les injonctions normatives de la société de marché, du travail salarié, de la division sexuée du travail ou de la fragmentation du lien social. Il apparaît alors que la réalisation de soi ne constitue pas la réponse à une injonction sociale ou à une nécessité de survie individuelle dans la société, mais à une redéfinition constante de soi par rapport aux normes établies. Ces « techniques réflexives de soins » amènent au « souci de soi » tel que développé par Michel Foucault, c'est-à-dire à un regard distancié sur soi et sur les règles sociales permettant de choisir de s'y conformer ou non.

Dans le cadre particulier des itinéraires thérapeutiques consacrés aux maux de femmes, l'adoption de telles pratiques ne remet pas toujours en cause les normes institutionnelles et sociales, selon que l'on soit « sentinelle » ou « usagère occasionnelle », mais tend presque toujours à favoriser une redéfinition de soi en tant que femme par rapport aux normes de genre. La démarche favorise une prise de conscience des inégalités structurelles entre les sexes dénoncées par les féministes de la vague des années 1970, mais donne aussi toute son importance au vécu phénoménologique du féminin et aux éléments qui favorisent leur bien-être en tant que femmes. De là peuvent émerger des espaces de (re)définition de soi faisant émerger des identités féminines en constant

changement, oscillant entre adhésion à la norme et inventions contre-culturelles, au gré des itinéraires thérapeutiques et des parcours biographiques sur lesquels elles ont désormais le sentiment de pouvoir agir.

CONCLUSION GENERALE

La présente recherche de thèse en anthropologie de la maladie et de la santé proposait initialement de questionner le pluralisme thérapeutique à l'œuvre sur la presque île rurale française du Médoc, concernant le domaine des affections et des maladies touchant spécifiquement les femmes. J'ai cherché à retracer les itinéraires thérapeutiques de celles que j'ai rencontrées, pour en observer localement les cheminements en fonction des caractéristiques du territoire et des possibilités de soins disponibles mais aussi pour mieux saisir la manière dont ces maux et leurs traitements s'inscrivaient dans les trajectoires biographiques, les transformant au gré des interprétations des maux, des vécus des problèmes et des expériences thérapeutiques. Cette démarche a été permise par une ethnographie immersive en différents lieux d'enquête – centres de planification familiale, associations d'aide aux populations, instance politique locale d'action sanitaire, stages de développement personnel, manifestations et activités collectives, domiciles -, auprès de femmes aux profils variés ainsi qu'auprès de diverses personnes régulièrement amenées à soigner leurs maux spécifiques (professionnels de la santé et du social, bénévoles associatifs, praticiens non conventionnels). Ma recherche de terrain a été facilitée par mon implication dans le programme de recherche MédocIresp dirigé par Laurence Kotobi ma directrice de thèse, m'ouvrant dès lors, grâce à l'obtention d'autorisations hiérarchiques nécessaires, les portes de certains terrains institutionnels spécifiques, facilitant tout autant l'incursion de réseaux professionnels que les échanges avec les patientes. Cette expérience de recherche collective, accompagnée de discussions scientifiques très fréquentes dans notre équipe, ont, de fait, considérablement enrichi mon travail. Mes pérégrinations et avancées en terrain médocain en dehors du programme, m'ont également permis de nombreuses rencontres dans le(s) monde(s) « ordinaire(s) » de cette contrée et dans celui souvent peu visible des soins non conventionnels.

Si je me suis toujours présentée à mes interlocuteurs comme une jeune chercheuse en anthropologie, je leur ai également dévoilé d'autres facettes de mon identité dans le contexte des échanges inhérents à toute relation humaine. Dire que j'étais universitaire donnait du sérieux à ma démarche, tandis que revendiquer des appartenances landaises m'a parfois rapprochée de certaines personnes qui reconnaissaient de nombreux points communs entre ce territoire rural proche et celui du Médoc. Le fait d'avoir enquêté dans un service d'orthogénie m'avait en outre familiarisée avec le jargon de la santé sexuelle et reproductive, facilitant mes échanges avec les professionnels. Confier que mon grand-père avait été guérisseur m'a maintes fois secourue face à des thérapeutes peu enclins à se dévoiler par crainte de poursuites judiciaires. Je regrette encore de n'avoir trouvé que trop peu de praticiens, conventionnels ou non, ayant accepté que j'observe leurs consultations, situations d'enquête que j'espère pouvoir expérimenter par la suite,

ce afin de mieux rendre compte de l'instant crucial de cette interaction entre les femmes et leurs soignants - observations que j'ai déjà pu le faire lors de mon enquête en service hospitalier.

D'un point de vue personnel, la réalisation de cette recherche m'a permis de me rapprocher de mon histoire familiale et d'en comprendre certains rouages. Quelques détails concernant cet aïeul guérisseur se sont éclaircis, alors que d'autres demeureront sans explication. Ces zones d'ombre constituent peut-être la part du secret qui ne peut être dévoilé au risque de rompre le charme, à moins qu'elles ne correspondent à une acceptation collective de l'inexpliqué. Elles semblent néanmoins nourrir le récit d'un mythe domestique capable de traverser les générations et d'apporter un soutien invisible mais bien réel. Par ailleurs, le fait que je sois une femme a aussi probablement beaucoup influencé ce travail, notamment lors de mes interactions avec les femmes interrogées, avec qui j'ai parfois nourri des formes d'empathie. Les confidences recueillies ont souvent éclos dans une atmosphère de connivence, laquelle ne laisse plus de doute quant à mon engagement personnel et professionnel sur les questions de santé et de genre qui ont émergées sur le terrain et que j'ai souhaité restituer dans cette thèse. Ma subjectivité en tant que chercheuse, confrontée à une étude réflexive de mes interactions *in situ*, a constitué un fil conducteur de mon exploration de la presqu'île médocaine et de ses acteurs du soin, mais également d'une plongée en profondeur dans l'univers confidentiel des mots et des maux de femmes.

D'une manière générale, cette thèse examine les façons dont se disent, se taisent et se soignent les « maux de femmes », au sein d'un territoire à la conjecture particulière, dont la ruralité et la quasi-insularité suscitent à la fois fantasmes et stigmatisations, et dont la désertification médicale à l'œuvre contraste avec l'image répandue d'un lieu de quiétude et de bien-vivre. La catégorie opératoire des « maux de femmes » m'a permis d'interroger le point de vue des actrices elles-mêmes sur le vécu et les représentations sociales des troubles, maladies et infortunes les affectant. Quelles étaient-elles? Quel sens les femmes donnaient-elles à ce qui leur arrivait dans leur intimité et comment y faisaient-elles face? Comment cela affectait-il leur rapport à soi? Une posture de confidente m'a fréquemment été assignée par mes interlocutrices qui m'ont alors relaté des expériences parfois douloureuses et extrêmement sensibles. Le cadre du secret partagé a dévoilé une certaine incommunicabilité sociale de ces maux particuliers. Explicitement ou symboliquement associés aux domaines des menstruations, de la sexualité et de l'hystérie, ils demeurent le plus souvent indicibles car négligés, impensés, jugés normaux ou « naturels », illégitimes ou marqués par le tabou. Les ressorts de cette même incommunicabilité pourraient être approfondis en se demandant si cette marginalisation des souffrances de femmes n'a pas pour fonction de préserver l'ordre établi, concernant particulièrement les inégalités de genre en santé ainsi que la conception biomédicale du corps sain. Cette dernière, ancrée dans le dualisme cartésien, paraît en effet mise à mal par les dimensions à la fois psychiques et physiques de la douleur en général, et des douleurs féminines en particulier.

L'étude des itinéraires thérapeutiques et des récits de vie montre toutefois une variabilité des interprétations de ces maux selon les femmes et le moment de leur vie, influençant les recours aux soins, eux-mêmes producteurs de sens nouveaux. Selon différentes logiques, les soins sont pris en charge par les femmes elles-mêmes, par leur entourage ainsi que par les praticiens officiels et non conventionnels, révélant l'éventail d'un riche pluralisme thérapeutique. J'ai souhaité interroger ces conceptions et pratiques dans leur multiplicité et au fil de trajectoires biographiques des femmes, approche souvent évacuée au profit des éclairages portés sur telle maladie, telle profession soignante ou telle institution sanitaire. Si ce parti pris peut parfois souffrir d'un manque de précision quant aux subtilités anthropologiques que chaque situation de maladie ou de soin présente inéluctablement, il a mérite de présenter un large aperçu du domaine particulier et pluriel de la santé et des soins aux maux de femmes.

La présente conclusion restitue trois aspects principaux qui caractérisent ce pluralisme thérapeutique spécifique. Le premier porte sur la coexistence, sur le terrain, d'acteurs de soins aux profils variés, plus ou moins reconnus, aux savoirs et pratiques très diversifiés. Le second aspect s'oriente sur la diversité et la non-exclusivité des logiques de recours aux soins élaborés par les femmes, de façon relativement autonome, au cours des itinéraires thérapeutiques. Enfin, le troisième et dernier aspect traite de l'influence des normes de genre dans les représentations des maux de femmes et la capacité du pluralisme à les renforcer ou à les dépasser.

A. La coexistence d'une pluralité d'acteurs, de savoirs et de techniques de soins

Sans identité administrative claire, le Médoc constitue une entité territoriale aux contours changeants, étant à la fois un arrondissement, plusieurs cantons, un pays et bientôt un parc naturel régional. Ces catégories, mues par différents enjeux, en brouillent la visibilité et les contours, renvoyant soit à une négation du Médoc comme espace particulier soit, au contraire, à son affirmation au gré des politiques d'aménagements nationales et locales. Dans le domaine de la santé, les données disponibles étaient plus ou moins précises et localisées, corollairement à cette situation administrative particulière. Elles contribuent à représenter le Médoc comme un territoire en proie à la désertification médicale, notamment pour les services spécifiquement féminins, et où la population est identifiée comme relativement pauvre et en moins bonne santé qu'ailleurs dans la région. L'existence du syndicat du Pays Médoc semble avoir été une façon d'affirmer localement une identité administrative et politique, développant dès lors un engagement fort dans le champ de la santé et du social *via* les actions de sa Plate-forme Santé Social. Cette dernière ne constitue cependant pas un espace légitime pour la production d'informations et l'élaboration de politiques sanitaires locales du point de vue du système de santé français, lequel connaît une organisation territorialisée et décentralisée au sein de laquelle les échelons inférieurs

participent, comme la Plateforme, par le biais d'appels à projets ou par la mise en application des plans nationaux qu'ils doivent adapter aux contingences sociales et géographiques locales. L'étude de cas de la construction d'un réseau de santé thématique, organisé au sein de la Plateforme, autour de la question des grossesses non prévues et de la planification familiale chez les jeunes, témoigne d'une application originale des politiques de coordination territoriale entre les acteurs du soin pour lutter contre la désertification médicale. Toutefois, elle montre aussi un manque de soutien durable de la part des échelons supérieurs qui ne soutiennent pas toujours la pérennité de telles initiatives locales ni ne s'appuient sur elles pour élaborer les politiques de santé.

La démarche suivie par ce réseau émergent s'inscrivait dans une conception particulière de la santé des femmes appelée « santé sexuelle et reproductive ». La SSR est un domaine défini au prisme de différents champs du droit – droit à la santé, droits de l'Homme, droit des femmes – par des instances internationales qui formulent des recommandations concernant entre autres la planification familiale, la sécurisation de la procréation et la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Au niveau national, ces préconisations connaissent des déclinaisons spécifiques selon les Etats, en fonction notamment de l'influence des normes socio-culturelles et de genre, des représentations de la santé et des idéologies religieuses ou politiques qui organisent les sociétés dans ces domaines. En France, les différents dispositifs de SSR se déclinent au sein du système de santé officiel, secondé par des associations reconnues, selon une logique essentiellement préventive et une conception biomédicale et épidémiologique de la santé. Ils sont assez spécifiquement tournés vers la contraception, les IVG, le suivi des grossesses, la prise en charge de l'accouchement, l'aide à la procréation, la lutte préventive contre les MST et le VIH-Sida ainsi que les cancers de l'appareil reproducteur.

La diversité des acteurs de soins jouant un rôle dans la SSR témoigne de l'existence d'un pluralisme médical dans ce domaine. Certaines professions et certains métiers sont exclusivement consacrés à ces dispositifs de SSR (gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, conseillères conjugales...), et proposent des prises en charge spécialisées oscillant entre la technicité médicale et la demande d'information et de conseils, ce qui contribue souvent à une hiérarchisation des pratiques professionnelles. Les activités de ces acteurs obéissent soit aux orientations institutionnelles des dispositifs qui les emploient, soit aux modalités d'exercice propres au statut libéral. D'autres acteurs moins spécialisés sont moins visibles, soit qu'ils jouent un rôle ponctuel de prévention ou d'accompagnement auprès des populations ciblées (animateurs, éducateurs, bénévoles...), soit qu'ils planifient les actions ou qu'ils les financent. Ce pluralisme médical s'observait d'autant plus clairement que le nombre d'acteurs de la SSR sur le terrain était relativement réduit, amenant ces personnes à faire preuve de polyvalence et à favoriser le maillage territorial de leurs activités en vue d'améliorer l'accès aux soins malgré la rareté des services de santé spécialisés sur la presque île.

Si je ne pense pas que la désertification médicale explique la présence en Médoc de nombreux praticiens de soins non conventionnels, lesquels combleraient les lacunes du système de santé local, il apparaît néanmoins que le phénomène a permis de mieux discerner ces oasis thérapeutiques dans le paysage sanitaire. Enquêter auprès de ces praticiens, dont la grande majorité exerçait sous couvert d'un flou juridique au risque d'être accusé d'exercice illégal de la médecine, a nécessité une immersion particulière dans le circuit de la rumeur locale pour aller au-devant de la relative invisibilité de cette offre de soin. Si quelques-uns exerçaient seulement au titre d'échanges de services ou d'une mission divine, la plupart se professionnalisait et tendait peu à peu à tarifier leurs prestations et à adopter des pratiques publicitaires ciblées. Quatre des praticiens rencontrés étaient des professionnels de santé (médecin, psychologue, aide-soignante, conseillère conjugale) qui avaient fait le choix de se former à des techniques de soins non biomédicales comme ici l'acupuncture (qui demeure une orientation de la formation médicale en France), l'aromathérapie, la technique des constellations familiales, l'olfactothérapie et le shamanisme. Ces personnes traduisent un brouillage des frontières entre des domaines du soin généralement présentés comme antagonistes, la biomédecine s'exerçant généralement de façon hégémonique et délégitimant les autres approches médicales et thérapeutiques. Elles incarnent une dimension nouvelle de la complémentarité des soins et leurs situations mériteraient d'être davantage éclairées dans des études ultérieures.

Ces acteurs du pluralisme thérapeutique enchevêtraient différents types de savoirs de santé dans leurs pratiques, ce qui rendait difficile l'élaboration de catégories de soignants aussi claires que dans le milieu de la SSR et celui du système de santé officiel. J'ai alors choisi de décrire les savoirs et techniques de soins mobilisés par les praticiens à partir de la typologie proposée par Raymond Massé [1995]. J'ai assumé ce faisant une posture agnostique concernant les modes de pensée, les représentations et les pratiques de ces thérapeutes qu'il ne s'agissait pas pour moi ici de défendre ou d'accuser au vu de la législation répressive les concernant. J'ai préféré une posture proche de celle défendue par le Centre d'Information sur les Croyances de Genève, alliant recherche et information aux populations. La Santé publique française travaille à la construction d'un « patient éclairé ». De la même façon, il ne paraît pas invraisemblable de promouvoir la figure de « l'utilisateur informé du pluralisme thérapeutique », lequel aurait alors la possibilité de trouver un recours qui lui correspond et d'en éviter certains dangers, comme le charlatanisme et les dérives sectaires.

La typologie choisie a tout d'abord éclairé un ensemble de « savoirs professionnels », puisant leurs sources dans les principes d'anatomie et de physiologie biomédicales dont certains étaient diplômés, et dans des formations privées, plus ou moins solides, proposant l'apprentissage des traditions médicales savantes orientales ou des techniques de soins psycho-mystiques. Partageant une conception endogène de la cause des problèmes de santé, vus comme les conséquences de déséquilibres énergétiques souvent liées à l'influence des émotions négatives et aux nuisances environnementales

(stress au travail, pollution), ils s'employaient à ré-harmoniser ces énergies et à accompagner leurs patients dans une quête de sens et de bien-être, considérée comme indispensable à la guérison et à la prévention des maladies. On comprend qu'une place importante était attribuée aux « savoirs non professionnels », constitués de bon sens populaire, de savoirs traditionnels sur les plantes mais aussi de paroles et d'attitudes favorisant l'empathie, la symétrie dans la relation soignant/soignée et l'expression du vécu individuel des maux. La prise en compte de ce vécu par le soignant pour établir un diagnostic et définir la thérapeutique adaptée faisait écho à un ensemble de « savoirs idiosyncratiques », tirés de leurs propres expériences antérieures de la souffrance, de la maladie et de la guérison. L'activité thérapeutique des praticiens avait souvent débuté suite à des événements marquants de leurs trajectoires biographiques (initiations) et de leurs itinéraires thérapeutiques (traumatismes, souffrances, maladies graves). Leurs récits de vie, construits comme des épopées, relataient leurs quêtes de guérison, de sens et de spiritualité au cours desquelles ces personnes étaient parvenues à faire face à l'insurmontable, se révélant à eux-mêmes comme des « héros et héroïnes de l'ordinaire ». Ils incitaient les patientes à occuper une position d'expertes de leur santé et à adopter cette démarche de redéfinition de soi, accompagnant leurs quêtes de sens et de spiritualité face à l'incertain, afin qu'elles aussi, aient le sentiment de devenir des héroïnes ayant pris sur leur vie.

Au sein de ce pluralisme thérapeutique, les femmes n'étaient donc pas toujours seulement des usagères mais aussi des actrices du soin, faisant preuve de « capacité » au sens de Sen [1987] mais aussi *d'agency*. Soignantes de la famille, elles se transmettaient et s'échangeaient des « trucs de bonnes femmes » au sein de différents réseaux familiaux et amicaux de « femmes-qui-s'aident » dans les limites de la pudeur et des tabous. Pour beaucoup, ces soins pouvaient être qualifiés de « profanes », dans le sens où ils correspondaient à l'application des conseils et prescriptions des professionnels de santé ou à des connaissances issues des sensibilisations en SSR. Cette dernière valorisait l'incorporation de pratiques préventives et le recours aux professionnels spécialisés, ce qui peut expliquer la relative rareté des pratiques de soins effectives aux maux de femmes et la place accordée à des soins dits « implicites » qui consistaient moins à avoir une attitude soignante proactive que de pratiquer la surveillance de soi, d'observer l'évolution des symptômes et des fluctuations corporelles ou de se mettre au repos. Une minorité s'était vue transmettre oralement des connaissances en matière de « plantes de femmes », révélant une conception humorale des maux et des traitements aux âges de la vie. D'autres, privées de cette transmission, faisaient l'usage voire l'apprentissage des « remèdes de grand-mères », revendiquant ou privilégiant des traitements plus « naturels ». La pratique de la magie offrait à certaines des possibilités de prédire, prévenir ou faire partir le mal. Enfin, la diffusion des méthodes de soins « psycho-mystiques » et l'engouement pour le domaine du « développement personnel », porté par une tendance sociétale à la psychologisation des maux, se manifestaient par l'appropriation de « techniques réflexives de santé ». Les

femmes pouvaient recourir de façon autonome à ces outils de relaxation, d'apaisement des douleurs et des angoisses, qui guidaient aussi l'introspection et les quêtes de sens.

Les possibilités de soins aux maux de femmes dans le Médoc se sont révélées très diversifiées, mêlant les savoirs biomédicaux et médico-sociaux de la SSR, les savoirs profanes que les femmes en tiraient, les adaptations locales de savoirs traditionnels savants extra-européens, la réinvention des savoirs populaires « naturels » et l'engouement pour les soins alliant la psychosomatique et le mysticisme. Ils sont incarnés par une pluralité d'acteurs de soins aux profils, professions, métiers, statuts différents dont les femmes font également partie en tant que dispensatrices de soins domestiques. Ces constats réaffirment la pluralité des conceptions du corps sain et de la santé dans nos sociétés, non réductibles au seul référentiel biomédical. Je rejoins Sarah Cant et Ursula Sharma qui proposent de ne plus définir la santé à partir de définitions uniquement biomédicales et physiques mais à partir des pratiques des individus eux-mêmes :

« La « bonne santé » devrait plutôt être vue comme le produit d'un bien-être spirituel, émotionnel et physique, et par inertie, ceci devrait brouiller les frontières entre ce qui était jusque-là compris comme des techniques médicales, esthétiques ou de loisirs » [Cant, Sharma, 2004 : 49]

Ces propos ne sont pas sans rappeler la définition de la santé selon l'OMS, comme « état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁹³. Cette définition est souvent interprétée en France au prisme du système de santé biomédical, en occultant les autres modalités thérapeutiques. Dans le domaine particulier des maux de femmes, on considère ainsi appliquer les définitions onusiennes en SSR, malgré l'organisation de celui-ci par ciblage des pathologies et le cloisonnement de ces spécialités thérapeutiques. Malgré la vision globale qu'il fournit sur la santé des femmes, de même que la complémentarité et la non exclusivité des recours aux soins qui le caractérisent, le pluralisme thérapeutique reste généralement évacué des réflexions sur les politiques de santé en la matière.

La SSR cible majoritairement ses actions aux âges de la vie selon une approche préventive, en promouvant la contraception et l'usage des préservatifs dès la puberté, en sécurisant la grossesse et l'IVG ou en organisant des dépistages organisés du cancer à partir de 50 ans par exemple. En ciblant et surexposant les aspects de la santé qu'elle prend en charge, la SSR tend à occulter dans ses définitions et planifications certains troubles, maux, souffrances et pathologies moins connus, normalisés ou tabous. Les

⁹³ Définition de la santé du Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

douleurs de règles ou les mycoses régulières étaient souvent banalisées dans les consultations par exemple, tandis que les difficultés psychologiques liées à une malformation gynécologique, aux suites d'une IVG ou les symptômes de l'endométriose restaient méconnus et peu pris en charge. Le vécu de la sexualité des femmes était souvent évacué au profit d'un discours sur la sexualité en général et les pratiques de prévention qui l'entourent. Cela pouvait avoir pour conséquence une absence de considération de la part des femmes (et parfois des médecins) de certaines douleurs ordinaires, d'autant plus difficiles à décrire, qu'elles sont localisées dans des parties invisibles du corps, qu'elles constituent des sortes d'impensés sociaux ou qu'elles demeurent confinés dans la pudeur et le tabou.

Ce ciblage des soins aux âges de la vie des femmes apparaissait aussi dans le répertoire des « trucs de bonnes femmes ». Les soins « implicites » consistant en une surveillance rapprochée du cycle menstruel, des pertes et fluctuations du corps s'appuyaient pour la plupart sur des représentations biomédicales profanes de la physiologie féminine. Les recettes de plantes médicinales et les « remèdes de grand-mères » faisaient pour la plupart appel à une conception humorale du corps : pour les maux de femmes, les savoirs recueillis visaient pour la plupart à des dépurations via la circulation du sang menstruel (soulageant les maux de ventre, favorisant accouchements et avortements) et la fortification du corps par le réchauffement du sang après une maladie ou un accouchement.

Les pratiques de soins plus orientées vers le « faire-parler » et la valorisation du vécu individuel des maux, comme les développent la plupart des praticiens non conventionnels et certains professionnels de santé et du social, selon leurs formations et les sensibilités, apparaissaient comme une issue favorable à l'expression des maux de femmes socialement indicibles ou inaudibles. Les longues anamnèses propres aux consultations en médecine chinoise et en médecine ayurvédique, de même que les capacités d'empathie des praticiens incitent les femmes à révéler des problèmes autrement gardés secrets. Ces situations initient parfois des recours biomédicaux par la suite, alors qu'on pense généralement que les soins non conventionnels sont convoqués en dernier recours. Elles sont aussi à l'origine de traitements physiques individualisés, comme en acupuncture ou dans certains massages, dont des répercussions sur le mental sont aussi attendues, témoignant d'une perspective holistique du corps et de la santé. Les « soins psycho-mystiques » et le « développement personnel » suscitent des quêtes de sens et de bien-être qui favorisent un regard distancié et réflexif sur la santé et les maux, et les inscrivent aux agendas thérapeutiques individuels. Selon leurs interprétations des problèmes, les femmes orientaient leurs recours aux soins et façonnaient leurs itinéraires thérapeutiques, qui les façonnaient en retour. Ces itinéraires faisaient coexister différentes médecines, religions, spiritualités, principes éthiques, convictions politiques et écologiques, fondant un pluralisme thérapeutique riche aux contours sans cesse mouvants. Pour la suite de mon parcours de chercheuse, j'aimerais en explorer d'autres facettes, notamment en enquêtant sur de nouveaux terrains ruraux

ou urbains français, à propos de problématiques de santé différentes. Je souhaiterai à ce titre travailler auprès des populations migrantes qui font le feu de l'actualité ou de celles qui vivent en France dans une plus grande discrétion, afin d'observer la plasticité du pluralisme thérapeutique dans ces conditions particulières et la riche diversification des soins qui le compose et le recompose perpétuellement, au gré des besoins et des représentations de chacun.

B. Des logiques de recours entre conduites normées et pratiques de l'autonomie en santé

Les recours aux soins au sein du pluralisme thérapeutique sur la presqu'île médocaine répondaient à des logiques variées, dépendantes pour les femmes des besoins de santé qu'elles éprouvaient et formulaient, des connaissances et des représentations qu'elles avaient des soins et des praticiens disponibles, de leurs possibilités d'y accéder, de même que de la capacité de ces derniers à satisfaire leurs demandes.

B.1. Logiques pragmatiques vs. logiques occasionnelles

Dans le domaine des soins officiels de la SSR et dans celui des soins non conventionnels, deux types de logiques de recours aux soins développées par les femmes paraissent répondre à une quête similaire : la quête de soins efficaces. J'ai appelé « logiques pragmatiques » celles qui étaient motivées par l'urgence et la gravité perçues ou réelles des maux, la biomédecine et les médecins étant alors considérés comme les enclins à établir un diagnostic sûr et à prodiguer un traitement efficace et rapide. Les soins médicalisés en SSR ont fréquemment été associés aux idées de sécurisation et de maîtrise des risques évitables chez de nombreuses femmes rencontrées. Celles-ci y avaient toutes déjà recouru sans exception à un moment ou à un autre de leur vie. Les conséquences des politiques successives sur l'accès aux soins et la gratuité de nombreux actes remboursés par l'assurance maladie et parfois les mutuelles favorisaient aussi les recours aux soins au sein du système de santé. Le cas de l'IVG reste particulier car il cristallise de nombreux enjeux de la SSR en termes de liberté et de normalisation des conduites des patientes. Pour recourir à un avortement, l'IVG est le seul recours possible et passe obligatoirement par une prise en charge médicale sécurisée et dans le respect de la loi. En Médoc, ces prises en charge connaissaient des difficultés d'accès et les femmes déploraient l'absence d'un accompagnement psychologique après le recours.

Toutefois, certaines demandes n'étaient pas considérées par les femmes comme relevant du pluralisme médical en SSR. Elles se tournaient ponctuellement, selon les besoins, vers des pratiques de soins domestiques ou non conventionnels. Privilégiant souvent les

plus médiatisées, elles témoignent de l'attrait grandissant que ces soins suscitent, notamment lorsqu'ils sont représentés en adéquation avec les valeurs du « retour au naturel » et du « bien-être » physique et mental. Sans vraiment viser l'acquisition d'une autonomie en santé ou la remise en cause du système sanitaire et de la biomédecine, elles faisaient le choix de consommer une offre de soins vue comme coutumière ou innovante, légitimée par leur efficacité « ancestrale », leur apparente innocuité et leur respect pour l'environnement. La quête d'efficacité et la réalisation de soi motivaient les « usagères occasionnelles » à adopter au besoin des « techniques de soins réflexives » issu du « développement personnel », confortant la thèse d'Anthony Giddens [1991] sur le besoin qu'ont aujourd'hui les individus de bénéficier de dispositifs permettant la réflexivité nécessaire à l'épanouissement individuel au sein de la société néolibérale. J'ajouterai que ces techniques de soins réflexives contribuaient à l'expression et à la reconnaissance du vécu de certains maux de femmes d'ordinaire indicibles, dès lors reconsidérés à la lumière d'autres grilles interprétatives (humorisme, énergétique, psychosomatique, mysticisme...). Ces dernières avaient pour point commun une conception endogène de l'étiologie des maux et une capacité à inscrire le problème et sa guérison dans les trajectoires biographiques.

B.2. Logiques rituelles vs. logiques rebelles

Les « logiques rituelles » et les « logiques rebelles » constituent deux autres modalités de recours aux soins identifiées au sein des itinéraires thérapeutiques des femmes rencontrées. L'une et l'autre sont mises en regard dans cette conclusion dans la mesure où elles expriment des positionnements antagonistes vis-à-vis de la santé publique en général, et de leur prise en charge par les services de SSR en particulier. Constatant un recours quasi-incontournable aux soins de SSR aux différents âges de leur vie, j'ai qualifié ces demandes de soins « rituelles » car elles contribuent à en marquer les passages initiatiques. Si la loi française prévoit une prise en charge médicalisée obligatoire dans le cadre de la grossesse et de l'IVG, la plupart des femmes sollicitaient une prise en charge à chaque événement fort de leur vie de femmes. Les premières consultations médicales en vue de la prescription d'une contraception et d'un examen gynécologique, de même que la prévention des MST et des grossesses non voulues, interviennent à la puberté et préparent les jeunes filles à devenir femmes. L'accouchement qui « fait » des femmes de nouvelles mères est presque toujours assuré dans un service de maternité hospitalier. L'âge de devenir grand-mère est moins marqué aujourd'hui qu'il y a une dizaine d'années encore par les hystérectomies ou « totales » effectuées massivement [Moulinié, 1998]. Ce sont désormais les campagnes préventives de santé publique et les dépistages organisés du cancer ciblant les femmes de plus de 50 ans qui rendent socialement visible celles dont les règles se dérèglent et tendent à disparaître. En véritables rites initiatiques, ces recours aux soins instituent le passage d'un statut à un autre en même temps qu'ils témoignent de la sanitarisation du social, de

la médicalisation des conduites par l'adoption de pratiques de prévention des risques et de l'incorporation des normes sexuelles et procréatives véhiculées par la SSR.

La médicalisation des soins de SSR, qui a permis en France l'adoption de lois en faveur de l'émancipation des femmes dans les années 1960 et 1970, ne doit pas aujourd'hui être uniquement considérée comme une entreprise biopolitique de normalisation des corps sexués et reproducteurs [Foucault, 1979 (2004) ; Fassin, Memmi, 2004]. Elle répond en effet aussi à une demande de santé croissante de la part de la population elle-même, la santé étant devenue une valeur motrice de nos sociétés. Quand les soins n'étaient pas accessibles en raison de la sous-médicalisation en Médoc ou de la méconnaissance de l'offre locale par les femmes, ces dernières mettaient en place des logiques de débrouille pour parvenir à se faire soigner. Comme le pointe le rapport MédocIresp [Kotobi, Jacques, *et al.*, 2013] l'accès aux soins de SSR ne se résume pas à l'ouverture de droits et à l'accès géographique aux services, mais aussi à la possibilité de pouvoir exprimer ses demandes de santé intimes, souvent indicibles par pudeur ou parce que les soignants et soignées ne parlaient pas la même langue. Les femmes concernées tâchaient de trouver par elles-mêmes des personnes susceptibles de les traduire, ce qui n'était pas sans poser de problème dans les prises en charge. J'ai pu constater en dans le contexte de pénurie médicale du Médoc que certaines femmes pouvaient parfois mettre en place de véritables tactiques d'appropriation et de détournements des services pour contraindre les institutions de soins de SSR, organisées autour de populations cibles et de missions de santé particulières, à adapter les prises en charge à leurs besoins ou tout simplement à entendre leurs demandes. Quand les soins ne répondaient pas à leurs besoins, d'autres engageaient également des tactiques de captation et de mise en concurrence des services et des professionnels de santé ainsi que des formes de nomadisme médical afin de parvenir à la prise en charge souhaitée. Toutefois, toutes les femmes rencontrées n'avaient pas le tempérament, le temps ou les moyens pour emprunter ces logiques tacticiennes et certains maux de femmes demeuraient non pris en charge ou seulement tardivement.

Par « logiques rebelles » j'entends celles revendiquées par les femmes pour expliquer leurs fréquents non-recours à l'offre de soins du système de santé en général et à celle de la SSR en particulier. Certaines d'entre elles avaient vécu des prises en charges traumatisantes, ce qui a pu par la suite influencer ce rapport méfiant aux institutions de soins et aux médecins, préférant « faire sans » et allant même, pour l'une de mes interlocutrices, jusqu'à préférer accoucher seule chez elle de son troisième enfant sans aucune aide. D'autres, conscientes des enjeux normatifs dans la médicalisation des soins de SSR appréhendaient les prises en charges « ritualisées », qu'elles soient obligatoires ou recommandées, comme des atteintes à leur liberté individuelle. La SSR a été institutionnellement et juridiquement pensée au prisme d'une médicalisation de la vie sexuelle et procréative de la population, et notamment de celle des femmes. Certaines situations ethnographiques observées en Médoc corroborent les travaux qui montrent une tendance à l'exercice d'une biopolitique de la part des pouvoirs publics et une

volonté de normalisation des pratiques de la part des acteurs de terrain. Leur travail reste majoritairement ancré dans une logique préventive, caractéristique de la médicalisation d'une société où la santé devient la norme que doivent incorporer et suivre les individus, d'autant plus que la SSR s'appuie sur le ciblage de populations dites « à risques ». Les campagnes de prévention et les dispositifs de soins visent des publics pré-déterminés en fonction de leur propension à tenir des conduites « à risques » (selon l'âge, les pratiques sexuelles, les statuts socio-économiques) ou à développer des pathologies chroniques (en fonction de l'âge pour les cancers par exemple). Leur objectif est d'informer et de responsabiliser spécifiquement ces individus afin qu'ils adoptent des conduites considérées comme plus enclines à garantir leur santé, mais aussi plus conformes aux normes sociales attendues. Le rapport MédocIresp [op.cit] a montré que ces catégorisations macro-sociales se doublent d'autres représentations locales souvent stéréotypées au niveau des acteurs de santé et du social : les « pauvres », « les précaires », les « marocaines », les « gitanes » sont parfois vues comme des publics à la fécondité précoce et trop abondante, et les « jeunes » comme ayant une sexualité plus « débridée » qu'autrefois. Ces *a priori* peuvent biaiser les interactions soignants/soignées et influencer les modalités de prise en charge des femmes, soit en surestimant ces caractéristiques socio-culturelles, soit en négligeant certaines problématiques chez des patientes jugées « normales », ce qui est d'autant plus problématique que les maux de femmes faisaient souvent l'objet de tabous et de normes de pudeur, quelle que soit l'âge ou l'origine socio-culturelle des personnes rencontrées sur le terrain. L'attitude « rebelle » et le refus d'une certaine forme de normalisation des conduites par des prises en charge ainsi organisées se traduisait par exemple par des stratégies d'évitement de la vaccination des bébés, par la contestation des dépistages organisés ou par le renoncement à un suivi gynécologique régulier. La dimension iatrogène de l'institution médicale était aussi un argument fort dans les discours de ces femmes, appuyé par les scandales médiatiques liés aux médicaments et à la contraception hormonale orale. Outre le danger représenté par les produits pharmaceutiques, elles dénonçaient des pratiques trop standardisées et des relations de soins hiérarchiques entre soignants et soignées, donnant le sentiment d'être dépossédée de son corps et de sa santé. Ces femmes avaient tendance à considérer cette offre de soins comme un bloc homogène en dépit du pluralisme médical à l'œuvre en SSR, pointant du doigt ses défaillances sans toujours en reconnaître les bénéfices. Parmi ces femmes, aucune d'entre elles ne renonçait à se soigner ; elles demeuraient souvent très fidèles aux professionnels de santé qui avaient gagné leur confiance et recouraient pour la plupart à des soins domestiques et à des soins non conventionnels.

B.3. Logiques préventives, entre norme de santé et attitude sentinelle

Certaines femmes, aux modes de vie alternatif et écologique, se montraient elles aussi très vigilantes aux possibles effets iatrogènes de la biomédecine, et notamment dans le

domaine de la SSR. Leurs recours aux soins dans ce domaine résultaient d'une négociation des risques entre ses avantages en termes d'efficacité et de sécurité, et ses inconvénients en termes de normalisation des conduites et d'effets pervers nocifs. Les pratiques autour de l'accouchement à domicile témoignaient ainsi d'une volonté de concilier la démedicalisation de la naissance et sa sécurisation par un professionnel compétent. Les cas du refus de contraception hormonale montraient une méfiance croissante envers les effets pervers perçus par les femmes et reconnus scientifiquement. Elles inscrivaient en outre les soins non conventionnels et les soins domestiques dans leur mode de vie, comme une façon d'être au monde, et non pas seulement comme des moyens thérapeutiques pour remédier ponctuellement à un problème de santé. Selon les besoins, elles savaient quels types de soins pouvaient répondre de façon efficace à leurs attentes de guérison ou aux normes véhiculées par la SSR auxquelles elles choisissaient d'adhérer. Elles valorisaient des conduites préventives visant un certain « bien-vivre » (alimentation saine « biologique », bonnes conditions de travail, environnement le moins pollué possible) et un sentiment de « bien-être », vu comme un état d'équilibre entre les émotions, le corps et l'environnement. En ce sens, la quête de bien-être est une logique préventive de santé puisqu'un déséquilibre entre ces éléments (humeurs, énergies, émotions) est pensé comme l'une des causes possibles de la maladie.

Pour ces femmes, le « retour au naturel » signifiait l'adoption d'un mode de vie contre-culturel basé sur l'écologie environnementale et corporelle, dont la santé fait partie intégrante au quotidien comme d'autres domaines de la vie (l'alimentation ou l'habitat par exemple). Elles recouraient autant aux services de praticiens non conventionnels qu'à ceux de professionnels de santé en qui elles avaient confiance, généralement des ostéopathes ou des médecins acupuncteurs et homéopathes familiarisés avec leurs convictions idéologiques et politiques. Elles apprenaient les savoirs populaires de santé et les recettes thérapeutiques à base de plantes et tentaient de se « reconnecter » au rythme de la Nature, réinventant parfois les conceptions traditionnelles cosmogoniques traditionnelles des campagnes françaises [Loux, 1990] ou extra-européennes. Comme leurs thérapeutes non conventionnels, elles s'adonnaient parfois à la magie pour faire intervenir le monde invisible dans les processus de soins, cultivaient leur quête spirituelle. Elles reproduisaient et pratiquaient en autonomie les soins psycho-mystiques auxquels elles étaient sensibilisées. La réappropriation des techniques de soins domestiques traditionnelles, ainsi que l'usage des « techniques réflexives de santé » issues des thérapies Post-Nouvel-Age, traduisaient leur volonté de se rendre actrice de leur guérison, de leur santé et de leur « bien-être » mais d'expérimenter un mode de vie alternatif et écologique. Elles développaient finalement plus qu'une logique de recours aux soins, un mode de vie « sentinelle ». Pour Jean-Pierre Dozon [2001], les « patients sentinelles » sont des personnes qui ont incorporé l'idéologie préventive [Aïach, 1998] propre au phénomène de la médicalisation de la santé et de la « société du risque » [Beck, 1992 (2001)] et qui ne recourent aux soins biomédicaux qu'en connaissance des risques encourus, développant alors des recours alternatifs aux soins. Les itinéraires

thérapeutiques des femmes « sentinelles » rencontrées donnaient ainsi à voir des recours à des soins diversifiés, utilisés en complémentarité et intégrés à leur façon de vivre au quotidien. Leur mode de vie visait l'écologie à la fois environnementale (extérieure) et corporelle (intérieure), ce qui se manifestait par l'adhésion aux valeurs écologiques par des pratiques de vie plus sobres, respectueuses de la nature et des spécificités de chacun; par une opposition avec les injonctions normatives de la société de marché, du travail salarié, de la division sexuée du travail, et de la fragmentation du lien social ; par un regard réflexif et distancié porté sur soi en vue de favoriser la réalisation personnelle et la constante réinvention du vivre-ensemble. Cet idéal de vie expérimenté par ces femmes et leurs familles encore marginales pourrait inspirer des initiatives en Médoc, où il est parfois difficile de faire se concilier les populations se pensant comme médocaines et autochtones et celles issues des migrations, où de grandes inégalités socio-économiques persistent et où les pollutions environnementales suspectées dans les vignes et au niveau la centrale nucléaire du Blayais voisine alarment les habitants.

Bien que non reconnu officiellement, le pluralisme thérapeutique consacré aux maux de femmes dans le Médoc faisait coexister des représentations de la santé des femmes et de leurs maux au prisme de conceptions anatomo-cliniques, physiologiques, humorales ou encore énergétiques et répondants à des techniques de soins diversifiées, ciblant souvent les âges de la vie. Ces soins sont dispensés par des acteurs aux profils et compétences variées qui interviennent auprès des femmes selon les logiques de recours aux soins qu'elles développent, entre adhésion, contrainte, pragmatisme, rejet et négociation des normes de SSR. Ces logiques non exclusives montrent que les quêtes de soins répondent à des besoins variés, comme la recherche d'un traitement efficace mais aussi d'un besoin d'écoute, de sollicitude, d'accompagnement, d'orientation, de prévention, pour lesquels il est possible de trouver des réponses adaptées au sein du pluralisme thérapeutique.

En outre, l'analyse croisée de ces logiques de recours avec celle de ce pluralisme à l'œuvre, ouvre une perspective de recherche autour de la question sensible et controversée de l'autonomie en santé. Souhaitée par les pouvoirs publics et décriée par certains médecins, l'autonomie du patient a surtout été étudiée au sein du système de santé officiel [Aubin, Baszanger, Carrier, 2010] prenant rarement en compte le pluralisme thérapeutique dans son ensemble et occultant la place des soins domestiques ou non conventionnels. Elle est aussi souvent traitée au prisme de l'automédication [Fainzang, 2010 ; 2012] sans considérer les produits contraceptifs en vente libre, ni tout à fait perçus comme des médicaments ni comme des produits ordinaires. Les itinéraires thérapeutiques observés montrent pourtant différentes dimensions de l'autonomie au sein du pluralisme thérapeutique dédié aux maux de femmes. Selon les situations, elle semblait contrainte par l'absence d'une réponse médicale adaptée pour certains maux, méconnus ou banalisés, en même temps qu'elle était incitée par les politiques sanitaires de prévention pour les maux ciblés par la SSR. D'autres négociaient cette autonomie avec leurs professionnels de santé, dont l'exercice du biopouvoir dans ce domaine

semblait parfois bricolé et difficile face à des femmes accumulant et revalorisant leurs savoirs et expériences de santé. Certaines enfin revendiquaient ouvertement leur autonomie en vertu de la réappropriation de leur corps et de la gestion de leur santé, apprenant à se soigner auprès de paires auxquelles elles accordaient un statut d'expertes, auprès de praticiens non conventionnels ou par le biais des médias. Si leurs attitudes se veulent subversives vis-à-vis de la normalisation des conduites propre au modèle actuel de la SSR, on peut se demander si leur distance au système officiel de soins ne fait pas le jeu de sa rationalisation et n'engage pas, à terme, un risque de déresponsabilisation de certaines de ses prérogatives. L'autonomisation en santé devrait sans doute être pensée en interrelation avec l'évolution des principes de la démocratie sanitaire.

C. De la réification à la réinvention des normes de genre ?

La question de l'autonomie contrainte par la pudeur et le tabou m'est apparue lors de mes entretiens avec les femmes. Leurs récits prenaient la forme de confidences, concernant le plus souvent des maux et douleurs dont le sens était rattaché, explicitement ou symboliquement, aux domaines des menstruations, de la sexualité et de l'hystérie qui font l'objet de représentations sociales négatives voire stigmatisantes. Ils tendaient déjà historiquement et tendent toujours à assigner aux femmes des caractéristiques de faiblesse, d'impureté et de difficulté à gérer leur corps, vu comme débordant de flux et d'énergies, dont l'absence de contrôle pouvait conduire à la folie. Le registre de la confiance employé par mes interlocutrices s'explique par l'apprentissage des normes de pudeur, des tabous et des choses indicibles. Dès lors, elles tendent à taire les douleurs menstruelles socialement perçues comme normales et naturelles et apprennent rapidement à leur état quand elles sont indisposées. Les MST ou les troubles de l'humeur demeurent relativement indicibles car ces maux agissent comme des stigmates latents, pouvant potentiellement attribuer aux femmes des conduites sexuelles déviantes ou les caractéristiques déclassantes propres aux maladies mentales. A remarquer que la catégorie des « problèmes hormonaux », fréquents depuis la diffusion des savoirs endocrinologiques, semblaient opérer de façon innovante comme une sorte d'entité nosologique populaire recouvrant là encore pour partie les troubles autrefois attribués à l'hystérie.

L'incommunicabilité normative qui caractérise les maux de femmes peut se comprendre comme une survivance des schémas sociaux anciens qui présidaient à la division sociale et hiérarchique des sexes. Les résurgences des troubles hystériques, du tabou des règles, des normes de sexualité et la persistance du silence sur nombre d'autres aspects de la santé des femmes suggèrent que la révolution féminine engagée reste inachevée. Cette situation peut étonner dans une société qui a pourtant connu plusieurs vagues d'émancipation féminine. La première a débuté à la fin du XIXe siècle avec des revendications portant sur le droit de vote, au divorce, à l'éducation, à la maîtrise des biens. La seconde intervient dans les années 1960-1970 et reste emblématique de la libération sexuelle des femmes qui ont obtenu le droit à la contraception et à

l'avortement. La dernière, initiée dans les années 1990, procède à une déconstruction des savoirs sur les femmes sous l'angle d'une dénaturalisation des discours, mais dresse aussi le bilan effectif des acquis sociaux et juridiques obtenus lors des précédentes vagues. Elle interroge par exemple les effets réels de la contraception sur la domination masculine que les féministes tentaient de juguler mais que la pilule aurait juste déplacé (éloignées du risque de grossesse non désirée, les femmes peuvent opposer plus difficilement de résistance quand il s'agit de refuser des rapports sexuels) [Bajos, Ferrand, 1999]. Les célèbres travaux de Françoise Héritier se sont inscrits dans les recherches du mouvement féministe des années 1980 et 1990 dénonçant la domination structurelle des hommes sur les femmes. Depuis d'autres auteur(e)s sur le genre ont contribué à penser les rapports de pouvoir selon leur dynamique et du point de vue des acteurs, comme Nicky Le Feuvre qui propose d'envisager un « au-delà du genre », fait de recompositions plus ou moins masculines ou féminines des rôles au gré des interactions [Le Feuvre, 2003]. Le pluralisme thérapeutique à l'œuvre dans le domaine des maux de femmes m'a paru participer à cette réinterprétation des normes de genre.

Certes la santé des femmes demeure traversée de forts enjeux politiques, idéologiques et sociaux. En France, elle a été marquée par l'Eglise, les politiques malthusiennes ou natalistes, et les luttes féministes et la médicalisation de la société. Les orientations prises par la SSR favorisent une dissociation et une sécurisation médicalisée de la sexualité et de la procréation en même temps qu'elles se prêtent au jeu de la normalisation des conduites individuelles par le biais de discours et pratiques soignantes qui incitent à l'incorporation de pratiques socialement attendues dans ces domaines. A savoir, une sexualité hétérosexuelle, protégée des MST et des grossesses non souhaitées, ni trop fréquente ni trop rare et avec un partenaire stable ainsi que la nécessité d'un projet parental au sein d'un couple solide, ni trop jeune ni trop vieux, avec une situation socio-économique jugée suffisamment confortable pour envisager d'avoir un nombre restreint d'enfants (en France, les familles d'au moins trois enfants sont dites « familles nombreuses »). La médicalisation des âges de la vie instituent des rites de passages pour les femmes dont le statut identitaire change au fil de ces prises en charge. Mais le pluralisme médical au sein de la SSR, ainsi que les soins domestiques et les soins non conventionnels offrent un large répertoire d'interprétations des maux. Dans le champ des soins non conventionnels, elles s'appuient sur différents aspects de la vie des femmes, réels ou supposés, et sur des conceptions psychologiques, mystiques ou encore mythologiques des maux. Ces ré-interprétations développées au sein de consultations personnalisées, permettent au patient de créer de l'ordre dans le chaos créé par la maladie en pluralisant les conceptions du corps, de la maladie, du soi et du social. La symétrie de relation instaurée, les techniques de « faire parler » et la reconnaissance des savoirs idiosyncratiques des patientes elles-mêmes par les soignants semblent dessiner un terrain particulièrement propice à l'expression des demandes de soins pour des maux de femmes considérés comme tabous et indicibles. La particularité des prises en charge non conventionnelles réside aussi dans l'accompagnement des quêtes de sens des patientes et dans leurs capacités à inscrire les itinéraires thérapeutiques comme des

composantes de leurs parcours biographiques, voire comme des opportunités pour les repenser et les réécrire à la lumière d'autres références. En ce sens, les quêtes de soins se muaient en quêtes de soi. Dans le contexte précis des maux de femmes, ces quêtes de soi venaient souvent interroger les façons de chacune de vivre et de se penser en tant que femmes, ce qui révélait souvent des tensions entre conduites quotidiennes et rapports individuels aux normes de genre. Si pour Anthony Giddens [1991], la quête et la réalisation de soi constituent une réponse à une injonction sociale propre aux sociétés actuelles, je pense que dans le cas précis de certaines femmes rencontrées, on assistait plutôt à une redéfinition constante de soi par rapport aux normes établies. Les « techniques réflexives de soins » les amenaient à un « souci de soi » tel que développé par Michel Foucault, c'est-à-dire à un regard distancié sur soi et sur les règles sociales permettant de choisir de s'y conformer ou non. La démarche favorise une prise de conscience des inégalités structurelles entre les sexes dénoncées par les féministes de la vague des années 1970, mais elle donne aussi toute son importance au vécu phénoménologique du féminin et aux éléments qui favorisent leur bien-être en tant que femmes. De là peuvent émerger des espaces de (re)définition de soi faisant naître des identités féminines en constant changement, oscillant entre adhésion à la norme et inventions contre-culturelles, au gré des itinéraires thérapeutiques et des parcours biographiques sur lesquels elles ont désormais le sentiment de pouvoir agir.

Le pluralisme thérapeutique dédié aux maux de femmes met en œuvre des quêtes de soins efficaces mais aussi des quêtes identitaires selon que ces techniques normalisent les conduites, impliquent ou non les femmes, qu'elles les rendent ou non actrices de leur guérison et de leur santé et qu'elles réifient ou réinventent les normes de genre. Les façons de dire et de taire les maux intimes peuvent être appréhendées comme des survivances de catégorisations anciennes ou comme le résultat de l'incorporation de normes sanitaires au service de dispositifs biopolitiques de contrôle de la population. Il est tout aussi important de ne pas s'enfermer dans une vision manichéenne du pouvoir des hommes et de l'État sur les femmes au risque de ne pas se saisir d'autres réalités à l'œuvre, notamment liées aux processus d'agency et de capacité. Le vécu des maux peut en effet être analysé en termes d'expériences à la fois individuelles et collectives (comme c'est le cas pour les douleurs « normales » aux âges de la vie). Ces expériences participent aux élaborations identitaires des femmes dans un contexte marqué par la déconstruction des repères anciens et le défaut de nouveaux.

Camille Froidevaux-Metterie[2014] explique que les générations actuelles vivent une véritable égalitarisation et une homogénéisation des genres du point de vue des droits et des activités professionnelles ou domestiques, paradoxalement à l'injonction sociale de plus en plus marquée à se réaliser socialement en tant qu'individu, ce qui implique notamment de se définir en discours et en pratique comme homme ou comme femme. Faire usage des anciens modèles ou au contraire les détourner et les réinventer participeraient donc des dynamiques identitaires d'aujourd'hui. Ainsi mobiliser le champ symbolique de l'hystérie ou des menstruations peut s'avérer utile pour donner

sens à son problème et l'inscrire dans une trajectoire biographique satisfaisante, d'autant plus que du point de vue de la majorité des femmes rencontrées en Médoc, le sens accordé aux maux pouvait varier selon les moments et les situations (temps de la vie, intensité des douleurs, chronicité des maux, rencontres). Inscrire ce dont on souffre dans le vécu d'une forme de domination est une interprétation possible mais pas unique du trouble concerné. Les approches laissant plus de place à l'« agentivité », au libre-arbitre des individus en matière de santé, comme ici avec l'attention portée aux conduites « rebelles », « occasionnelles » ou « sentinelles », conduisent à penser que les itinéraires thérapeutiques ne sont pas uniquement des quêtes de soins mais aussi des quêtes de sens, de soi ou de spiritualité. Les maux créent l'occasion de moments propices pour expérimenter un pluralisme thérapeutique offrant divers moyens pour guérir, pour rencontrer de nouveaux groupes d'appartenance et pour se penser soi-même dans un contexte social marqué par l'incertitude et la perte de repères. En ce sens, le pluralisme donne les moyens pour ces femmes de concrétiser un « souci de soi » émancipateur et créateur de « pouvoir d'agir » (*empowerment*) et d'*agency*. Si chaque itinéraire biographique et thérapeutique des femmes rencontrées s'est révélé singulier, ces quêtes de soins et de soi semblaient toujours productrices d'identités, réaffirmant et assumant les normes de genre ou tentant de les dépasser.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles de sciences humaines et sociales

ABRIC Jean-Claude, 1994, « Les représentations sociales : aspects théoriques », In : ABRIC Jean-Claude (Éd.), *Pratiques Sociales et Représentations*, Paris, PUF, pp. 11-36

ACKER Joan, 1990, "Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organization", *Gender and Society*, vol. 4, n° 2, Juin, pp. 139-158.

AÏACH Pierre, 1998, « Les voies de la médicalisation », in AÏACH Pierre, DELANOË Daniel, 1998, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, pp 16-36.

AÏACH Pierre, 2000, « De la mesure des inégalités: enjeux sociopolitiques et théoriques », in : LECLERC, Fassin, Granjean *et al.* (ed.), 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, pp 81-91.

AÏACH Pierre, 2010, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Anthropos-Economica.

ALESSANDRIN Arnaud (dir), 2011, *La transidentité: des changements individuels au débat de société*, Paris, L'Harmattan.

ALPHANDERY Pierre, SENCEBE Yannick, 2009, « L'émergence de la sociologie rurale en France (1945-1967) », *Études rurales* 1/2009 (n° 183), pp23-40 URL : www.cairn.info/revue-etudes-rurales-2009-1-page-23.htm, consulté le 20 avril 2015

ALTHABE, Gérard, 1985, « Production de l'étranger, xénophobie et couches populaires urbaines », *L'Homme et la société*, vol. 77, no 1, pp 63-73.

AMSELLE Jean-Loup, 2014, « Le tourisme chamanique en Amazonie », *Études*, n°2, pp. 33-42.

AMSELLE Jean-Loup, MBOKOLO Elikia, 1985, *Au cœur de l'ethnie*, Paris, La Découverte

ANDRIEU Bernard, 2011, *L'écologie corporelle (4 tomes) : Un goût de terre ; Bien dans l'eau ; Prendre l'air ; En plein soleil*, Paris Atlantica.

ANDRIEU, Bernard, 2012, *L'autosanté: Vers une médecine réflexive*, Paris, Armand Colin.

ANTIL, Thomas, O'NEILL, Michel, SAILLANT, Francine, 1987, *Accoucher autrement: repères sur les aspects historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Eds Saint-Martin.

ARNOZAN Xavier, 1906-1907, « La croyance aux sorciers dans le Médoc », *Revue de l'Hypnotisme*, n°21, Paris.

ATLANI-DUAULT Laëtitia, VIDAL Laurent (dir.), 2009, *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement : des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Paris, Armand Colin

AUBERTIN Catherine, PINTON Florence, 2006, « Les paysans : figure emblématique du développement durable ». In : Auclair, Aspe, Baudot (dir.), 2006, *Le retour des paysans ? : à l'heure du développement durable*, Paris, Edisud, pp 15-29, URL : <http://ecologie->

humaine.eu/DOCUMENTS/SEH_Paysans/Paysans_05_Aubertin%26Pinton.pdf consulté le 23/04/2015

AUBIN, Donald, BASZANGER, Isabelle, et CARRIER, Christian, 2010, « Le patient est-il vraiment au centre du système de soins? », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 9, no 1, pp 35-40.

AUGE Marc, HERZLICH Claudine, 1984 (1994), *Le sens du mal*, Paris, Eds des archives contemporaines.

AUSTIN John Langshaw, 1970, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil.

AVANZA Martina, LAFERTE Gilles, 2005, « Dépasser la « construction des identités » ? Identification, image sociale, appartenance. », *Genèses* 4/2005 (n° 61), pp. 134-152
URL : www.cairn.info/revue-geneses-2005-4-page-134.htm. Consulté le 30/09/2015.

AYIMPAM Sylvie, 2010, *Économie de la débrouille à Kinshasa: informalité, commerce et réseaux sociaux*, Paris, Karthala.

BADINTER, Elisabeth, 1980, *L'amour en plus*, Paris, Flammarion.

BAER, Hans, 1984, « A comparative view of a heterodox health system: Chiropractic in America and Britain », *Medical Anthropology*, vol. 8, no 3, p. 151-168

BAJOS Nathalie FERRAND Michèle, 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative » in: *Avortement ici et ailleurs*, Sociétés contemporaines N°61, Sciences Po Les Presses, Paris, pp91-117.

BAJOS Nathalie, 1998, *La sexualité aux temps du Sida*, Paris, PUF.

BAJOS Nathalie, 1999, « Sexualité, risques et MST », in : Costa Fabienne-Andréa (dir), 1999, *Maux secrets :MST, maladies taboues*, Paris, Autrement, pp23-42.

BAJOS Nathalie, BOHET Aline, LE GUEN Mireille, MOREAU Caroline, 2012, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Populations et sociétés*, n°492, Sept.2012, Paris.

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, 1999 « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? » pp118-142, in : *Sciences Sociales et Santé*, Genre et Santé, Vol 22 n°3, Revue trimesrielle, CNRS, pp118-142

BALANDIER Georges, 1968, « Tradition et continuité », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 44, janvier-juin 1968, pp. 1-12.

BARDEM Isabelle, GOBATTO Isabelle, 1995, *Maux d'amour, Vies de femmes : sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, Ouagadougou, L'Harmattan, Paris

BARRAUD DE LAGERIE Pauline, 2011, « Entre rationalité économique, normes professionnelles et interdépendances organisationnelles : les pharmaciens d'officine face à la demande de « dépannage » », *Sociologie de l'action organisée*, Bruxelles, De Boeck Supérieur
URL : www.cairn.info/sociologie-de-l-action-organisee--9782804162436-page-175.htm
consulté le 03/12/2015.

BARRERE-MAURISSON Marie-Agnès et al, 1984, *Le sexe du travail. Structures familiales et systèmes productifs*, Grenoble, PUG.

- BARTHELEMY Tiphaine, WEBER Florence (dir), 1989, *Les campagnes à livre ouvert. Regards sur la France rurale des années trente*, Paris, Presses de l'École normale supérieure
- BARUL Christine., FADIGA Fatoumata, PICOT Céline, 2013, Diagnostic socio sanitaire des femmes de 15 à 65 ans, « précaires et/ou migrantes du Médoc », en matière de santé génésique et reproductive, Bordeaux, Projet tutoré, Master 1 de santé publique, Isped, Université Bordeaux Segalen. Dir : L. Kotobi et M-A Jutand.
- BASTIDE, Roger, 1968, Les études et les recherches inter-ethniques en France de 1945 à 1968, Etudes préliminaires, CERIN, n°1, pp7-28.
- BASZANGER Isabelle, 1995, Douleur et médecine, la fin d'un oubli, Paris, Seuil.
- BAUDELOT Christian, GOLLAC Michel, 2003, *Travailler pour être heureux ?*, Paris, Fayard.
- BAYART Jean-François, 1996, L'illusion identitaire, Paris, Fayard.
- BECK Ulrich, 1992 (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- BECKER Howard, 1985 (1963), *Outsiders*, Paris, Métailié.
- BELOTTI GIANINI Elena, 1974, *Du côté des petites filles*, Paris, Ed. des femmes.
- BENEDICT Ruth, 1934, *Echantillons de civilisation*, Paris, Gallimard.
- BENOIST Jean, 1996, « Singularités du pluriel », in : Benoist Jean (dir), 1996, *Soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- BENOIST, Jean, 1993 *Anthropologie médicale en société créole*. Presses universitaires de France.
- BENSA Alban, 2010, *Après Lévi-Strauss. Pour une anthropologie à taille humaine*. Paris, Textuel.
- BERAUD Claude, 2002, « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur ». In: *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n°4, pp. 37-74, url : [/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2002_num_20_4_1569](http://web.revues.org/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2002_num_20_4_1569) Consulté le 29 juillet 2015.
- BERCÉ Yves Marie, 1978, La vie quotidienne dans l'Aquitaine du XVIIe siècle, Paris, Hachette.
- BERGE Christine, 2005, *Héros de la guérison. Thérapies alternatives aux Etats-Unis*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- BERLANSTEIN Leonard R., 2007, « Selling Modern Femininity: Femina, a Forgotten Feminist Publishing Success in Belle Époque France », *French Historical Studies*, 30, 4,, p. 623-649.
- BERLIVET Luc, 2004, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé, La fabrique des campagnes de prévention » in: Fassin Didier, Memmi Dominique (dir.), 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.
- BERNARDIE Nathalie, 2010a « Immobiliers îles », *Géographie et cultures* [En ligne], n°75 | 2010, URL : <http://gc.revues.org/1647> consulté le 23/04/2015

BERNARDIE Nathalie, 2010b, « Jean-Michel Racault, *Robinson et compagnie. Aspects de l'insularité politique de Thomas More à Michel Tournier.* », *E-rea* [En ligne], 12.1 | 2014, URL : <http://erea.revues.org/4194> consulté le 26/04/2015.

BERNARDIE-TAHIR Nathalie, 2005, « Des "bouts du monde" à quelques heures : l'illusion de l'isolement dans les petites îles touristiques ». In: *Annales de Géographie*. 2005, t. 114, n°644. pp. 362-382. URL : [/web/revues/home/prescript/article/geo_0003-4010_2005_num_114_644_21252](http://web.revues/home/prescript/article/geo_0003-4010_2005_num_114_644_21252) Consulté le 23/04/2015.

BERNARD-LEONI Vannina, 2009, « Les îles de Méditerranée, des espaces autres ? Représentations de la spécificité insulaire corse », Actes du Colloque "*Monde Méditerranéen et représentation(s) de l'altérité*", 19 - 20 juin 2009, Université Paul-Valéry Montpellier 3 URL : <http://www.msh-m.fr/le-numerique/edition-en-ligne/rusca/rusca-langues-litteratures/colloque-2009-monde-mediterraneen/articles-357/vannina-bernard-leoni-les-iles-de/article/les-iles-de-mediterranee-des> consulté le 22/04/2015.

BERTHOD-WURMSER Marianne, "En France, les pauvres s'en vont aussi à la campagne", *CERISCOPE Pauvreté*, 2012, [en ligne], consulté le 13/11/2014, URL : <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part2/en-france-les-pauvres-sen-vont-aussi-a-la-campagne> consulté le 22/04/2015.

BESSIN Marc, 2009, « Focus - La division sexuée du travail social. », *Informations sociales* 2/2009, n° 152 , pp. 70-73. URL : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-2-page-70.htm. Consulté le 10/09/2015.

BIANCARELLI Bernard, BONARDI Christine, « De quelques monstres anthropologiques insulaires ». *Ethnologie française*, 2008, vol. 38, no 3, p. 489-505.

BIDART, Pierre, 2001, *La singularité basque: généalogie et usages*, Paris, PUF.

BISHOP Elsa, 2004, « Constructions imaginaires de l'espace californien au sein du New Age », Matériaux pour l'histoire de notre temps, n°75, pp. 28-38. URL : www.persee.fr/doc/mat_0769-3206_2004_num_75_1_991 consulté le 10/03/2014

BOAS Franz, 1896, « The limitations of the comparative method of anthropology », in *Race, Language and Culture*, Chicago University Press, pp. 270-294.

BODIGUEL Maryvonne, 1986, *Le rural en question*, Paris, L'Harmattan.

BOLTANSKI Luc, 2004, *La condition fœtale, Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, NRF Essais, Gallimard.

BONINI Nathalie, 2004, « Changer d'espace pour vivre mieux : ethnologie des «nouveaux» habitants des Cévennes », résumé de sa communication au colloque « *Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ?* », 23-24 septembre 2004, Université d'Angers, pp 30-34, URL : <http://geosan.pagesperso-orange.fr/actualites/comsenligne.pdf> consulté le 22/04/2015

BONINI Nathalie, 2012, « Les représentations de la « petite école rurale » des familles venues s'installer en Cévennes, et sa place dans leur rapport au territoire », *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs* [En ligne], 11 | 2012, mis en ligne le 26 mars 2014, consulté le 15 octobre 2015. URL : <http://cres.revues.org/2227> consulté le 15/10/15

BONNET Jocelyne, 1988, *La terre des femmes et ses magies*, Paris, R. Laffont.

BONNET, Doris, POURCHEZ, Laurence, 2007, *Du soin au rite dans l'enfance*, Paris, Eres.

- BORDES Rémi (dir.), 2011, *Dire les maux : anthropologie de la parole dans les médecines traditionnelles*, Paris, L'Harmattan.
- BOUCAU Jean René, 1998, *La mobilisation des chasseurs en Aquitaine: 1989-1995*, Thèse de doctorat en sociologie sous la dir. de François Dubet, Bordeaux 2.
- BOUCAU Jean-René, 1998, *La mobilisation des chasseurs en Aquitaine: 1989-1995*, Thèse de doctorat en sociologie, sous la dir. Du Pr. Dubet, Université de Bordeaux 2.
- BOUCHAYER Françoise, 1994, « Les voies du ré-enchantement professionnel », in : Aiach Pierre, Fassin Didier (dirs), 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoirs et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, pp. 201-25.
- BOURDIEU Pierre, 1986, « L'illusion biographique », In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 62-63, juin, pp. 69-72. url : [/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1986_num_62_1_2317](http://web.revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1986_num_62_1_2317) Consulté le 07 septembre 2015.
- BOURDIEU Pierre, 1996, *Sur la télévision suivi de L'emprise du journalisme*. Paris, Liber.
- BOURDIEU Pierre, 1998, *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre, 1998, *Le sens pratique*, Paris, Minuit.
- BOURDIEU, Pierre, 2002, *Le bal des célibataires: crise de la société paysanne en Béarn*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre, WACQUANT Loïc J.D., 1992, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.
- BOURGEOIS Louise, 1609 (1992), *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-nés*, Côté femmes, Paris.
- BOURGEOIS Anne, 1991, « Territoire » in : Bonte Pierre, Izard Michel (éds), 1991, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, PUF
- BOUTEILLER Marcelle, 1966, rééd. 1987, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, G.P. Maisonneuve et Larose
- BRAUDEL, Fernand, 1986, *L'identité de la France*, Paris, Arthur-Flammarion.
- BRESSON Maryse, 2012, « La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux », *Informations sociales*, 1/2012 (n° 169), pp. 68-75, URL : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2012-1-page-68.htm consulté le 08/12/2015.
- BRETIN Hélène, KOTOBİ Laurence, 2016, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, juin. *A paraître*.
- BRISSE Luc, 1997, *Le Sexe incertain. Androgynie et hermaphrodisme dans l'Antiquité gréco-romaine*, Paris, Les Belles Lettres.
- BROMBERGER Christian, 1993, « Ethnologie, patrimoine, identité. Y-a-t-il une spécificité de la situation française ? » In Fabre (dir.), 1993, *L'Europe entre culture et Nations*, Paris, éds. MSH
- BROMBERGER Christian, MEYER Mireille, « Cultures régionales en débat », *Ethnologie française* 3/2003 (Vol. 33), p. 357-361 URL : www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2003-3-page-357.htm consulté le 23/04/2015

- BRUBAKER, Rogers, 2001, « Au-delà de l'identité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2001, no 4, pp 66-85.
- BRUGÈRE, Fabienne, 2011, *L'éthique du care*, Paris, PUF
- BRUNEL Sylvie, 2004, *Le développement durable*, Paris, PUF
- BUCLIN T., AMMON C, (dir), 2001, *L'automédication : pratique banale, motifs complexes*, Genève, Médecine et Hygiène, Cahiers Médico-Sociaux, n° 7-9.
- BUTLER Judith, 2005, *Troubles dans le genre*, Paris, La découverte.
- BYDLOWSKI Monique, 2003, « Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, mars 2003, Volume 31, numéro 3, pages 246-251, URL : <http://www.em-consulte.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/15170/resultatrecherche/2> consulté le 10/03/11
- CAMBROSIO, Alberto, KEATING, Peter, 2003, « Qu'est-ce que la biomédecine? Repères socio-historiques », *M/S: médecine sciences*, vol. 19, no 12, p. 1280-1287.
- CAMUS Dominique, 1980 (2010), *Paroles magiques, secrets de guérison : les leveurs de maux aujourd'hui*, Paris, Imago.
- CANGUILHEM, Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF.
- CANT, Sarah, SHARMA, Ursula, 1999, *A New Medical Pluralism: complementary medicine, doctors, patients and the state*. Routledge.
- CARRASCO Cristina, 2007, « Les coûts invisibles des soins et du travail des femmes », *Nouvelles Questions Féministes*, 2/2007 (Vol. 26) , pp. 30-44, URL : www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2007-2-page-30.htm. consulté le 01/02/2016
- CASTANEDA Carlos, 1972, *L'herbe du diable et la petite fumée*, Paris: Soleil Noir.
- CASTEL Robert, ENRIQUEZ Eugène, STEVENS Hélène, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques* 2/2008 (n° 17), p. 15-27 URL : <http://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2008-2-page-15.htm> consulté le 08/12/2015.
- CASTEL, Robert., 2009, *La montée des incertitudes. Travail, protections, Statut de l'individu*, Paris, Seuil.
- CAZENEUVE Jean, 2002, « Sociologie de la connaissance et radio-télévision. », *Le Télémaque* 2/2002 (n° 22) , p. 59-70 URL : www.cairn.info/revue-le-telemaque-2002-2-page-59.htm. Consulté le 16/09/2013
- CERTEAU de Michel, 1990, *L'invention du quotidien, les arts de faire*, Paris, Folio.
- CESBRON Paul, 2014, *Aux sources de la démocratie sanitaire*, Paris, Le Temps des cerises.
- CHABROL Claude, OPRESCU Mihaela, 2010, « La presse féminine : une mythologie efficace », *L'orientation scolaire et professionnelle* [Online], 39/3 URL : <http://osp.revues.org/2866> consulté le 26/07/2012
- CHAMPION Françoise, 1990, « La nébuleuse mystique-ésotérique » in : Champion Françoise, Hervieu-Léger Danièle (dir.), 1990, *De l'émotion en religion*, Paris, Éd. du Centurion.

- CHAMPION Françoise, COHEN Martine, 1993, « Recompositions, décompositions: Le renouveau charismatique et la nébuleuse mystique-esotérique depuis les années soixante-dix », *Le Débat*, no 75, p. 81-89.
- CHAMPION Françoise, HERVIEU-LEGER Danièle (dir.), 1990, *De l'émotion en religion*, Paris, Éds du Centurion.
- CHANVALLON Stéphanie, 2009, *Anthropologie des relations de l'Homme à la Nature : la Nature vécue entre peur destructrice et communion intime*, Thèse d'anthropologie sociale et d'ethnologie, Université Rennes 2, Université Européenne de Bretagne, URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00458244v2> consulté le 22/04/15
- CHARCOT, Jean-Martin, 1886-1890, *Œuvres complètes*, Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 9 vol.
- CHARUTY Giordana, 1996, « Destins anthropologiques du rêve », *Terrain* [En ligne], 26 | mars 1996, mis en ligne le 07 juin 2007, URL : <http://terrain.revues.org/3071> consulté le 08/12/2015.
- CHAUVIER Eric, 2011, *Contre Télérama*, Paris, Eds. Allia.
- CHEVALLIER Denis, MOREL Alain, 2005, « Identité culturelle et appartenance régionale », *Terrain* [En ligne], 5 | octobre 1985, URL : <http://terrain.revues.org/2878> consulté le 23/04/2015
- CHIVA Isac, 1987, « Entre livre et musée. Emergence d'une ethnologie de la France », in Chiva I. & U. Jeggle (ss la dir. de), *Ethnologies en miroir. La France et les pays de langue allemande*, Paris, mission du Patrimoine ethnologique/Éd. de la Maison des sciences de l'homme, pp. 9-33.
- CHIVA Isac, 2007, « L'ethnologie de la France rurale il y a trente ans », *Ethnologie française* HS/2007 (Vol. 37), pp 103-107 URL: www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2007-HS-page-103.htm.
- CHOSSEGROS Philippe, 2008, « Les réseaux de santé : une histoire française », *Sociologie Santé*, n°29.
- CLAVÉ-MERCIER, Alexandra, 2014, *Des états et des «roms»: une anthropologie du sujet entre transnationalisme et politiques d'intégration de migrants bulgares en France*, Thèse de doctorat sous la dir. de Pr. Frédéric Le Marcis, soutenue à l'Université de Bordeaux.
- COHEN Patrice, ROSSI Ilario, SARRADON Aline, SCHMITZ Olivier, 2010, « Des systèmes pluriels de recours non conventionnels des personnes atteintes de cancer : Une approche socioanthropologique comparative (France, Belgique, Suisse) », Rapport INCA.
- COHEN, Patrice, ROSSI, Ilario, 2011, «Anthropologie des soins non-conventionnels du cancer. Introduction du numéro thématique », in Cohen, Rossi (dir.), 2011, *Le pluralisme thérapeutique en mouvement, Anthropologie & Santé*, 2011, no 2.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, 1982, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Masson.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, 2001 (1996), *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris, Masson
- COSNIER Colette, 2009, *Les Dames de Femina. Un féminisme mystifié*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

- COULON Christian, 2000, *Le cuisinier médoquin*, Bordeaux, Confluences
- COULON Christian, 2005, *Festins gascons : cuisiner sa vie*, Bordeaux, Confluences
- COULON Christian, 2014, *Médoc, les valeurs du lieu et autres textes*, Bordeaux, Confluences
- COUSIN Saskia, 2003, *L'identité au miroir du tourisme. Usages et enjeux des politiques de tourisme culturel*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00266547/> consulté le 23/04/2015
- COUSIN Saskia, REAU Bertrand, 2009, *Sociologie du tourisme*, Paris, La découverte
- COUSIN Saskia, REAU Bertrand, 2011, « L'avènement du tourisme de masse », in Sciences Humaines, n°22, mars-avril-mai 2011, Paris, URL : http://www.scienceshumaines.com/l-avenement-du-tourisme-de-masse_fr_26905.html consulté le 23/04/2015
- CRAWFORD Robert, 1980, « Healthism and the medicalization of everyday life », *International journal of health services*, vol. 10, no 3, p. 365-388.
- CRENN Chantal, 2013, « Des invisibles trop visibles ? », *Hommes & Migrations* 1/2013 (n° 1301), pp 99-106, URL : www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2013-1-page-99.htm.
- CREPAULT Claude, LEVESQUE Guy (dirs), 2001, *Éros au Féminin. Éros au Masculin. Nouvelles Explorations en Sexoanalyse*, Québec, PUQ.
- CRESSON Geneviève, 1991, « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*, 4/1, pp31-44.
- CRESSON Geneviève, 2001, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in : Aiach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève, Philippe Claudine (dir.), 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. Rennes : Editions de l'École Nationale de la Santé Publique, pp303-328.
- CROCHET Soizick, 2000, « L'invisible guérison : Notes d'ethnomédecine en milieu rural au Cambodge », *Aséanie*, n°5, pp. 13-39, URL : www.persee.fr/doc/asean_0859-9009_2000_num_5_1_1662 consulté le 01/02/2016
- CROS, Michèle, 1990, *Anthropologie du sang en Afrique*, Paris, l'Harmattan.
- CROSNIER Capucine, 1993, « La plante à l'image de l'ordre corporel », *Ecologie humaine XI (1)*, janvier, pp7-24.
- CUISENIER Jean, SEGALEN Martine, 1993 (1986). *Ethnologie de la France*, Paris, PUF
- DAGNAUD, Monique, MEHL, Dominique, 1995, *Merlin l'enfanteur*, Paris, Ramsay.
- DAHDOUH Fadi, CARBONARO Raoul, 2011, *L'expertise judiciaire en ostéopathie: chemin vers une profession de santé*, Bruxelles, De Boeck.
- DARWIN Charles, 1881 (1871), *La descendance de l'homme et la sélection sexuelle*. C. Paris, Reinwald.
- DARWIN Charles, 2013 (1859), *L'origine des espèces*, Paris, Seuil.
- DAUMAS Maurice (dir), 2015, *L'Autochtonie. Figures et perspectives*, Pau, PUPPA.
- DE BEAUVOIR Simone, 1949 (2014), *Le deuxième sexe*, Paris, Gallimard.

- DECOCQ, 1997, « Echographie de l'endométriase », *Journal d'échographie et de médecine ultra-sonore*, vol. 18, no 1, p. 15-23.
- DELAISI DE PARCEVAL Geneviève, LALLEMAND Suzanne, 1980, *L'art d'accommoder les bébés*, Paris, Odile Jacob.
- DELEAGE Estelle, 2013, *Agricultures à l'épreuve de la modernisation*, Paris, Eds Quæ
- DELIEGE Robert, 2006, *Une histoire de l'anthropologie. Écoles, auteurs, théories*, Paris, Seuil
- DELPHY Christine, 1998 (1977), *L'ennemi principal (Tome 1): économie politique du patriarcat*, Paris, Syllepse.
- DESCOLA, Philippe, *Par-delà nature et culture*. Paris : Gallimard, 2005.
- DESPRES Caroline *et al.*, 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n°169. pp.1-7.
- DESPRES Caroline, 2011, « Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer », *Anthropologie & Santé* [en ligne], 2 | 2011, en ligne depuis le 22/06/2011, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/710> consulté le 01/02/2016.
- DEVERRE Christian, 2009, « Robert Redfield et l'invention des « sociétés paysannes » », *Études rurales* 1/2009 (n° 183), pp 41-50 URL : www.cairn.info/revue-etudes-rurales-2009-1-page-41.htm, consulté le 20 avril 2015
- DEVREUX Anne Marie, 2001, « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé? », in : Aïach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève, Philippe Claudine (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, Editions de l'École Nationale de la Santé Publique, pp. 97-116.
- DEVREUX, Anne-Marie, 1995, « Sociologie " généraliste " et sociologie féministe: les rapports sociaux de sexe dans le champ professionnel de la sociologie », *Nouvelles questions féministes*, pp. 83-110.
- DI MEO Guy, 1991, *L'Homme, la Société, l'Espace*, Paris, Anthropos.
- DI MEO Guy, 1991, *L'Homme, la Société, l'Espace*. Paris, Anthropos.
- DI MEO Guy, 2007, « Processus de patrimonialisation et construction des territoires », Actes du colloque "*Patrimoine et industrie en Poitou-Charentes : connaître pour valoriser*", Sep 2007, Poitiers-Châtelleraut, France. Geste éditions, pp.87-109, 2008. [<halshs-00281934>](#) consulté le 22/04/15
- DICK-READ Grantly, 2004(1959), *Childbirth without fear*, London, Pinter & Martin Ltd.
- DIGEON Monique, 2005, *Les marais du Nord Médoc : un regard sur les interactions sociales au sein d'un espace en pleine mutation*, mémoire de Master 2 en anthropologie sous la dir. De B. Traimond, Université Bordeaux Segalen
- DOQUET Anne, 1999, *Les masques dogon. Ethnologie savante et ethnologie autochtone*, Paris, Karthala
- DORAI Louis-Jacques, 2004, « La construction de l'identité », in : Deshaies Denise, Vincent Diane, 2004, *Discours et constructions identitaires*, Québec, Les Presses de l'Université Laval

- DORLIN Elsa, 2005, « Sexe, genre et intersexualité : la crise comme régime théorique. », *Raisons politiques*, n° 18, pp. 117-137, URL : www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2005-2-page-117.htm. consulté le 03/12/2015.
- DOUGLAS Mary, 1971, *De la souillure*, Paris, Maspéro.
- DOZON Jean-Pierre, 2001, « Les quatre modèles de prévention », Dozon Jean-Pierre, Fassin Didier (dir), 2001, *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*, Balland, Paris, pp23-46.
- DREES, 2011a, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », Eudes et résultats, N° 764, juin 2011. URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er764.pdf> consulté le 05/04/2011
- DREES, 2011b, « Fiche de synthèse régionale - Aquitaine », URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cpom_aquitaine.pdf, consulté le 05/04/2011
- DUBAR Claude, 2000, *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF
- DUBAR Claude, 2015 (2000), *La socialisation. Constructions des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- DUBOIS Jean-Luc, MAHIEU François-Régis, 2009, « Sen, liberté et pratiques du développement », *Revue Tiers Monde* 2/2009 (n° 198), p. 245-261 URL:www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-2-page-245.htm. consulté le 22/04/12
- DUBUC. François, 1997, *La peste, les maladies, le rôle des lazarets en général et celui de Pauillac en particulier*, Cahiers Médulliens, N°27, Pauillac, Société archéologique et historique du Médoc.
- DUNN, Frederick L., 1976, «Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems », in: Leslie, Charles M., 1998, *Asian medical systems: A comparative study*, Motilal Banarsidass Publishe, Vol. 3, pp. 133-158.
- DURIF-BRUCKERT Christine, 2003, « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psy*, n° 29, pp. 71-95.
- DURIF-BRUCKERT Marie, 1994, *Une fabuleuse machine*, Paris, Métailié.
- DURISCH-GAUTHIER, Nicole, 2007, « Le marché de la guérison », in : Durisch-Gauthier, Nicole, Rossi, Ilario, Stolz, Jörg, 2007, *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérison spirituelles*, Genève: Éditions Labor et Fides.
- DURISCH-GAUTHIER, Nicole, ROSSI, Ilario, et STOLZ, Jörg, 2007, *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides
- DURKHEIM Emile, 1968 [1912], *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF
- DURKHEIM Emile, 1967 (1893), *De la division du travail social*. Paris, PUF.
- EDELMAN Nicole, 2010, « Femmes, astrologie et horoscopes (Début XX^e siècle -années 1950) », in : Eck Hélène, Blandin Claire (dir), 2010, *La presse féminine*, Paris, Panthéon Assas.
- EDELMAN Nicole, MONTIEL Luis, PETER Jean-Pierre, 2009, *Histoire sommaire du somnambulisme de Lady Lincoln*, Paris, Tallandier.

- EDELMAN, Nicole, 2013, *Les métamorphoses de l'hystérique: du début du XIXe siècle à la Grande Guerre*, Paris, La Découverte.
- EHRENBERG Alain, 1998, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Odile Jacob, Paris
- ELIAS, Norbert, 1973, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.
- ERIKSON Erick, 1959 (1950), *Enfance et société*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- FABRE-VASSAS Claudine, 1991, « La cuisine des sorcières », *Ethnologie française*, T. 21, No. 4, Octobre-Décembre, pp. 423-437.
- FAINZANG Sylvie, 2001, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris, PUF.
- FAINZANG Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Paris, PUF.
- FAINZANG Sylvie, 2010, « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n° 1, p. 115-133.
- FAINZANG, Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF.
- FASSIN Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.
- FASSIN Didier, 2004, « Le corps exposé, Essai d'économie morale de l'illégitimité » _in: Fassin Eric, Memmi Dominique et al., 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Eds EHESS.
- FASSIN Didier, MEMMI Dominique, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'EHESS, 2004.
- FASSIN Eric, FASSIN Didier, 2006, *De la question sociale à a question raciale ? Représenter la société française*, Paris, La Découverte.
- FAVRET SAADA Jeanne, 1977, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris.
- FAVRET SAADA Jeanne, CONTRERAS Josée, 1990, « Ah ! La féline, la sale voisine ! », *Terrain* 14, pp 20-31.
- FAVRET-SAADA Jeanne, 2009, *Désorceler*, Paris, Ed. de L'Olivier.
- FERRERI Maurice, FERRERI Florian, LUSS Philippe, 2003, *La dépression au féminin*, Paris, John Libbey Eurotext, p6.
- FINE Agnès, MOULINIE Véronique, SANGOÏ Jean-Claude, « De mère en fille », *L'Homme* 3/2009 (n° 191) , p. 37-76. URL : www.cairn.info/revue-l-homme-2009-3-page-37.htm. Consulté le 20/10/15
- FLORENCE, Jean, 1978, *L'identification dans la théorie freudienne*, Publications Fac St Louis.
- FOOTE, Nelson N., 1951, « Identification as the basis for a theory of motivation », *American Sociological Review*, pp 14-21.
- FOUCAULT Michel, 2004, *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)*, Gallimard, Seuil, Paris
- FOUCAULT, Michel, 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel, 1976, *Histoire de la sexualité. Tome I, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

- FOUCAULT, Michel, 1984, *Histoire de la sexualité. Tome III, Le souci de soi*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel, 1988, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
- FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL Dominique, 2003, « Genre, catégorie sociale et rapports de domination », in : Fougeyrollas-Schwebel, Dominique, Plante, Christine, Riot-Sarcey, Michèle, Zaidman Claude, *et al.*, 2003, *Le genre comme catégorie d'analyse. Sociologie, histoire, littérature*, Paris, L'Harmattan.
- FOUQUET, Catherine, KNIBIEHLER, Yvonne, 1983, *La femme et les médecins. Analyse historique*, Paris, Hachette
- FREIDSON Eliot, 1984 (1970), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- FREUD, Sigmund, 1967 (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF.
- FREUD, Sigmund, 1973 (1894), *Les psycho-névroses de défense*, Paris, PUF.
- FREUD, Sigmund, BREUER, Joseph, 1956 (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF.
- FRIEDMANN Daniel, 1981, *Les guérisseurs. Splendeurs et misères du don*, Paris, Métailié.
- FROIDEVEAUX-METTERIE Camille, 2015, *La révolution du féminin*, Paris, Gallimard.
- GABARRON-GARCIA Florent, 2011, « Parole du sujet et langage de la science : la contribution lacanienne à la critique de Lévi-Strauss » in : Bordes Rémi (dir.), 2011, *Dire les maux : anthropologie de la parole dans les médecines traditionnelles*, Paris, L'Harmattan.
- GAGNÉ, Jean. 1996, « Yes, I can débrouille. Propos de jeunes itinérants sur la débrouillardise », *Cahiers de recherche sociologique*, no 27, p. 63-72.
- GAUCHET Marcel, 2004, « La redéfinition des âges de la vie », *Le débat*, vol. 132, no 5, pp. 27-44.
- GÉLIS, Jacques, 1977, « Sages-femmes et accoucheurs: l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles », *Revue des Annales*, pp. 927-957.
- GEORGET, Étienne Jean, 1821, *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau: recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypochondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif*, Paris, JB Baillière.
- GHASARIAN Christian, 1998, « A propos des épistémologies postmodernes », in *Ethnologie française*, vol.28, n° 4, p. 563-577.
- GHASARIAN Christian, 2002, « Santé alternative et New Age à San Francisco », in : 2002, *Convocations thérapeutiques du sacré*, pp. 143-163.
- GHASARIAN Christian, 2006, « Réflexions sur les rapports entre le corps, la conscience et l'esprit dans les représentations et pratiques néo-chamaniques », in : Schmitz Olivier, 2006, *Les médecines en parallèle: Multiplicité des recours au soin en Occident*, 2006, pp. 139-171.
- GIACOMONI Caroline, 2015, « Impact du cancer gynécologique pelvien sur les organes "invisibles" féminins: des représentations aux conduites » in : Kotobi Laurence, Lemonnier Clara (dir), 2015, *Santé reproductive : routines, normes, invisibilités*, Pessac, *Revue Sociologie santé*, n°38.

- GIACOMONI Caroline, HOARAU Hélène *et al.*, 2011, « Le corps féminin en situation de maladie pelvienne », in Bouguet S., Giukin L. *et al.*, (eds.), *This Un-Real Body. Anthology of essays*, Timisoara, Eurobit, pp. 163-174.
- GIDDENS, Anthony, 1991, *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*, Stanford, Stanford University Press.
- GIGLIO-JACQUEMOT Armelle, 2011, « Unicistes versus pluralistes : l'homéopathie brésilienne à l'ère de la globalisation », *Anthropologie & Santé* [en ligne], 3 | 2011, en ligne depuis le 28/11/2011, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/767> consulté le 01/02/2016.
- GILLIGAN, Carol, 1982, *In a different voice*, Harvard University Press.
- GLEASON Philip, 1983, « Identifying identity: A semantic history », *The journal of American history*, 1983, p. 910-931.
- GODARD Xavier (dir), 2002, *Les transports et la ville en Afrique au sud du Sahara: le temps de la débrouille et du désordre inventif*, Paris, Karthala.
- GODELIER Maurice, 1996 (1982), *La production des Grands Hommes*, Paris, Fayard.
- GOFFART A.. Les " Esprits animaux ". In: *Revue néo-scholastique*. 7^e année, N°26, 1900. pp. 153-172. url : [/web/revues/home/prescript/article/phlou_0776-5541_1900_num_7_26_1698](http://web.revues/home/prescript/article/phlou_0776-5541_1900_num_7_26_1698) Consulté le 15 août 2015
- GOFFMAN Erving, 1963(2010), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN Erving, 1973(1997), *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Paris, Minuit
- GOLDING William, 1956 (1954), *Sa Majesté des Mouches*, Paris, Gallimard.
- GOOD Byron, KLEINMAN Arthur, 1985, *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, Berkeley, University of California Press.
- GOOD, Byron, 1977, « The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran », *Culture, medicine and psychiatry*, vol. 1, no 1, p. 25-58.
- GOODY Jack, 1979, *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris, Eds Minuit.
- GREENE Robert, DALTON Katharina, 1953, «The premenstrual syndrome», *British Medical Journal*, n°100, pp. 1-14.
- GRISONI Anahita, 2011, *Sous les pavés, la terre: culte du bien-être et nouveaux métiers: la naturopathie en transformation à la conquête du marché*, thèse de doctorat de sociologie dirigée par Nilüfer Göle, Paris, EHESS.
- GRUENAIIS Marc-Eric, 1990, « Le malade et sa famille : une étude de cas à Brazzaville », in : Fassin Didier, Jaffré Yannick (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses, pp. 227-242.
- GRUENAIIS Marc-Eric, 2002, « La professionnalisation des "néo-tradipraticiens" d'Afrique centrale », In : Gruénais Marc-Eric, Mebtoul Mohamed (dirs), 2002, *Les mondes des professionnels de la santé face aux patients*, *Santé Publique et Sciences Sociales*, (8-9), p. 217-239.

- GUILLAUMIN, Colette, 1978, « Pratique du pouvoir et idée de Nature. L'appropriation des femmes », *Questions féministes*, 1978, pp 5-30.
- GUYARD Laurence, 2002, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *L'Esprit du temps, Champ psy*, n°27, pp 81-92.
- HANCART PETITET Pascale, 2011, « Les mots d'Angelai: figures de discours et pratiques de soins d'une matrone en Inde du Sud », In : Bordes Rémi (dir.), 2011, *Dire les maux : anthropologie de la parole dans les médecines traditionnelles*, Paris, L'Harmattan, pp. 189-210.
- HARRUS-REVIDI Gisèle, 1997, *L'hystérie*, Paris, PUF.
- HARTOG François, 2005, *Anciens, modernes, sauvages*, Paris, Eds Galaade
- HAXAIRE, Claudie, 2002, « Calmer les nerfs»: automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences sociales et santé*, vol. 20, no 1, p. 63-88.
- HERITIER Françoise, 1984, « Le sang du guerrier et le sang des femmes ». In: *Les Cahiers du GRIF*, n° 29, pp. 7-21.
- HERITIER Françoise, 1996, *Masculin/Féminin I, La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.
- HERITIER Françoise, 2003, « Une anthropologie symbolique du corps », In: *Journal des africanistes*, tome 73 fascicule 2. pp. 9-26. url : [/web/revues/home/prescript/article/jafr_0399-0346_2003_num_73_2_1339](http://web.revues/home/prescript/article/jafr_0399-0346_2003_num_73_2_1339) Consulté le 05 février 2015.
- HERITIER, Françoise, 1996, *Masculin/Féminin I, La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.
- HERVIEU Bertrand, LEGER Danièle, 1979, *Le retour à la nature. Au fond de la forêt, l'État*, Paris, Éditions du Seuil.
- HERVIEU-LÉGER Danièle, 2003, « Pour une sociologie des “modernités religieuses multiples” : Une autre approche de la “religion invisible” des sociétés européennes », *Social Compass*, vol. 50, no 3, p. 287-295.
- HERVIEU-LÉGER, Danièle, 2001, *La religion en miettes ou la question des sectes*, Paris, Calmann-Lévy.
- HERZLICH Claudine, ADAM Philippe, 1994 (2004), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.
- HERZLICH, Claudine, PIERRET, 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot.
- HOARAU Hélène, 2005, *De l'hôpital à la famille : vivre le soin. Etude anthropologique sur le vécu du soin de femmes atteintes d'un cancer gynécologique en curiethérapie ambulatoire*, thèse en anthropologie soutenue à Bordeaux, Université Victor Segalen.
- HOLDER Eric, 2008, *De loin, on dirait une île*, Paris, Eds La dilettante.
- HOURS Bernard, 1999, « Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France », *Socio-anthropologie* [En ligne], N°5 | 1999, mis en ligne le 15 janvier 2003, URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/50> consulté le 25/10/2015.
- HUGHES Everett, 1962, « Good people and dirty work », *Social Problems*, vol. 10, n°1, pp. 3-11.

- HUGHES, Everett, 1955, « The making of a physician - General statement of ideas and problems », *Human organization*, 1955, vol. 14, no 4, p. 21-25.
- ILLICH Ivan, 1975, *Némésis médicale*, Paris, Seuil.
- INTROVIGNE Massimo, 2005, *Le New Age des origines à nos jours : courants, mouvements, personnalités*, Paris, Dervy.
- JACQUES Béatrice, 2005, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.
- JAFFRE Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF.
- JANET Pierre, 1911 (1893-94), *L'état mental des hystériques : les stigmates mentaux des hystériques, les accidents mentaux des hystériques, études sur divers symptômes hystériques, le traitement psychologique de l'hystérie*, Paris, F. Alcan.
- JANZEN, John, 1979, « Pluralistic legitimation of therapy systems in contemporary Zaire », in Ademuwagun Z.A. (dir), *African therapeutic systems*, Honolulu, Crossroads Press, pp208-216.
- JODELET Denise (dir), 1994, *Les représentations sociales*, Paris, PUF.
- JOHANNESSEN, Helle, LAZAR, Imre (dir), 2006, *Multiple medical realities: patients and healers in biomedical, alternative, and traditional medicine*, Oxford-New York, Berghahn Books.
- JOLAS Tina, PINGAUD Marie-Claude, VERDIER Yvonne, ZONABEND Françoise, 1990, *Une campagne voisine : Minot, un village bourguignon*, Paris, Ed. de la Maison des sciences de l'homme, "Ethnologie de la France".
- JOUET Emmanuelle, FLORA Luigi (dirs.), 2010, « Usagers-Experts : La part du savoir des malades dans le système de santé », *Pratiques de formation Analyses*, pp58-59.
- JOZANI, Niloufar, 1994, *La beauté menacée: anthropologie des maladies de la peau en Iran, d'après des entretiens réalisés à Téhéran en 1983 et 1986*. Peeters Pub & Booksellers
- KARDINER Abram, 1939, *The Individual and His Society*, New York, Columbia University Press.
- KAUFMANN, Jean-Claude, 2010(2004), *L'invention de soi: une théorie de l'identité*, Paris, Pluriel.
- KLEINMAN, Arthur, 1976, « Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research », *Annals of Internal Medicine*, n° 88, pp. 251-258.
- KLEINMAN, Arthur, 1978, « Concepts and a model for the comparison of medical, systems as cultural systems », *Social Science & Medicine*, n° 12, pp 85-93.
- KLEINMAN, Arthur, 1986, *Social origins of distress and disease : depression, neurasthenia, and pain in modern China*, Yale University Press.
- KLEINMAN, Arthur, DAS Veena, LOCK Margaret, 1997, *Social suffering*, Berkeley, University of California Press.
- KOTOBI Henri, 2009, *Qu'est-ce que la douleur? Vers un nouveau paradigme philosophique de la douleur*, Paris, L'Harmattan.

KOTOBI Laurence, 2013, « Grossesses non souhaitées : un programme de sensibilisation des jeunes dans le Médoc », *La santé en action*, n°423, mars 2013, pp. 31-32. Dossier : « Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ? »

KOTOBI Laurence, 2013, « Le poids des découpages administratifs et des frontières symboliques sur la prise en charge de la santé reproductive en milieu rural », Communication au colloque international « Santé, politiques sociales et formes contemporaines de vulnérabilité », Lasdes-Université de Fès/Centre Jacques Berque, Fès 17-18 avril 2013.

KOTOBI Laurence, 2013, « Grossesses non souhaitées : un programme de sensibilisation des jeunes dans le Médoc », in : dossier « Santé sexuelle », *La santé en action* (ex. *La Santé de l'Homme*), n° 423, Inpes, pp. 31-32.

KOTOBI Laurence, CRENN Chantal, 2012, *Du point de vue de l'ethnicité: Pratiques françaises*, Paris, Armand Colin.

KOTOBI Laurence, JACQUES Béatrice, ANTON Lorena, LEMONNIER Clara, PURGUES Sonia, 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. Dact.

KOTOBI Laurence, LARCHANCHE Stéphanie *et al.*, 2013, « Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier. Une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave », in : Cognet Marguerite, Sauvegrain Priscille. (dir.), « Les soignants face aux migrants : représentations et pratiques cliniques », *Migrations santé*, n° 146-147. pp. 53-80.

KOTOBI Laurence, LEMONNIER Clara, 2015, « Ethnographier les itinéraires thérapeutiques en santé reproductive pour mieux comprendre l'accès aux soins : le cas des femmes en difficulté dans le Médoc », à paraître in : Kotobi Laurence, Lemonnier Clara (dir), 2016, *Santé reproductive : routines, normes, invisibilités*, Pessac, *Revue Sociologie santé*, n°38.

KOUVOUAMA Abel, 2015, *L'anthropologie dans un monde en mouvement. Le lointain et le proche*, Paris, Eds Paari.

KOUVOUAMA Abel, DORIER-APPRILL Élisabeth, 1998, « Pluralisme religieux et société urbaine à Brazzaville », *Afrique contemporaine*, no 186, pp 58-76.

KOUVOUAMA Abel, GRUENAIIS Marc-Éric, TONDA Joseph, 1992, *Prophètes, prophéties et mouvements religieux dans le Congo contemporain*, Paris, Orstom.

LACOSTE Camille, 1976, « Biographies », in : Creswell, Godelier, Outils d'enquête et d'analyse anthropologiques, Paris, Maspero.

LAFERTE Gilles, 2014, « Des études rurales à l'analyse des espaces sociaux localisés », *Sociologie*, 2014/4 (Vol. 5), pp 423-439 URL:www.cairn.info/revue-sociologie-2014-4-page-423.htm, consulté le 20 avril 2015

LAFERTE Gilles, RENAHY Nicolas, 2003, « “Campagnes de tous nos désirs”... d'ethnologues », *L'Homme* 2/2003 (n° 166), pp 225-234 URL : www.cairn.info/revue-l-homme-2003-2-page-225.htm consulté le 22/04/2015

LAFERTE Gilles, RENAHY Nicolas, DIALLO Abdoul, 2013, « Mondes ruraux et périurbains : quelles représentations, quelles réalités ? » in : Vall Raymond, Rossignol Laurence,

Représentations et transformations sociales des mondes ruraux et périurbains, Rapport de la Commission de l'économie, du développement durable et de l'aménagement du territoire du Sénat, pp 16-30, URL : <http://www.senat.fr/rap/r12-257/r12-2571.pdf> consulté le 21/04/15

LAGET, Mireille, 1982, *Naissances: l'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Seuil.

LAHIRE Bernard, 1998, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan.

LAMAZE, Fernand, 1956, *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique: ses principes, sa réalisation, ses résultats*, Rennes, Édition la Farandole.

LANGÉ, 1689, *Traité des vapeurs*, Paris, Nion.

LAPLANTINE François, 1986 (1992), *Anthropologie de la maladie*, Ed Payot, Paris

LAPLANTINE François, RABEYRON Paul- Louis, 1987, *Les médecines parallèles*, PUF

LAQUEUR Thomas, 1992, *La fabrique du sexe*, Paris, Gallimard.

LATRY Marie-Claire, « Les couturières de la nuit », *Terrain* [En ligne], 26 | mars 1996, mis en ligne le 07 juin 2007, URL : <http://terrain.revues.org/3149> consulté le 08/12/2015.

LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia (dir), 2011, *Le souci des autres. Éthique et politique du Care*, Paris, EHESS.

LAZARUS Ellen, 1997, « What do women want? Issues of choice, Control, and Class in American pregnancy and childbirth », in : Davis-Floyd Robbie, Sargent Carolyn, 1997, *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*, University of California Press, pp132-156.

LAZNIK Marie-Christine, 2005, « Les menstrues relues à partir de leur perte », *Champ psy* 4/2005, n° 40, pp. 79-99 URL : www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2005-4-page-79.htm. Consulté le 13/09/2012

LAZNIK Marie-Christine, 2005, « Les menstrues relues à partir de leur perte. », *Champ psy* 4/2005 (n° 40), p. 79-99 URL : www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2005-4-page-79.htm. consulté le 15/10/15

LE BRETON David, 2007, *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Paris, Métailié.

LE BRETON David, 2010, *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*, Paris, Métailié.

LE BRETON Éric, 2003, « Exclusion et immobilité, la figure de l'insulaire », dans Orfeuil J.-P., *Transports pauvretés exclusions*, Paris, Éditions de l'Aube.

LE FEUVRE Nicky, 2001, « La féminisation de la profession médicale en France et en Grande-Bretagne : voie de transformation ou de recomposition du 'genre' ? », in : Aïach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève, Philippe Claudine (dir.), 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. Rennes : Editions de l'École Nationale de la Santé Publique.

LE FEUVRE Nicky, 2003, « Le genre comme outil d'analyse sociologique » in : Fougeyrollas-Schwebel, Dominique, Plante, Christine, Riot-Sarcey, Michèle, Zaidman Claude, et al., 2003, *Le genre comme catégorie d'analyse. Sociologie, histoire, littérature*, Paris, L'Harmattan.

LE NAOUR Jean-Yves, VALENTI Catherine, 2003, *Histoire de l'avortement, XIXe- XXe*, Paris, Seuil.

- LECLERC Anette, FASSIN Didier., et al., 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte. Coll Recherche.
- LEMONNIER Clara, 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 anthropologie, dirigé par Laurence Kotobi, Université Bordeaux 2.
- LEMONNIER Clara, 2016, « Confidences de femmes et secrets de sorcières, une ethnologie à sensations en Médoc (France) », *Parcours anthropologiques*, n°11, [en ligne] *A paraître*.
- LERICHE René, 1936, « Introduction générale »; « De la santé à la maladie »; « La douleur dans les maladies; Où va la médecine? », *Encyclopédie française*, tome VI.
- LESLIE, Charles, 1998, *Asian medical systems: A comparative study*, Delhi, Motilal Banarsidass Publishe.
- LEVI-STRAUSS Claude, 1949a, « L'efficacité symbolique », *Revue d'histoire des religions*, tome 135, n°1, pp. 5-27. URL : www.persee.fr/doc/rhr_0035-1423_1949_num_135_1_5632 consulté le 03/12/2015
- LEVI-STRAUSS Claude, 1949b, « Le sorcier et sa magie », *Les Temps Modernes* , n°41, mars, pp. 385-406.
- LEVI-STRAUSS, 1983, *Le regard éloigné*, Paris, Plon.
- LIPOVETSKI Gilles, 1997, *La troisième femme*, Paris, Gallimard.
- LOCK Margaret, SCHEPER HUGHES Nancy, 1987, « The mindful body », *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41
- LORIOU Marc, 2005, « Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail : Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus », *Cahiers de recherche sociologique*, N° 41-42, pp.191-208.
- LOUX Françoise, 1990, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Inter-éditions, Paris
- LOUX Françoise, RICHARD Philippe, 1988, « Le sang dans les recettes de médecine populaire », *Mentalités*, no 1, p. 125-139.
- LOUX Françoise, RICHARD Philippe, 1978, *Sagesse du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français*, Paris, Maisonneuve et Larose.
- LOWY Ilana, MARRY, 2007, *Pour en finir avec la domination masculine. De A à Z*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, Seuil.
- MACE Éric, 2002, *Sociologie de la culture de masse: avatars du social et vertigo de la méthode*, Paris, PUF.
- MACÉ Éric, 2007, « Des «minorités visibles» aux néostéréotypes. Les enjeux des régimes de monstration télévisuelle des différences ethnoraciales », *Journal des anthropologues*, no Hors-série, pp. 69-87. http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/23522/2006_17_114.pdf?sequence=1 consulté le 26/07/2012

MAILLOT Adolphe, 2010, « *Sea, sex and sun* : la sexualité dans la mythologie du surf way of life », Genre, sexualité & société [En ligne], 3 | Printemps 2010, mis en ligne le 01 juin 2010, consulté le 31 octobre 2014. URL : <http://gss.revues.org/1371>

MANNONI Pierre, 2012, *Les représentations sociales*, Paris, PUF.

MARDON Aurélia, 2011, « Honte et dégoût dans la fabrication du féminin. L'apparition des menstrues », *Ethnologie française* 1/2011 (Vol. 41), pp. 33-40. URL : www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2011-1-page-33.htm. Consulté le 10/09/2015

MARILLONNET Justine, 2012, « L'image de mode au service du sujet féminin, vers une nouvelle mascarade ? », *Études de communication* 1/2012 (n° 38) , pp. 151-166. URL : www.cairn.info/revue-etudes-de-communication-2012-1-page-151.htm. consulté le 26/07/2012

MARQUES-PEREIRA Bérengère, 1996, « Citoyenneté et représentation: quelques repères utiles à l'analyse comparative », in Del Re Alisa, Heinen Jacqueline (dirs), *Quelle citoyenneté pour les femmes ? La crise des Etats-providence et de la représentation politique en Europe*, Paris, L'Harmattan. pp.65-74

MARQUIS Nicolas, 2014, *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*, Paris, PUF.

MASSÉ Raymond, 1995, *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin.

MASSÉ Raymond, 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et sociétés*, vol. 21, no 1, p. 53-72.

MATHIEU Nicole-Claude, 1971, « Notes pour une épistémologie des catégories de sexe », *Epistémologie sociologique*, Vol 1.

MATHIEU Nicole-Claude, 1973, « Homme-culture et femme-nature ? », *L'Homme*, XIII(3), pp101-113.

MAUREY Hervé, 2013, *Déserts médicaux: agir vraiment*, Rapport d'information, Sénat - Commission du développement durable de M. Hervé, 5 février 2013. URL : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-335-notice.html> consulté le 12/10/2015

MAUSS Marcel, 1936, « Les techniques du corps », in : Mauss Marce, 1936, *Sociologie et anthropologie*. URL : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthro/6_Techniques_corps/Tech_niques_corps.html consulté le 15 août 2015.

MAUSS Marcel, 1947 [1967], *Manuel d'ethnographie*, Paris, Payot.

MEAD Georges Herbert, 1963 (1934), *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF.

MEAD Margaret, 1963 (1935), *Sex and Temperament*, Paris, Plon

MEAD Margaret, 1993 (1928-1935), *Moeurs et sexualité en Océanie*, Paris, Presse Pocket

MEHL Dominique, 2003, *La bonne parole. Quand les psys plaignent dans les médias*, Paris, Éd. La Martinière.

MEMMI Dominique, 2004, « Administrer une matière sensible, Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », in: Fassin Didier, Memmi Dominique (dir), 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.

- MEMMI Dominique, 2004, « Administrer une matière sensible, Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », in: Fassin Eric, Memmi Dominique et al., 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Eds EHESS.
- MENDRAS Henri, 2000, « L'invention de la paysannerie. Un moment de l'histoire de la sociologie française d'après-guerre », *Revue française de sociologie*, 41-3. pp. 539-552, URL: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_3_5293 Consulté le 19 avril 2015
- MENDRAS, Henri, 1976, *Sociétés paysannes*, Paris, ArmandColin.
- MERIC Jean-Pierre, 2010, *Les pionniers de Saint-Sauveur : la colonie agricole du Médoc pour les enfants trouvés (1844-1869)*, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux
- MERTON, Robert King, 1963, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Armand Colin.
- MICHELET Jules, 1862 (1966), *La sorcière*, Paris, Flammarion.
- MICOUD André, 2004, « Des patrimoines aux territoires durables », *Ethnologie française* 1/2004 (Vol. 34), p. 13-22 URL : www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2004-1-page-13.htm. consulté le 21/04/15
- MILHÉ, Colette, 2008, *Pragmatique de l'utopie occitane: le point de vue béarnais*, Thèse de doctorat dirigée par Traimond Bernard et soutenue à Bordeaux 2.
- MILHÉ, Colette, 2010, *Comment je suis devenue anthropologue et occitane: le travail d'enquête: la singularité d'une expérience*, Bordeaux, Bord de l'eau.
- Ministère de la santé, 2008, Première synthèse nationale des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé, Paris, 8 fév. URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_demographie_medicale_080208.pdf consulté le 06/04/11
- MOLINIER, Pascale, 2013, *Le travail du care*, Paris, La Dispute.
- MOLLISON Bill, 2013 (1991), *Introduction à la permaculture*, Paris, Passerelle Eco.
- MONJARET Anne, 2005, « De l'épingle à l'aiguille », *L'Homme*, 2005/1, n° 173, pp. 119-147 URL : www.cairn.info/revue-l-homme-2005-1-page-119.htm Consulté le 20/10/15
- MOREL, Marie-France, 2007, « Histoire de la naissance en France », *ADSP Actualité Dossier en Santé Publique*, pp. 61-62.
- MORGAN Henri Lewis, 1971 [1877], *La société archaïque*, Paris, Anthropos
- MORIN Françoise Edmonde, 1982, *La rouge différence: ou les rythmes de la femme*, Paris, Seuil.
- MORIN Françoise, 2006, « L'autochtonie, forme d'ethnicité ou exemple d'ethnogenèse? », *Parcours anthropologiques*, no 6, p. 54-64.
- MORMONT Catherine, MORMONT Marc, 2002, « Sociabilité rurale et action environnementale », in J.-P. Sylvestre (dir), 2002, *Agriculteurs, ruraux et citoyens*, Dijon, Educagri, 171-192

- MORRIS David, 1997, « About Suffering: Voice, Genre, and Moral Community », in: Kleinman, Arthur, Das Veena, Lock Margaret, 1997, *Social suffering*, Berkeley, University of California Press, pp.25-45
- MOSCOVICI Serge, 1994, « Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire », in : Jodelet Denise (dir.), 1994, *Les représentations sociales*, Paris, PUF.
- MOSCOVICI Serge, 2003, « Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. *Sociologie d'aujourd'hui*, vol. 7, p. 79-103.
- MOTTE-FLORAC, Elisabeth, 2011, « Appeler les " âmes", prier les dieux; paroles et gestion de la " frayeur"(susto) au Mexique », in Bordes Rémi (dir.), 2011, *Dire les maux. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde*, pp. 123-164.
- MOULINIE Véronique, 1998, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, éd. de la MSH, Paris.
- MOULINIE Véronique, 2015, « Andropause et ménopause : la sexualité sur ordonnance », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 37 | 2013, URL : <http://clio.revues.org/11016> consulté le 20 octobre 2015.
- MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, 2006, *Liberté, Sexualités, Féminismes, 50 ans de combat du planning pour les droits des femmes*, Paris, La découverte.
- MUSSO Sandrine, SAKOYAN Juliette, MULOT Stéphanie, 2012, « Migrations et circulations thérapeutiques : Odyssées et espaces », *Anthropologie & Santé*, n°5, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1040> consulté le 15/12/2015.
- NEUKOMM Corinne, MUELLER Michael, 2008, « L'endométriase-Une maladie peu connue, souvent méconnue ». In : *Forum médical suisse*, 2008. pp. 539-43.
- NOËL-HUREAUX E., 2010, « Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique ? », *Pratiques de formation Analyses*, « Usagers-Experts : la part du savoir des malades dans le système de santé » (dir.E. Jouet et L. Flora), n° 57, pp.109-121.
- NOIRIEL, Gérard, 1988, *Le creuset français. Histoire de l'immigration, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil.
- OAKLEY Ann, 1972, *Sex, Gender and Society*, London, Temple Smith
- OHNUKI-TIERNEY E., 1984, *Illness and culture in contemporary Japan. An anthropological view*, Cambridge, Cambridge University Press.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1994, « La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences sociales et santé*, Anthropologie de la maladie : nouveaux lieux, nouvelles approches, Volume 12, n°3, pp. 15-45. url : [/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1994_num_12_3_1299](http://web.revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1994_num_12_3_1299) Consulté le 10/09/2015
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.

- ORFEUIL Jean-Pierre, 2010, « La mobilité, nouvelle question sociale ? », *SociologieS* [En ligne], *Dossiers, Frontières sociales, frontières culturelles, frontières techniques*. URL : <http://sociologies.revues.org/3321> consulté le 03 novembre 2014
- ORSa, 2010, « Santé dans les pays d'Aquitaine - Pays Médoc », *Vue d'ensemble*, URL : <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/sante-dans-les-pays-d-aquitaine-pays-medoc>. consulté le 24/02/15
- ORSa, 2014, « Pays Médoc-Etat de santé » », *Vue d'ensemble*, URL : <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/category/etat-des-lieux-d-un-territoire> consulté le 24/09/15
- ORTNER, Sherry B. Is female to male as nature is to culture?. *Feminist Studies*, 1972, p. 5-31.
- OVIDE, 2005(an 1), *L'art d'aimer*, Paris, Librio.
- PARSONS Talcott, 1955, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon.
- Pays Médoc, CG33, 2013, Actes du Forum des mobilités du 19 février 2013, URL : <http://www.pays-medoc.com/2013/06/11/mobilite-forum-des-mobilit%C3%A9s-en-m%C3%A9doc-ses-suites/> consulté le 03/11/14
- PÉRES Stéphanie, 2009, « La résistance des espaces viticoles à l'extension urbaine Le cas du vignoble de Bordeaux », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, janvier 2009, pp. 155-177. URL : www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2009-1-page-155.htm.
- PERRINEAU Pascal, 1975, « Sur la notion de culture en anthropologie », In: *Revue française de science politique*, 25e année, n°5, 1975. pp. 946-968
- PESCHE Denis, 1995, « Pour la construction d'un champ du développement rural », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 9 | 1995, URL : <http://apad.revues.org/1511> consulté le 20 avril 2015
- PETITAT André, 1998, *Secret et formes sociales*, Paris, PUF.
- PETONNET Colette, 1982, « L'Observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, tome 22 n°4. Etudes d'anthropologie urbaine. pp. 37-47, site : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/hom_04394216_1982_num_22_4_3683_23 Consulté le 07 octobre 2013
- PHILLIBERT Myriam, 1998, *Dictionnaire des mythologies*, Paris, Maxi-livre Profrance.
- PIERRON Jean-Pierre, 2007, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences Sociales et Santé*, 25(2), pp.43-65.
- PINEL Philippe, 1818 (1798), *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Paris, J.A. Brosson
- PINELL, Patrice, 1992, *Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Éditions Métailié.
- PINGAUD Marie-Claude, 1979, *Paysans de Bourgogne. Les gens de Minot*, Paris, Gallimard.
- PLANTÉ Christine, 2002, *Sorcières et sorcelleries*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.
- PORDIE Laurent, SIMON Emmanuelle (dir), 2013, *Les nouveaux guérisseurs: biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, EHESS.
- POUCHELLE, Marie-Christine, 2003, *L'hôpital corps et âme*, Paris, Seli Arslan.

- PRESS, Irwin, 1980, « Problems in the definition and classification of medical system », in: *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 1980, vol. 14, no 1, p. 45-57.
- PRUVOST, Geneviève, 2013, « L'alternative écologique. Vivre et travailler autrement », *Terrain. Revue d'ethnologie de l'Europe*, n°60, pp. 36-55.
- RAINEAU Clémentine, 2002, « Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui. Médecins, malades et guérisseurs d'un bourg montagnard à l'hôpital », *Ruralia*, 2002-10/11, [En ligne], mis en ligne le 25 juin 2003. URL : <http://ruralia.revues.org/document309.html>. Consulté le 02/01/2011.
- RAINEAU Clémentine, 2011, « La pratique de l'hypnose, de la visualisation ou de l'autohypnose par des personnes atteintes d'un cancer: une transformation de soi? », *Anthropologie & Santé, Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 2, URL : <https://anthropologiesante.revues.org/666> consulté le 25/10/2015.
- RAINEAU, Clémentine, 2001, *Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui: médecins, guérisseurs et malades: d'un village montagnard à l'hôpital*, Thèse de doctorat sous la dir. de Augé Marc, Paris, EHESS.
- RAYSSIGUIER Yvette, JEGU Josianne, LAFORCADE Michel et al, 2012 (2008), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Rennes, Presses de l'EHESSP.
- REBREYEND Anne-Claire, 2003, « Sexualités vécues. France 1920-1970 », *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], n°18, mis en ligne le 14/11/ 2006, consulté le 15/08/2015. URL : <http://clio.revues.org/622> consulté le 03/12/2015.
- REBREYEND Anne-Claire, 2003, « Sexualités vécues. France 1920-1970 », *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], n°18. URL : <http://clio.revues.org/622> consulté le 15 août 2015.
- REGNIER C., 1999, « Deux mille cinq cents ans de doutes », in : Costa Fabienne-Andréa (dir), 1999, *Maux secrets :MST, maladies taboues*, Paris, Autrement, pp. 86-96.
- RENUCCI Janine, 1982, *La Corse*, Paris, PUF.
- REY Roselyne, 1993, *Histoire de la douleur*, Paris, La découverte.
- RIGOUZZO Anne-Laure, 1993, « Plantes de femme. Corps et sang féminin », *Ecologie humaine XI (1), janvier*, pp 85-96.
- RIST Gilbert, 2007, *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Presses de Sciences Po
- RIVERS William Halse, *Medicine, Magic and Religion: The FitzPatrick Lectures delivered before The Royal College of Physicians in London in 1915-1916*, New York Routledge, 2001.
- ROBARD Isabelle, 2002, *Médecines non-conventionnelles et droit: la nécessaire intégration dans les systèmes de santé en France et en Europe*, Paris, Litec.
- ROCCHI Valérie, 1999, *Du religieux au thérapeutique: étude sociologique des réseaux psychomystiques contemporains*, Thèse de doctorat, Paris 5.
- ROCCHI Valérie, 2000, « Du Nouvel Age aux réseaux psycho-mystiques », in : *Ethnologie française, XXX, 4*, pp583-590

- ROCCHI, Valérie, 2003, « Des nouvelles formes du religieux? Entre quête de bien-être et logique protestataire: le cas des groupes post-Nouvel-Age en France », *Social compass*, vol. 50, no 2, p. 175-189.
- RODE Antoine, 2010, *Le « non recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Grenoble, Thèse de doctorat en sociologie dirigée par le Prof. Philippe Warin, Université Pierre Mendès-France - Grenoble II.
- ROGERS Susan Carol, 2002, « L'anthropologie en France », *Terrain*, n° 39, pp. 141-162.
- ROSS Anamaria Iosif, 2013, *The anthropology of alternative medicine*, Berg international.
- ROSSI Ilario, 1997, *Corps et chamanisme. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Armand Colin.
- ROSSI Ilario, 2006, «L'anthropologie entre médecine et société : les interfaces helvétiques de la santé », Saillant F. et Genest S., *Anthropologie médicale, ancrages locaux, défis globaux*, Paris, Economica, pp. 331-350
- ROSSI Ilario, 2007, « Quête de spiritualité et pluralisme médical : reconfiguration contemporaine », In: Gauthier-Durisch Nicole, Rossi Ilario, Stolz Jorg (eds.), 2007, *Quêtes de santé : entre soins médicaux et guérisons spirituelles*. Genève, Labor et Fides, pp. 9-21.
- ROSSI Ilario, 2008, « Les interfaces entre santé et spiritualité ou les voies masquées du corps en souffrance », In: Gisel Pierre (eds.), 2008, *Le corps, lieu de ce qui nous arrive : approches anthropologiques, philosophiques, théologiques*, Labor et Fides, Genève, pp. 80-92.
- ROSSI Ilario, 2011, « La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique », *Anthropologie & Santé*, n°2 URL : <http://anthropologiesante.revues.org/659>, consulté le 14/01/2016.
- ROUDIÈRE Guy, 2002, *Traquer le non-dit: une sémantique au quotidien*, Paris, ESF éditeur.
- ROUNTREE, Kathryn, 2011, « Localizing Neo-Paganism: integrating global and indigenous traditions in a Mediterranean Catholic society », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol. 17, n° 4, pp. 846-872.
- ROUSSEAU Vanessa, 2004, « Ève et Lilith. Deux genres féminins de l'engendrement », *Diogène* 4/2004 (n° 208), p. 108-113 URL: www.cairn.info/revue-diogene-2004-4-page-108.htm.
- SAÏD Edward (dir.), 1980, *L'Orientalisme : l'Orient crée par l'Occident*, Paris, Seuil.
- SAILLANT, Francine et GAGNON, Éric, 1999, « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et sociétés*, vol. 23, no 2, p. 5-14.
- SAILLANT, Francine, 1991, « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, vol. 4, n° 1, 1991, p. 11-29. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/057627ar> consulté le 10/09/2015
- SAILLANT, Francine. 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et sociétés*, vol. 23, no 2, p. 15-39.
- SAKOYAN Juliette, MUSSO Sandrine, MULOT Stéphanie, 2011, « Quand la santé et les médecines circulent. Introduction au dossier thématique Médecines, mobilités et globalisation »,

Anthropologie & Santé, n°3 URL : <https://anthropologiesante.revues.org/819?lang=en> consulté le 10/04/2013

SALADIN D'ANGLURE, Bernard, 1988, « Penser le féminin chamanique, ou le tiers-sexe des chamanes inuit ». *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. 18, no 2-3, p. 19-50.

SANDOZ, Thomas, 2005, *Histoires parallèles de la médecine: des fleurs de Bach à l'ostéopathie*, Paris, Seuil.

SARGENT Carolyn, 1989, *Maternity, medicine, and power: Reproductive decisions in urban Benin*, Berkeley, University of California Press.

SARGENT, Carolyn Fishel, 1982, *The cultural context of therapeutic choice*, Dordrecht, Springer Netherlands.

SARGENT, Carolyn, BASCOPE, Grace, 1996, «Ways of knowing about birth in three cultures », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, no 2, p. 213-236.

SARGENT, Carolyn, STARK, Nancy, 1989, « Childbirth education and childbirth models: Parental perspectives on control, anesthesia, and technological intervention in the birth process », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 3, no 1, p. 36-51.

SAYEUX Anne-Sophie, 2010. « Au cœur de la vague. Comment peut-on être surfeur ? ». *ethnographiques.org*, n° 20, septembre 2010, URL : <http://www.ethnographiques.org/2010/Sayeux> consulté le 23/04/2015

SCHMITZ Olivier, 2006a, *Soigner par l'invisible, Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*, Imago, Paris

SCHMITZ Olivier, 2006b, *Les Médecines en parallèle, Multiplicité des recours au soin en Occident*, Karthala, Paris

SCHMITZ Olivier, 2011, « Les points d'articulation entre homéopathie et oncologie conventionnelle », *Anthropologie & Santé* [en ligne], 2 | 2011, en ligne depuis le 22/06/2011, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/701> consulté le 01/02/2016.

SCHMITZ Olivier, 2013, « Des corps blessés aux corps agressés. Le destin d'une sorcière pour le bien », in : Pordié, Laurent, Simon, Emmanuelle (dir), 2013, *Les nouveaux guérisseurs: biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, EHESS.

SEIGNOLLE Claude, 1973, *Histoires et légendes de la Gascogne et de la Guyenne mystérieuses*, Paris, Tchou.

SEN A., (1987), *Ethique et économie*, Paris, PUF (trad. 1993).

SENCEBE Yannick, 2009, « Une lecture des inégalités et des différenciations de développement local à travers quatre figures de territoires », *Espace populations sociétés*, 2009/1, pp.17-27.

SÉVÉDÉ-BARDEM Isabelle, GOBATTO Isabelle, 1995, *Maux d'amour, vies de femmes: sexualité et prévention du SIDA en milieu urbain africain (Ouagadougou)*, Paris, L'Harmattan.

SFEZ, Lucien. 1995, *La santé parfaite: critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil.

SHORTER Edward, 1984 (1982), *Le corps des femmes*, Paris, Seuil.

- SIMON, Pierre.-Jean, 1982, « L'étude des problèmes de minorités et des relations inter-ethniques dans l'anthropologie et la sociologie française » in : Minorités, Ethnicité, Mouvements nationalistes., *Pluriel-Débat Paris*, no 32-33, pp 13-25.
- STENGERS Isabelle, NATHAN Tobie, 1995 (2012), *Médecins et sorciers*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- STOCZKOWSKI Wiktor, 2001, « Rire d'ethnologues », *L'Homme*, vol. 160, p. 91-114.
- STURZENEGGER Odina, 1992, *Penser la maladie au Chaco*, Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille, Dir. Jean Benoist
- SULLEROT Evelyne, 1963, *La presse féminine*, Paris, Armand Colin.
- SUPIOT Alain, 2001, *Pour une politique des sciences de l'homme et de la société*, Paris, PUF.
- SYLVESTRE Jean-Pierre, 2002, Pays et territoires, *De Vidal de la Blache aux lois d'aménagement et de développement du territoire*, Dijon, Eds Universitaires de Dijon
- THERY, Irène, 2010, « Le genre : identité des personnes ou modalités des relations sociales ? », *Revue française de pédagogie*, n°171, 103-117.
- THIESSE, Anne-Marie, 1999, *La création des identités nationales*, Paris, Seuil.
- THINEY Marie-José, 2013 (2003), *Fascinant Médoc. Histoire d'un pays*, Bordeaux, Eds Sud-Ouest
- TILLARD Bernadette, ROBIN Monique, *Enquêtes au domicile des familles. La recherche dans l'espace privé*. Paris, L'Harmattan, 2010.
- TONDA Joseph, 2001, « Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires », *Cahiers d'études africaines* 1/2001 (n° 161), pp. 139-162 URL : www.cairn.info/revue-cahiers-d-etudes-africaines-2001-1-page-139.htm. consulté le 10/03/11
- TRADINAIRES (LOS), 2010, *Espècias... de Medoc ! Espèces... de Médoc !*, Saint-Seurin-de-Prats, Eds La part des anges.
- TRAIMOND, Bernard, 1982, *La sociabilité rurale landaise: histoire et structure XVIII-XIX siècles*, Thèse de doctorat, soutenue à Paris, EHESS.
- TRAIMOND, Bernard, 1988, *Le pouvoir de la maladie. Magie et politique dans les Landes de Gascogne 1750-1826*, Bordeaux, PUB, *Mémoires des Cahiers Ethnologiques*, no 2.
- TRAIMOND, Bernard, 1992, « L'irruption d'une maladie: la pellagre dans les Landes de Gascogne au XIX e siècle », *Ethnologie française*, pp. 43-55.
- TRAIMOND, Bernard, 2004, *La mise à jour: introduction à l'ethnopragmatique*, Bordeaux, PUB.
- TURNER Victor, 1972 (1969), *Le phénomène rituel*, Paris, Gallimard.
- TYLOR Edward, 1871, *Primitive culture*, London, Bradbury Evans and Co.
- VAN HOLLEN Cecilia, 2003, *Birth on the threshold: childbirth and modernity in south India*, Berkeley, University of California Press.
- VATSYAYANA, 2004 (VI^e-VII^e siècles), *Kamasutra*, Paris, Libro.

- VEGA, Anne, 2001, *Soignants/soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Paris, De Boeck.
- VERDIER Yvonne, 1979, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard
- VERDIER Yvonne, 2014 (1978), *Le petit chaperon rouge dans la tradition orale*, Paris, Allia.
- VÉZINAT, Nadège, 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France », *Sociologie*, vol. 1, no 3.
- VIAUT Alain, 1981, *Récits et contes populaires du Bordelais*, Paris, Gallimard.
- VICTOIRE Émile, 2007, *Sociologie de Bordeaux*, Paris, La Découverte
- VIDAL Laurent, 2000, *Femmes en temps de sida: expériences d'Afrique*, Paris, PUF.
- VINEL Virginie, 2008, « Âges de la vie féminine et relations intergénérationnelles au Burkina Faso », *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, no 21.
- VUILLE Marilène, 1998, *Accouchement et douleur : une étude sociologique*, Lausanne, Ed. Antipodes.
- WARIN Philippe, 2011, « Renoncement à des soins et précarité », Colloque DREES-DSS, *Le Renoncement aux soins*, le 22 novembre 2011, Paris, DRESS.
- WARIN Phillipe, 2010, *Le non recours : définition et typologies*, Grenoble, Odenore. Working paper.
URL: https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf consulté le 24/10/2013
- WEINER Annette, 1983, *La richesse des femmes*, Paris, Seuil.
- YOUNG Allan, 1982, « The anthropology of illness and sickness », *Annual Review of Anthropology*, October 1982, Vol. 11, pp 257-285.
- YOUNG Allan, 2004, « Informal care », in: Gabe J., Bury M., Elston M. A., *Key concepts in medical sociology*, Thousand Oaks & New Delhi, Sage.
- ZAIMAN Claude, 2003, « Introduction », in : Fougeyrollas-Schwebel, Dominique, Plante, Christine, Riot-Sarcey, Michèle, Zaidman Claude, et al., 2003, *Le genre comme catégorie d'analyse. Sociologie, histoire, littérature*, Paris, L'Harmattan.
- ZANETTI François, 2011, « Quand l'électricité soignait les maladies des femmes : corps et médecine au XVIII^e siècle », in : Bellavitis Anna, Edelman Nicole (dirs), 2011, *Genre, femmes, histoire en Europe. France, Italie, Espagne, Autriche*, Paris, Presses universitaires de Paris Ouest, pp 177-196.
- ZARYAH, Najia, 2013, *Anthropologie des parcours de vie dans le cancer : immersion dans un programme innovant de soins de support destiné aux personnes atteintes de cancer*, Mémoire de Master 2 Anthropologie mention santé, migrations, médiations, sous la dir. de L. Kotobi, Université Bordeaux 2.
- ZEMPLENI Andras, 1982, « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique », in : *Archives des sciences sociales des religions*, n. 54/1, Paris
- ZEMPLENI Andras, 1985, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, Société d'ethnographie de Paris.

ZENEIDI Djemila, « L'enfermement à la campagne ? », *Hommes & Migrations* 1/2013 (n° 1301), pp. 9-16, URL : www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2013-1-page-9.htm
Consulté le 19 avril 2015

ZIMMERMAN Francis, 1989, *Les discours des remèdes au pays des épices*, Paris, Payot.

ZIMMERMAN Francis, 1995, *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*, Paris, PUF.

ZOLA, Irving Kenneth, « Culture et symptômes: analyse des plaintes du malade », in : Herzlich Claudine, *Médecine, maladie et société*, La Haye, Mouton, 1970, p. 27-41.

ZONABEND Françoise, 1986, *La Mémoire longue*, Paris, PUF.

Documents et rapports institutionnels

ARS Aquitaine, 2012, « Schéma Régional de l'Organisation des Soins-PRS 2012-2016 », p7.
URL :

http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/05_Pol_reg_sante/501_Projet_regional_sante/04_SROS_ARS_Aquitaine_BD.pdf , consulté le 17/02/2015

CAMBRELLA, Pojet of the pan-European research network for complementary and alternative medicine (CAM) URL: <http://www.cambrella.eu/home.php?il=8&l=deu>

CISS, FNATH, UNAF, 2011, Démographie médicale. Répartition des médecins sur le territoire, 2011, Dossier n°1 du Ciss. URL : http://www.leciss.org/sites/default/files/101117_DOSSIER_DesertsMedicaux_Cahier1.pdf
consulté le 06/04/11

COMITE REGIONAL DE TOURISME D'AQUITAINE, 2014, Les chiffres clés du tourisme en Aquitaine 2014, Conseil Régional d'Asuitaine. URL : http://www.tourisme-aquitaine.fr/upload/chiffres_cles_2014.pdf consulté le 13/10/2015

CONSEIL REGIONAL D'AQUITAINE, 2006, « Santé et Territoire en Aquitaine : Comment éviter la désertification médicale ? » http://aquitaine.fr/IMG/pdf/guide_sante-2.pdf, p2, consulté le 05/04/2011

FNES, 2012, Guide : Les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé et leur Fédération : Missions, Métiers, Activités et Perspectives.

INSEE Aquitaine, 2011, «Pauvreté en ville et à la campagne, plus intense de la pointe du Médoc à Agen», Le Quatre Pages, n°194, Juin, p. 5.

IPPF, IPPF Charte on Sexual and Reproductive Rights. Londres: IPPF Regent's College, 1996, 7 p.

IRDES, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Questions d'Economie de la santé*, n° 174 - Mars 2012. URL : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>, consulté le 20/02/15

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009, Rapport de la Conférence nationale de santé de juin 2009, parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé, URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Conference_nationale_de_sante_-

[_parachever la democratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du systeme de sante-2.pdf](#) consulté le 05/06/2015

MIVILUDES, 2012, Guide-Santé et dérivés sectaires, Paris, La documentation française, URL : http://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/guide_sante_complet.pdf consulté le 08/02/2014.

OMS, « Systèmes de santé », *Thèmes de santé*, URL : http://www.who.int/topics/health_systems/fr/ consulté le 05/06/2015

OMS, 1975, Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, WHO Technical Report Series No. 572, Geneva, URL: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572.pdf consulté le 04/04/2013

OMS, 1995, Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 sept. 1994. URL:http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf consulté le 20/04/2012

OMS, 2002a, « Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health », 28–31 Jan.2002, Geneva, URL:http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf consulté le 04/04/13

OMS, 2002b, « Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 », Genève. URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf> consulté le 02/02/2016

OMS, 2006, « Constitution de l’OMS », URL : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf consulté le 05/06/2015

OMS, 2013a, « Le droit à la santé », Novembre, Aide-mémoire n°323, URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/> consulté le 05/06/2015

OMS, 2013b, « Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2013 », Genève. URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf consulté le 02/02/2016

ONU, 2013, « Objectif 3 : Promouvoir l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes », *Objectifs du millénaire pour le développement-Fiche d’information*, URL : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/2013/goal3.pdf> consulté le 05/06/2015

ONU, 2013, « Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle », *Objectifs du millénaire pour le développement-Fiche d’information*, URL : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/2013/goal5.pdf> consulté le 05/06/2015

ONU, 2000, « Les femmes et la santé à Beijing 1995, Perspective historique», URL : <http://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/fiche3.html> consulté le 13/04/2013

ONU, avril 2000, « Les quatre conférences mondiales sur les femmes de 1975-1995. Perspective historique », URL : <http://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/fond.html> consulté le 04/04/13

PAYS MEDOC, juin 2009, Rapport « Accès à la prévention et aux soins en Médoc. Retour sur l'enquête effectuée auprès des publics fragiles, connus des partenaires sociaux, médicaux et éducatifs du territoire ».

PAYS MEDOC, *Le réseau SMS*, URL <http://www.pays-medoc.com/pays-m%C3%A9doc-pratique/les-dossiers-de-la-plateforme-sanitaire-et-social/solidarit%C3%A9-m%C3%A9doc-sant%C3%A9/>

REYNAUDIE Mathilde, 2012, « Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? », La note d'Analyse, Centre d'analyse stratégique ministériel, Octobre 2012, n°290, URL : http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2012-10-02-_medecinesnonconventionnelles-na290_0.pdf consulté le 02/02/2016

SCHÜMPERLI YOUNOSSIAN Catherine, BURNIER Eric, SAUVAIN-DUGERDIL Claudine, SCHWAB Nicolas, « 4. Développement humain », in : *Pour une politique suisse plus cohérente envers les pays en développement*, Annuaire suisse de politique de développement [En ligne], N°19 | 2000, mis en ligne le 24 septembre 2012, Consulté le 06 juin 2015. URL : <http://aspd.revues.org/849> consulté le 25/10/2015.

UZAN Michèle, Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes, Paris, La Documentation française, 1998.

Filmographie

BENQUET Patrick, RAINEAU Clémentine, 2003, *Clémentine au pays de guérisseurs*, Paris, Program33.

FABIÁNOVÁ Diana, 2009, *The moon inside you: a secret kept too well*, Paris, Ubak productions.

POIRIER Agnès, 2010, *Les nouveaux guérisseurs. Au-delà du secret*, Program 33, diffusé sur France 3 le 23/03/11

ANNEXES

Annexe n° 1- Récit de vie d'une femme médocaine

« - C'est arrivé quand dans votre vie?

- Ma vie... Ma vie c'est déjà un mariage assez tôt, à 19 ans. Puis ma fille et ma maison à 20 ans. Disons qu'à cette époque-là, quand on s'est mariés, on était encore en vélo, tu vois ! Alors pendant cette année-là, on a passé le permis, on voulait le bébé, bon... On habitait dans un petit truc, presque un petit taudis que personne n'aurait voulu déjà à l'époque! Mais moi amoureuse... Il y avait un mur vert, un mur rose, un mur jaune, y avait toutes les couleurs ! Et avec une crasse pas possible, on a passé des dimanches entiers à décrocher à la paille de fer pour essayer de faire quelque chose de propre à peu près. »

Estelle et moi nous étions données rendez-vous dans le jardin public de la commune située près de Bordeaux, à l'orée du Médoc, où elle avait vécu trente-trois ans auparavant. Toutes deux étions assises sur un banc moulé dans du béton, face au soleil, à regarder passer les joggers et les jeunes gens qui jouaient au ballon un peu plus loin. Comme d'autres, Estelle compte aujourd'hui parmi les femmes qui ont accepté de me dévoiler leur histoire de vie, plus particulièrement celles dont elles ne parlaient que rarement, touchant à leur intimité, éveillant parfois de douloureux souvenirs. Ainsi leurs infortunes, maux et maladies, soignés ou non, selon des voies thérapeutiques variées, ont tissé la trame de mon enquête dans le Médoc, contrée rurale française au Nord de Bordeaux enchâssée entre l'estuaire de la Gironde et la côte atlantique. Coline, professeure de yoga sur la presqu'île, avait arrangé ma rencontre avec Estelle qui venait régulièrement à ses cours depuis son premier cancer du sein 13 ans plus tôt. Je la laissai dérouler le fil de son histoire : peu de temps après son mariage et la naissance de sa fille, événements qu'elle évoqua comme étant le commencement de sa vie de femme, Estelle raconta son emploi de caissière puis de secrétaire assistante pour le compte d'une agence de voyage. Après le rachat de son entreprise par un groupe plus important dont le siège était à Paris, sa qualité de vie au travail s'est dégradée en même temps qu'un plan de licenciement faisait craindre à chacun la perte de son emploi. Estelle expliqua vivre à ce moment-là une double pression, celle du travail et celle qu'elle s'imposait le soir en rentrant pour faire figure de bonne épouse et de bonne mère. A posteriori, elle pensait que ce poids sur ses « nerfs » était en partie responsable des événements qui ont suivi :

« Une vie pleine d'imbécilités, je le dis ! On a un enfant, on le laisse pour aller travailler... Je n'avais vraiment pas eu ce modèle chez moi ! Et donc je me rends compte aujourd'hui ! Moi mon modèle c'était maman au foyer. Donc j'essayais de faire la même chose en rentrant chez moi... Etre disponible

pour ma fille, lui faire faire ses devoirs, jouer avec elle, faire à manger, être une épouse parfaite... ! On ne peut jamais faire tout et bien ! Et j'ai dérapé... En beauté. »

Après une première dépression qu'elle ne détailla pas, vint le récit d'une seconde période sombre:

« Et ma deuxième dépression et bien... J'étais encore suivie au niveau psy plus ou moins... On s'est rendu compte que j'avais des calculs à la vésicule biliaire. Le chirurgien n'avait jamais vu ça ! Il m'a dit d'arrêter absolument mon traitement pour les nerfs parce que ça venait de là ! Votre souffrance, disait-il, une personne normale ne pourrait pas souffrir autant. J'étais contente parce que je comprenais pourquoi j'étais en dépression. Parce que je ne me comprenais pas, je me disais : j'ai des parents qui sont là, un mari que j'aime, une fille adorable, une maison, qu'est ce qui m'arrive ?

CL :- Les calculs étaient dus au traitement que vous preniez ?

- Je sais pas trop. Je suis restée 3 semaines à la clinique. A mon retour au travail, ma chef m'a proposé un licenciement. Je me suis retrouvée au chômage, j'ai eu trois décès dans ma famille, j'ai pété les plombs. Pour trouver du travail, ils demandaient plus que le Bac, le BTS ! Alors que moi, au départ, j'étais arrivée avec un BEP. Après une période de chômage et des formations, j'ai fait un truc pour faire un DUT dans la comptabilité. Et puis j'avais presque fini de payer ma maison qui était située dans le Médoc, du côté de l'estuaire. Ca a son importance car on peut répondre au patron quand on est plus à l'aise matériellement. Une nouvelle entreprise donc avec une collègue qui est devenue une amie. Puis l'entreprise a été rachetée par un grand groupe. Et je suis tombée malade. Ce n'était pas à cause du travail, parce que ça se passait bien. Ma maladie, je l'ai appris la veille de partir en vacances. Je devais avoir un contrôle, une mammographie. A l'époque j'en faisais déjà un peu tous les deux ans. Parce que j'avais un terrain... C'était en 2001, j'avais 40 ans. J'avais un sein qui avait coulé. C'était étrange, c'était un liquide visqueux on aurait dit du café.

Le matin on avait eu une réunion avec les pontes de l'entreprise de Paris et ma collègue et amie, en riant, me dit : « ils t'ont fait tant d'effet que ça au point que tu n'arrivais plus à tenir ta tasse de café ? ». Je regarde mon vêtement et j'ai dit que je n'avais pas dû faire attention. Mais arrivée chez moi, j'ai vu que ce n'était pas du café ! Que ça venait du sein. Heureusement que j'ai eu cette tâche, parce que quand je suis allée à l'échographie, on m'a dit que ce sein n'avait rien. On n'expliquait pas l'écoulement, mais enfin il n'y avait rien. Mais j'avais été consulté sur Bordeaux un très bon radiologue qui étudiait les cancers du sein qui m'a dit qu'il faisait un contrôle de l'autre sein, par précaution. A la mammographie, on ne voyait rien alors il a quand même fait une échographie et m'a dit qu'on ne pouvait plus attendre. Même à la palpation, il ne la voyait pas... Elle faisait déjà 2.5 cm. C'était le sein gauche. (...) Mon mari m'en a presque voulu. C'est marrant comme les hommes peuvent être idiots parfois ! »

Estelle a alors suivi un traitement par chimiothérapie et radiothérapie. Elle a tenu à garder son emploi en « mi-temps thérapeutique », forme de contrat adapté aux personnes malades ne pouvant assurer une charge de travail trop importante. Souvent, la maladie fait socialement sens dès lors qu'elle empêche la personne qui en est atteinte d'effectuer son travail ordinaire et le coupe d'un des liens sociaux qui constituent normalement son quotidien [Herzlich, Pierret : 1984]. Les formes d'emploi adaptées permettent d'atténuer le sentiment de rupture et d'exclusion qui s'installe dans le cas des maladies chroniques. Dans le cas d'Estelle, c'est par ce lien social qu'elle est venue à pratiquer le yoga qu'elle considérant rapidement comme une pratique thérapeutique :

« Financièrement, ça ne valait pas le coup, mais pour le moral, ça me permettait d'aller déconner avec mes collègues et ne pas me morfondre à la maison. Mon amie m'a dit, dès que j'ai repris le travail : « Tu sais ce qu'on va faire ? On va faire du yoga ! » (...) Dès le premier quart d'heure, c'était incroyable. Sentir son corps, un peu comme dans une ouate, se sentir bien ! Le soir, dans mon lit je suis enfin parvenue à me détendre. Se sentir bien même si on ne dort pas ! Car pendant 8 ans, je n'ai dormi que 3 h par nuit. Parce qu'avant d'être malade, j'ai toujours dormi sur le ventre. Et là il fallait que je dorme sur le dos. La position du yoga, ça me décontractait, j'essayais de faire le vide. Après j'ai fait de la méditation tout ça, et ça m'a beaucoup aidée. »

Le temps passant, Estelle et son mari ses sont installés un peu plus au nord dans le Médoc où elle a occupé un travail de secrétaire dans un château avant de démissionner :

« dans le Médoc, des fois c'est un peu particulier, c'est un milieu fermé. Les gens ne vous acceptent pas. Moi j'essayais d'être un peu coquette au travail ou quoi. Bon j'avais pas envie de dire 'j'ai un cancer'. J'étais mal vue. Une de mes collègues croyait que je voulais prendre sa place, elle a été odieuse. J'ai essayé mais j'ai finalement démissionné. Heureusement j'avais trouvé un autre cours de yoga où je me suis faite des amies. »

Cette nouvelle situation allait encore basculer « Et puis mon sein, « côté café », s'est remis à couler de plus belle. » me congia-t-elle pour me signifier la survenue d'un cancer à l'autre sein. Le début du récit d'Estelle suivait une sorte de chronologie, faite de morceaux choisis par elle à mon égard, rapportée au contexte de sa vie familiale et professionnelles en Médoc, participant certes d'une forme d'illusion biographique [Bourdieu, 1986] mais permettant surtout une mise à distance de la souffrance endurée à cette époque-là. La suite de notre conversation s'est révélée plus décousue en même temps que la douleur se faisait sentir plus présente : par bribes, elle relata la survenue de son deuxième cancer du sein et de la dépression dans laquelle celui-ci la plongée. Dans ce travail, je porte un intérêt particulier pour les « itinéraires thérapeutiques » en anthropologie de la maladie et de la santé, c'est-à-dire pour le cheminement des personnes concernant le vécu de leur maladie et des recours visant à y remédier (je définirai plus amplement cette notion un peu plus loin dans cette introduction). J'ai donc choisi ici de restituer la chronologie des faits plus que l'ordre dans lequel les éléments de vie sont apparus dans le discours d'Estelle ce jour-là, ce qui suppose un

exercice de recomposition du parcours de vie à partir de morceaux collectés durant les échanges dont il faut respecter les codes et le rythme :

«CL: - C'était l'autre sein ? Mais les médecins ne s'étaient pas alertés auparavant ?

- C'est-à-dire que sur le premier sein, il fallait le faire de suite, parce que ça aurait évolué et puis ça se voyait... Tandis que l'autre, ils avaient beau faire des examens, ils ne voyaient rien ! C'était beaucoup trop... Enfin, je ne sais pas en fait !

- C'était trop petit peut-être ?

- Oui, ou indétectable dans l'immédiat, je ne sais pas. J'étais retournée chez le radiologue et il m'avait dit : « Bon madame, là... ». [silence] ».

Ce silence disait l'indicible, il criait l'angoisse de la rechute dans la maladie chronique probablement fatale. Le silence, nous le verrons, s'est révélé comme l'un des registres privilégiés par les enquêtées, avec le secret et la confiance, pour parler des maux qu'elles vivaient ou qu'elles avaient traversés en tant que femmes. Je demandai plus tard à Estelle comment avait été pris en charge ce nouvel épisode de cancer :

« Ils m'ont conseillé d'enlever le sein. Alors j'ai pété un plomb parce que ça faisait juste deux ans... Je suis allée voir un psy parce que j'ai eu peur, le yoga ne me suffisait plus pour faire face. (...) Oh là-dessus, j'ai eu un mari assez odieux parce que quand je venais à Bordeaux pour faire des examens, c'était dur. Il me disait : pour quoi tu veux encore faire des examens ? Tu cherches la petite bête ! » C'est dur à entendre, encore aujourd'hui. Mais on y pense moins souvent...

J'avais été voir mon psy à Bordeaux pour lui dire : « Ça ne va vraiment pas, j'aimerais mieux être internée, j'ai peur de péter les plombs ». Elle m'avait fait un papier. Mon mari m'avait dit : « Tu vas pas encore retourner à l'hôpital psy ! Vas voir ton médecin ».

Que ce soit dans l'expérience quotidienne du cancer ou d'autres maux plus « ordinaires » ou moins graves, les femmes dans le Médoc rapportaient très souvent leur sentiment de solitude et d'isolement quant à leur possibilité de se confier à un professionnel de santé en qui elles avaient confiance et qui pouvait se rendre disponible dans cette zone rurale, tantôt délaissée, tantôt assaillie par les estivants :

« J'y vais, c'était un nouveau venu de Paris, mon ancien médecin était parti travailler ailleurs. Il me dit : « On est en plein mois d'août, je ne connais personne, je ne sais pas où vous envoyer ». Bon moi j'avais besoin d'un peu plus d'un quart d'heure, vous voyez ce que je veux dire... Alors je lui dis : « ben prenez-moi la tension au moins ! ». Bon déjà, il se trompe de bras, parce que tous les médecins de Bordeaux vous dirons qu'on ne peut pas exercer une pression sur un bras où la lymphe ne s'écoule plus. A la clinique du Médoc, c'est pareil, ils me soutenaient qu'ils pouvaient me faire les prises de sang sur ce bras. A Bordeaux, ils m'ont répété que c'était de la folie. Heureusement que les gens se portent bien dans le Médoc, parce qu'il faut y éviter d'être malade. [Silence]

- Ce médecin vous a donc pris la tension et puis... ?

- Ce médecin m'a pris la tension et le lendemain, j'ai pété mon plomb. Je suis partie pour l'hôpital psychiatrique du CHU de Bordeaux. J'ai été prise en charge là-bas avant mon opération. Et puis je me suis faite opérée. Donc j'ai perdu mon sein. »

L'ablation de son sein gauche a marqué sa vie de malade en constituant un évènement fort de son itinéraire thérapeutique, mais elle a aussi et surtout impacté sa façon de se penser et de se vivre en tant que femme, perdant tout d'un coup l'un des puissants attributs corporels associés à la féminité. Ce type de situation m'ont poussée à me questionner sur les façons dont les troubles, malaises, mal-être et maladies spécifiquement éprouvés par les femmes étaient vécus et construits. Comment cela affectait-il leur rapport à soi? Quel sens donnaient-elles à ce qui leur arrivait souvent dans leur intimité et comment y faisaient-elles face ? Au cours de cette recherche de thèse je cherchais en effet à comprendre la manière dont les maux s'inscrivaient dans les trajectoires biographiques, les bouleversaient, les transformaient selon les expériences qui en étaient faites, le sens qui leur était conféré individuellement et collectivement ainsi que les recours aux soins mis en œuvre pour y remédier.

« - Vous disiez toute à l'heure que la lymphe ne circulait plus... ?

- Après j'en ai pas trop demandé aux médecins... Mais je crois qu'en fait, comme j'ai des cicatrices au niveau de l'aisselle, ils retirent les ganglions ! Les ganglions mammaires ! Parce qu'automatiquement, quand vous avez un cancer, c'est que les ganglions sont touchés. Je n'ai plus de force dans les bras, voilà. Un kiné est venu me voir à la clinique le lendemain de l'opération. Il vous fait lever le bras. Et après on a des exercices à faire chez soi, rapidement. Faut que les cicatrices soient souples et qu'on puisse se servir des bras. Bon malgré ça, je manque toujours de force, mais bon, je ne m'en plains pas. Moi, ce que je raconte là, je peux le raconter. D'autres ne sont plus là pour le faire. »

Aux traitements biomédicaux du cancer et à la kinésithérapie s'ajoutaient dans l'itinéraire thérapeutique d'Estelle comme dans ceux d'autres femmes rencontrées, d'autres modalités thérapeutiques pour conjurer le mal, soulager la douleur quand elle était trop présente ou encore pour compléter la prise en charge, voire en limiter les effets secondaires :

« En parlant du yoga, je pense que, avec toutes ces opérations, je pense que j'ai beaucoup moins appréhendé toutes sortes de petites misères qu'on peut vous faire quand vous êtes en clinique, ne serait-ce que des prises de sang... J'arrivais à être assez décontractée. Ya des examens qui sont sensibles quand même, qui font mal. J'étais allée faire, pour mon sein qui coulait, comme une échographie en 3D, à l'époque. Je tremblais presque plus pour l'infirmière que pour moi, pourtant c'était douloureux ! Il fallait me rentrer une aiguille dans le canal mammo...mammi...lacti...

- Par là où le lait sort ?

- Oui voilà ! Par là où le liquide marron s'écoulait. Il fallait que cette aiguille aille le plus loin possible, et ils me pressaient le sein par la même occasion,

pour faire toutes les radios, les échographies, tout en ayant l'aiguille. Mais avant qu'elle trouve le canal, ouh lala... [Gémissements de douleurs] »

Je lui demandai si, hormis le yoga, elle avait sollicité d'autres formes thérapeutiques, d'autres types de médecine, sachant par ailleurs la place, parfois importante, accordée aux soins non conventionnels dans le traitement du cancer [Cohen, Rossi, 2011 ; Cohen, Legrand, 2011], que ce soit pour « lever le feu de la chimio » ou pour soulager les douleurs corporelles. Elle se souvint :

« - Oui ! Oui... J'avais été voir euh... un acupuncteur.

- Dans le Médoc ?

- Oui. (...) Je pense qu'il doit être aujourd'hui dans l'un des deux centres naturistes de la côte. Je ne sais pas trop. Il y a un moment que je n'y suis pas allée pour tout vous dire. Et puis, après, c'est vrai que je m'étais fait plaisir, je m'étais fait faire des massages du corps, deux fois. Pas plus parce que c'est assez cher. J'avais, je ne sais pas... comme retrouvé une certaine tendresse, un peu comme en enfance. J'avais besoin d'être un peu dorlotée... J'étais vraiment fatiguée, physiquement et moralement. Ça me faisait du bien. »

Difficile de savoir dans quelle mesure l'acupuncture a constitué une thérapeutique suivie chez Estelle, elle qui sembla se justifier d'avoir recouru à des séances de massages, souvent dits « de bien-être » sur les cartes de visite des praticiens, pour y trouver un certain réconfort affectif et accompagner son corps dans la guérison.

La question du coût de ces médecines, non remboursées par la sécurité sociale, était ici évoquée par Estelle comme un frein à ces recours. Notons que jusqu'en 2014, l'antenne girondine de l'association de la Ligue contre le Cancer n'avait pas mis en place le dispositif Dom'Apeseo de soins de supports dans le Médoc, alors qu'il était présent depuis plusieurs années dans le reste du département [Zaryah, 2013 : 26]. A la fin de mon enquête de terrain, je rencontrai sur la presqu'île médocaine une praticienne en aromathérapie et en soins énergétiques, par ailleurs aide-soignante diplômée d'Etat, qui exerçait au sein de ce dispositif offrant aux malades des séances à domicile de « soins de support »⁹⁴ à moindre coût.

Dans cet extrait, Estelle notait également la présence des deux centres naturistes du Médoc, connus internationalement par les initiés, qui accueillait chaque été des milliers de vacanciers désireux d'entretenir un rapport privilégié avec la Nature. Le Médoc était en effet considéré par beaucoup d'habitants et de touristes, nous le verrons plus en détail dans cette thèse, comme un lieu permettant une grande « qualité de vie ». De façon

⁹⁴ L'Institut National du Cancer (Inca) appelle « soins de support » les soins qui prennent en charge les conséquences de la maladie et des traitements. Ils regroupent notamment : la prise en charge et le traitement de la douleur, conséquence des traitements ou de la maladie elle-même ; de la fatigue physique ou psychologique ; des effets secondaires des traitements ; des problèmes diététiques ; le soutien psychologique ; l'aide à l'amélioration de l'image de soi ; le suivi social. Les soins de support sont assurés par des médecins, psychologues, sophrologues, réflexologues, socio-esthéticiennes, professeur de yoga... Voir sur le site de l'Inca : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Types-de-soins>

ambivalente, la presqu'île était souvent appréhendée comme un lieu propice au bien-être du fait de la nature omniprésente, autant que comme un lieu déserté et sauvage, où manquait certains services de base. Le discours d'Estelle traduisait cette perception ambiguë du territoire:

« Voilà, voilà un petit peu mon histoire. Et le Médoc, bon... Moi je suis née au bord de l'eau.

- Où ?

- En Algérie. Alors bon, quand je parle de ça... Maman vivait aux Baléares, Papa éparpillé sur la côte méditerranéenne. Alors ça fait que j'ai toujours cette mer à distance, mais ici j'ai l'océan. Donc malgré tout ce que j'ai pu dire sur le Médoc, on a une vraie qualité de vie. Alors c'est vrai que je donne quelque pique par rapport aux médecins. Bon j'avais un regard très critique parce que j'étais à vif. Autrement, on a aussi de bons médecins... (...)J'en avais parlé à une kiné, qui massait mon bras justement. Je lui avais dit : « Le Médoc, moi ce qui me fait peur c'est pour, si il m'arrive quelque chose. On est ravitaillé par les corbeaux là-haut ! » Elle me dit : « Moi j'ai été sauvée ici ! J'ai eu un accident de moto, la rate a été touchée. J'ai été sauvée grâce à eux. Il y a aussi des mains formidables par ici » Donc il faut pas croire que... Il ne faut pas généraliser en fait. Mais même par ici, plus près de Bordeaux, j'avais remarqué qu'il ne fallait pas tomber malade un jour férié ou en Août. C'est partout pareil ! »

Qualité de vie d'une part, sentiment de vivre dans un lieu éloigné et en manque de tout d'autre part, comment ces représentations impactaient sur le vécu des maladies, les itinéraires thérapeutiques mais aussi sur les motivations et les façons de faire des personnes dont le travail était de les soigner ? Quelle part occupait les perceptions du lieu dans la construction de leurs identités professionnelles, déjà marquées par les techniques de soins exercées ou encore les conditions de travail (libéral, institutionnel...)?

Les façons dont les itinéraires thérapeutiques des femmes rencontrées contribuaient à façonner leur construction identitaire me semblaient passionnantes à observer. Chez Estelle par exemple, la décision de recourir à une reconstitution mammaire après la perte de son sein entrainait dans une logique conjugale au sein de laquelle son rôle d'épouse, attendu par son mari et auquel elle consentait, l'amenait à devoir en retrouver l'apparence corporelle. La chirurgie esthétique constituait ainsi le dernier temps fort de son itinéraire au moment où nous nous parlions :

« - J'ai fait la reconstitution grâce à mon mari. Parce que moi, je n'étais vraiment pas partante pour le faire. Parce qu'entre temps, d'une chose à une autre si vous voulez, j'ai eu à peu près 16 opérations.

- Oh. Je suis désolée... [Silence]

- Oui, ça commence à faire lourd quoi. [Silence]

- Comment votre mari vous a convaincue de le faire alors ?

- Hum, oui, plusieurs fois...[Silence] Faut aussi dire qu'à l'époque j'avais une petite prothèse que je posais dans un soutien-gorge. Ça coûtait cher ces

soutiens-gorge, il fallait aller dans des magasins spécialisés, et je me disais que bientôt j'allais plus pouvoir me les payer.

- Ca n'était pas pris en charge ?

- Non, ni la prothèse, ni les soutiens-gorge, ni les maillots de bain, je ne voulais pas faire peur ! (...) Mais moi je trouvais que l'opération était quand même belle. Déjà, je n'ai pas souffert de cette opération-là. C'était vraiment un trait, mais d'une beauté, on aurait dit un petit dessin ! Puis j'ai pensé : bon c'est vrai on est hiver, cet été je serai contente de me mettre des jolis vêtements. »

Depuis, Estelle poursuivait un suivi médical spécifique pour accompagner sa rémission et prévenir toute rechute. Elle poursuivait le yoga et veillait à avoir un rythme de vie « doux et tranquille ». Je connaissais l'existence de pratiques alimentaires particulières (jeûne, diètes diverses, régimes dissociés), parfois associées au traitement du cancer mais plus largement proposées comme des pratiques de santé et de désintoxication du corps dans des reportages, livres grand-public sur la santé ou magazines féminins. Nous verrons au cours de cette thèse que de nombreuses pratiques de soins, notamment d'auto-soin, étaient médiées par la presse féminine et les échanges entre paires. Je demandai donc à Estelle :

« - Au niveau de votre alimentation, vous avez changé quelque chose ?

- Tout à fait ! Comment vous avez deviné ? Ah ha ha ! [Rires] Ben là... Pendant à peu près 8 ans, j'ai pratiquement supprimé le lait. Mais ça, personne ne me l'avait dit. Mais il y a une copine du yoga qui m'avait donné un vieux bouquin sur la médecine : une femme qui avait guéri des cancers en voyant ce qu'il fallait supprimer etc... Evidemment, elle a viré les produits industriels, le lait, les farines, les viandes.

- C'est le bouquin d'un médecin ou d'une malade ?

- D'un médecin, mais je ne me rappelle plus le nom. Mais c'était un médecin qui faisait ça sur ses patients. Bon, j'ai essayé de supprimer un maximum de toxines. Et après avec mon mari on a repris le fourgon, et on a commencé à remanger n'importe quoi, et là dernièrement, je me disais que j'avais mal à la tête, que j'avais regrossi, je me sentais patraque... Je suis retombée sur un bouquin, enfin une revue plutôt, je me suis dit que ça ressemblait énormément à ce fameux régime qu'elle préconisait ! Parce que cette dame dont je vous parlais, c'était dans les débuts des années 1940 ou 50. Donc je trouvais que certaines choses étaient un peu obsolètes. Tandis que lui, j'ai commencé ce régime, non ce n'est même pas un régime, c'est une désintoxication, une purification, qui s'associe très bien, c'est dit dedans, au yoga, à la méditation [en insistant]...

- C'est de qui ce régime ?

- C'est un médecin ! C'est le docteur Junger, la méthode Clean. Alors il vous donne des exemples... Par contre lui, au lieu de dire qu'il ne faut pas de viandes, il vous fait faire un repas à midi, votre viande, votre poisson, beaucoup de crudités et votre féculent. Par contre, il dit que le soir et le matin, pour que l'intestin se repose, il faut du jus. Il appelle ça des smoothies,

aux fruits ou aux légumes. Je me suis régalée ! Parce que j'avais un gros problème de constipation lorsque j'ai eu ma chimio, des fécalomes et là dernièrement ça revenait. Alors ce livre m'a beaucoup plu. Je l'ai prêté à Françoise d'ailleurs mais il faudrait que je le reprenne pour que je le relise. Parce que justement il associe la nourriture et la plante. Une plante pour la nourrir, on lui donne de l'eau. On va pas lui mettre de l'engrais, de l'engrais, de l'engrais et encore de l'engrais ! Il dit que le liquide aide à faire l'élimination. Et moi j'ai poursuivi, il n'y a pas si longtemps que ça que j'ai arrêté mais je me demande si je ne vais pas reprendre. »

Compte tenu de la place qu'avait occupé le travail dans son récit d'avant la maladie, je demandai à Estelle ce qu'il en était pour elle après cette lutte pour la survie :

« - Aujourd'hui, vous travaillez ?

- Pas du tout ! J'ai quand même eu la chance, même le bonheur, mais je devrais pas le dire ! Ahahah ! Tant pis je le dis ! J'ai eu le bonheur de rencontrer un médecin, qui ne me connaissait pas vraiment et qui a vu mon état de détresse certainement. Il s'est occupé de moi et m'a déclaré en « incapacité de travail ». La maladie ça apprend que bien souvent, on veut aller trop vite ! Il faut prendre le temps ! De toute façon, je ne veux plus et je ne sais plus me dépêcher.

- Vous voyez un sens à tout ça ?

- Eh bien je pense que votre corps il vous parle. Et je pense que tant que vous n'avez pas compris, il vous met des petites claques. Mais là on est soleil à discuter, on profite du moment et c'est super ! J'ai envie de peindre, je peins ! J'ai été mamie, j'ai fait (...) des gâteaux, des promenades. (...) C'est vrai que quelque part, je savoure la paresse maintenant ! »

Devenue grand-mère, Estelle a découvert et investi une autre facette de son identité de femme. thérapeutique. J'ai choisi ici comme exemple le cas d'Estelle pour plonger le lecteur dans le type de discours de femmes qui a constitué mon travail d'enquête, car notre entretien de plusieurs heures m'a semblé particulièrement représentatif des échanges avec l'ensemble de mes interlocutrices. Toutefois, je précise que chacune d'entre elles présentait des problèmes de santé différents. Aussi le cas du cancer du sein chez Estelle apparaît comme spécifique, cette maladie impliquant de multiples représentations et impacts sur le vécu individuel et social des malades, déjà été éclairés par l'anthropologie [Giacomoni, Hoarau, 2011]. Ce qui me semblait important de montrer ici, c'est de réaffirmer l'importance du sens des maux dans le choix de recourir à des soins ainsi que dans la façon de se penser en tant que femme dès lors que ces maux en affectent ou en transforment le corps, les pratiques et les rôles.

Annexe n°2 - Eléments socio-démographiques médocains

Le dernier recensement en France permet de voir que la population de l'arrondissement de Lesparre-Médoc a considérablement augmenté entre 2006 (45601 hab.) et 2011 (83 741 hab) [Insee, 2012], comptant une importante génération des 30–59 ans (41.6 %) en 2011, tandis que les plus de 60 ans atteignaient 26.5% et incitaient le Pays-Médoc à parler de vieillissement de sa population [Figure n°4].

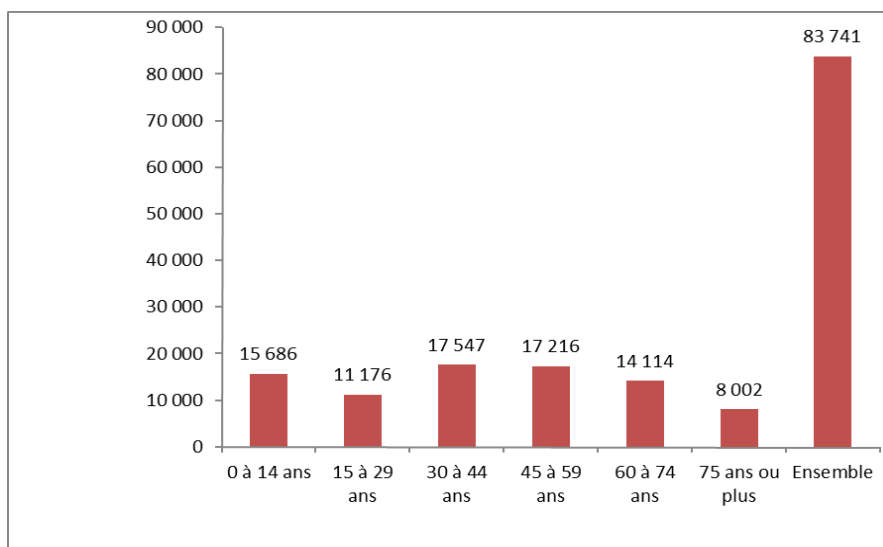


Figure 4: Population par grandes tranches d'âges dans l'arrondissement de Lesparre-Médoc en 2011,
Source: Insee

Cette même année, les habitants de l'arrondissement de Lesparre-Médoc étaient en majorité des couples sans enfants (46,1%), ce qui correspondrait avec l'attractivité que représente le territoire pour les jeunes ménages et les personnes retraitées. Les couples ayant des enfants représentent 41,9 % des familles en 2011, tandis que les femmes élevant seules leurs enfants restaient majoritaires parmi les familles monoparentales [Figure n°5].

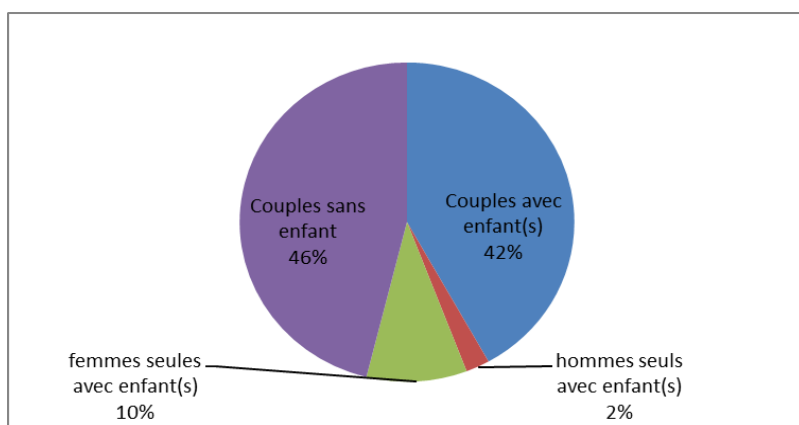


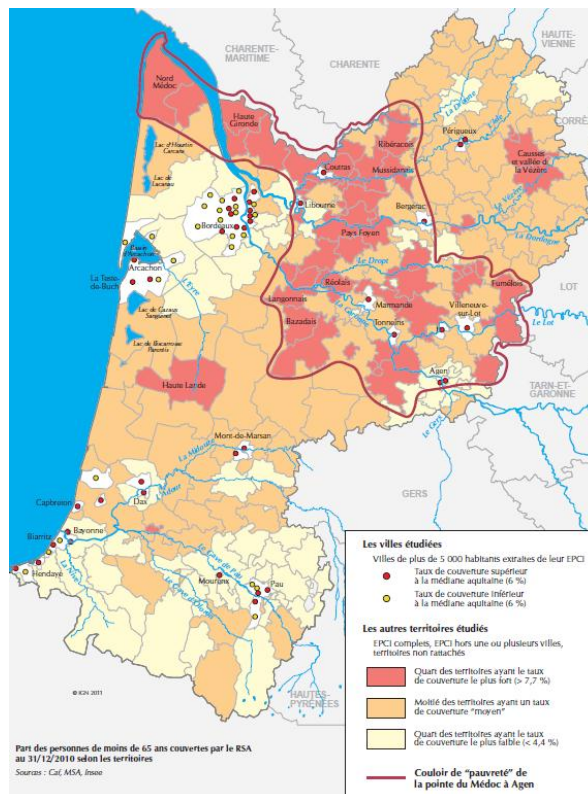
Figure 5: Composition des familles dans l'arrondissement de Lesparre-Médoc en 2011
Source : Insee

L'économie des territoires représentant une part importante des prérogatives des instances politiques au sein des différents niveaux administratifs, les données produites et utilisées renseignent la distribution des habitants selon leur statut face à l'emploi : concernant les 15-64 ans, personnes en âge de travailler, les actifs représentaient 73.% en Médoc en 2012. La part des personnes occupant un emploi est restée stable entre 2007 (64%) et 2012 (64.3%) [Tableau n°2], tandis que la part des chômeurs a augmenté, passant de 8.7% en 2007 à 9.5% en 2012. Elle se situe ainsi au-dessus des moyennes régionales (7.7% en 2007 et 8.9% en 2012) et concerne principalement les femmes : leur part parmi les chômeurs s'élevait à 56.2% en 2007 et tendant à s'équilibrer avec celle des hommes en 2012 (53.1%).

Tableau 2: Population de 15 à 64 ans par type d'activité dans l'arrondissement de Lesparre-Médoc en 2011
Source : Insee

Population de 15 à 64 ans en 2012: 52558 hab. dont :		
Actifs: 73,7 %	actifs ayant un emploi en %	64,3
	chômeurs en %	9,5
Inactifs: 26,3 %	élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés en %	6,2
	retraités ou préretraités en %	11,4
	autres inactifs en %	8,6

La carte suivante illustre le « couloir de pauvreté » nord-aquitain, identifié par l'Insee : on remarque que la pointe du Médoc est marquée par une forte proportion de personnes précaires bénéficiant d'un maximum de prestations sociales, tout comme les autres territoires en bordures nord, est et sud-ouest de la métropole bordelaise qui semble agir comme un repoussoir socio-économique [Carte n°5].



Carte 5: On parle d'une "couloir de pauvreté" en Aquitaine

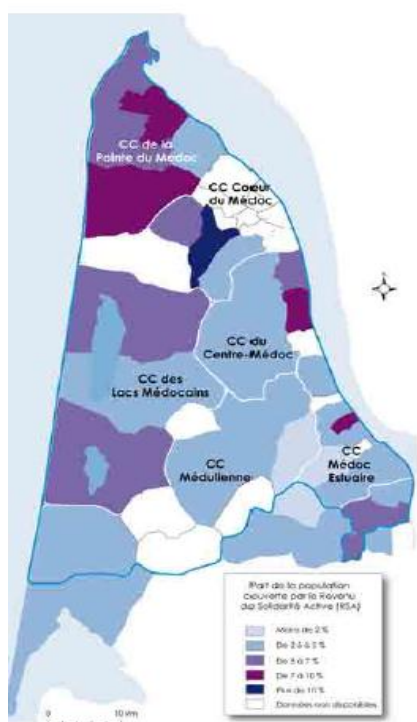
Source : INSEE Aquitaine, (2011)

Le tableau suivant montre que le nombre de logements a augmenté entre 2006 et 2011 dans l'arrondissement de Lesparre-Médoc, notamment au profit des personnes qui les occupent en tant que résidences principales (56.7% des logements en 2011) [Tableau n°3]. Cela montre que le Médoc n'est pas seulement attractif pour les vacanciers venus profiter des plages et de la gastronomie, mais aussi pour des individus désireux de s'y établir à l'année, pour des loyers plus modestes qu'en ville.

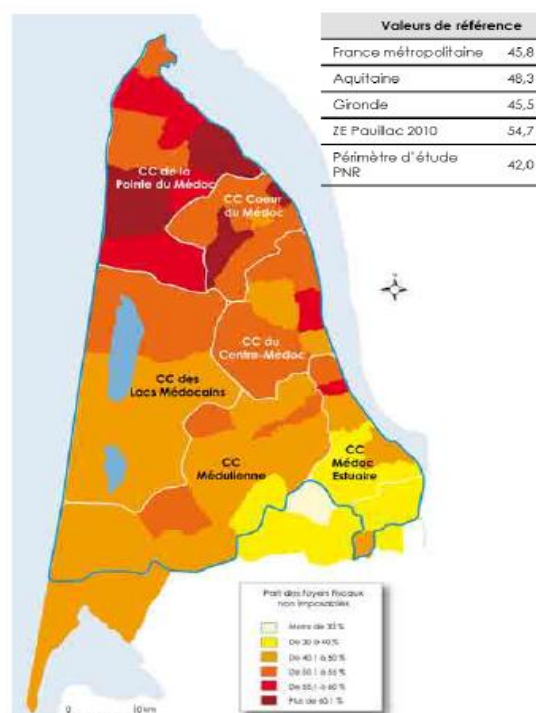
Tableau 3: Catégories et types de logements dans l'arrondissement de Lesparre-Médoc en 2006 et 2011
Source : Insee, 2012

	En 2011, 62 934 logements,	En 2006, 38 419 logements,
	soit en % :	soit en% :
Ensemble	100,0	100,0
Résidences principales	56,7	51,6
Résidences secondaires	37,0	42,6
Logements vacants	6,3	5,8
Maisons	84,9	75,2
Appartements	13,5	14,6

Les données suivantes font reconnaître une problématique sociale forte en Médoc en même temps qu'elles lui assignent une identité territoriale caractérisée par une population « dans le besoin », pauvre en comparaison avec les standards de vie, lesquels peuvent être matérialisés par l'éligibilité au Revenu de Solidarité Active (RSA) [Carte 6] et à la non-imposition sur les revenus jugés trop faibles [Carte 7] :

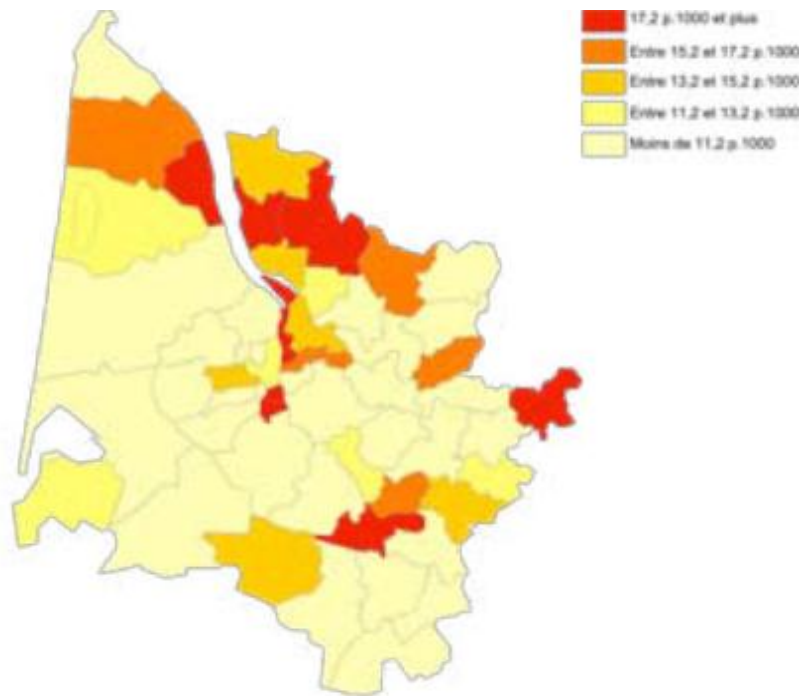


Carte 6: Population couverte par le RSA en 2009
Source, Insee CNAF, 2011



Carte 7: Les foyers fiscaux non imposables en Médoc Source: Insee, FNAP, 2011

Concernant la mesure de la précarité en Médoc, les associations militantes nationales (pas toujours implantées sur le territoire) et le site de l'Observatoire Girondin de la pauvreté et de la précarité (OGPP) sont également des instances productrices de données qui participent à définir spécifiquement l'identité du territoire. Les antennes des associations nationales d'aide alimentaire produisaient des données statistiques territorialisées à partir des effectifs de leurs bénéficiaires : pour les Restos du Cœur, la partie médiane du Médoc accueillait le plus de personnes démunies [Carte n° 8].



Carte 8: Proportions estimées d'utilisateurs des Restos du Cœur dans la population totale des cantons girondins au 1er janvier 2009
Source : Rapport OGPP, 2011



Carte 9 : L'offre publique des transports
 Source : Pays Médoc, 2013

Annexe n°3 - Quelques chiffres sur l'état de santé de la population médocaine

Tableau 4 : Indices comparatifs et taux de mortalité générale en Médoc, Gironde, Aquitaine et France métropolitaine

Sources : ORSa, 2014 ; Inserm (CépiDc), Insee

Indice comparatif de mortalité (France métropolitaine = 100)	Pays Médoc	Gironde	Aquitaine	France métro.
- indice comparatif de mortalité	107,8	95,5	96,7	100
- significativité de l'écart à la moyenne nationale	s	s	s	
Taux standardisés de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants) ⁹⁵				
- taux standardisé 1996-2000	1077,9	964,3	964,5	989,9
- taux standardisé 2006-2010	893,2	790,2	799,8	827,9

Tableau 5 : Répartition des femmes de quinze à quarante-cinq ans par tranches d'âge, du nombre de grossesses et de consultations sages-femmes en 2011, dans le Médoc

Source : Données CAF 2011

Classes d'âge	Proportion de femmes/1000	Nb de déclarations de grossesse/1000	Nombre de consultations de sages-femmes
15-19	115,0	12,1	0
20-29	286,0	102,6	1
30-39	376,0	77,8	1
40-45	223,0	7,1	2
Effectif total	1 000,0	61,6	4

⁹⁵Le taux standardisé de mortalité est le taux de mortalité que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge que la population de référence. Un taux standardisé permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge. La population de référence utilisée pour le calcul des taux est la population de la France au recensement de la population 2006.

Tableau 6 : Nombre d'accouchements entre 2009 et 2011, clinique du Médoc

Source : Statistiques des établissements 2009, 2010, 2011, DREES

Nombre d'accouchements	2009	2010	2011
Total	413	398	392

Tableau 7 : IVG en Aquitaine, suivant le département où a été pratiqué l'intervention et le groupe d'âge de la femme en 2008

Source : INED 2008

*ND : non déterminé

	Population 2008	Population									ND*	Total
		12-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	>50		
Dordogne	421941	59	74	206	167	115	107	53	6	0	5	792
Gironde	1 450 039	233	341	945	700	495	412	151	11	1	19	3 308
Landes	386160	53	68	156	142	119	94	44	6	0	4	686
Lot et Garonne	337883	48	51	165	129	92	82	48	4	0	46	665
Pyrénées Atlantiques	668467	128	157	443	373	302	267	115	8	1	7	1 801
Total	3 264 490	521	691	1 915	1 511	1 123	962	411	35	2	81	7 252

Annexe n°4 - La territorialisation du système de santé en France

Figure 6 Acteurs, missions et échelles au sein du système de santé français
Source : Observatoire transalpin de promotion de la santé, 2011

Sigles

ANSES : Agence de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS : Agence régionale de la santé
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CIRE : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DDCS : Direction départementale de cohésion sociale
DDCSPP : Direction départementale de cohésion sociale et de la protection des populations
DDPP : Direction départementale de la protection des populations
DDT : Direction départementale des territoires
DRAAF : Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DTD : Direction territoriale départementale de l'Agence régionale de santé
HAS : Haute autorité de santé
HCSP : Haut conseil de la santé publique
INJEP : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS : Institut de veille sanitaire
IREPS / CRES : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé / Comité régional d'éducation pour la santé
L'Accé : L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
Ministère de l'agriculture - DGAL : Direction générale de l'alimentation
Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et de la vie associative - DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé :

- DGS : Direction générale de la santé
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DGT : Direction générale du travail
- DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

Ministère de la ville - SG CVI : Secrétariat général du Comité interministériel des villes
ORS : Observatoire régional de la santé

La mise en place des ARS par la loi HPST en 2009 avait pour but de pouvoir mieux piloter les politiques nationales de santé en les adaptant aux territoires régionaux, au plus près des besoins des populations locales. Dans ce contexte, il a été confié aux ARS le soin d'identifier des « bassins de vie » au niveau infra-départemental, définis comme les plus petits territoires au sein desquels les populations ont accès à la fois à l'emploi et aux équipements de la vie courante. Un découpage infra supplémentaire distingue les territoires de proximité [Carte 10]. Le Médoc est ainsi considéré comme un territoire de proximité au sein de celui de la santé de la Gironde. Ce territoire de proximité « Médoc » suit les délimitations réalisées par l'Insee pour l'arrondissement de Lesparre-Médoc et reprises pour circonscrire le pays Médoc.

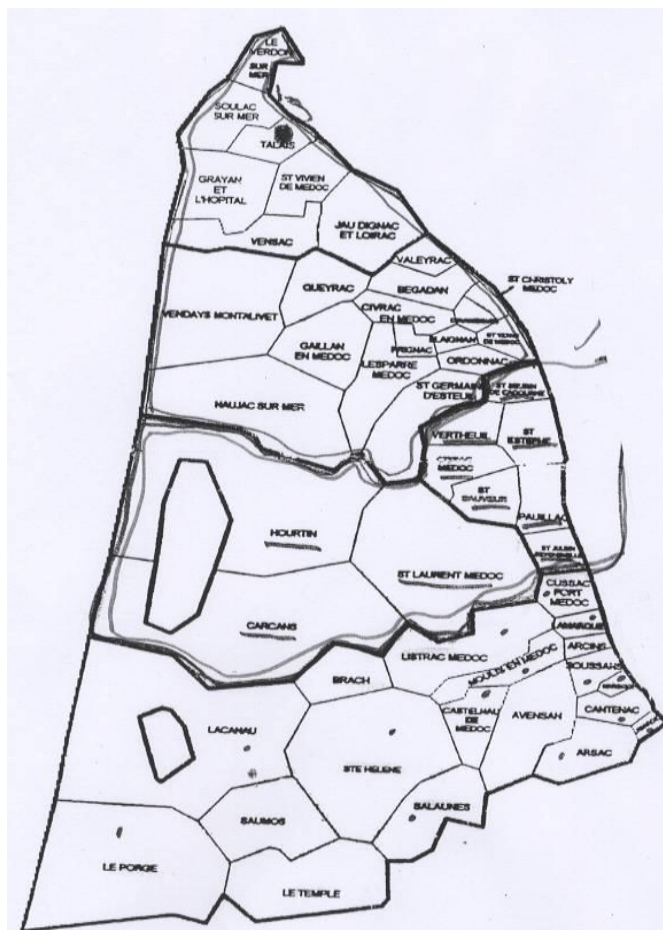


Carte 10 : Six territoires de santé en Aquitaine constitués de territoires de proximité.
 Source, ARS, 2009

Les Conseils Régionaux possèdent eux aussi un rôle important dans l'organisation du système de santé français. Dans le cas du Médoc, le Conseil Général de la Gironde et le syndicat mixte Pays Médoc participent à la mise en œuvre de certains aspects des politiques de santé définies au niveau de l'État. Notons que celles-ci visent principalement à assurer le droit à la santé pour tous, notamment par la lutte contre les inégalités de santé et par un engagement soutenu pour garantir de l'information préventive et un accès minimum aux soins sans discrimination d'âge, de sexe, de catégorie socio-économique, de lieu de résidence.

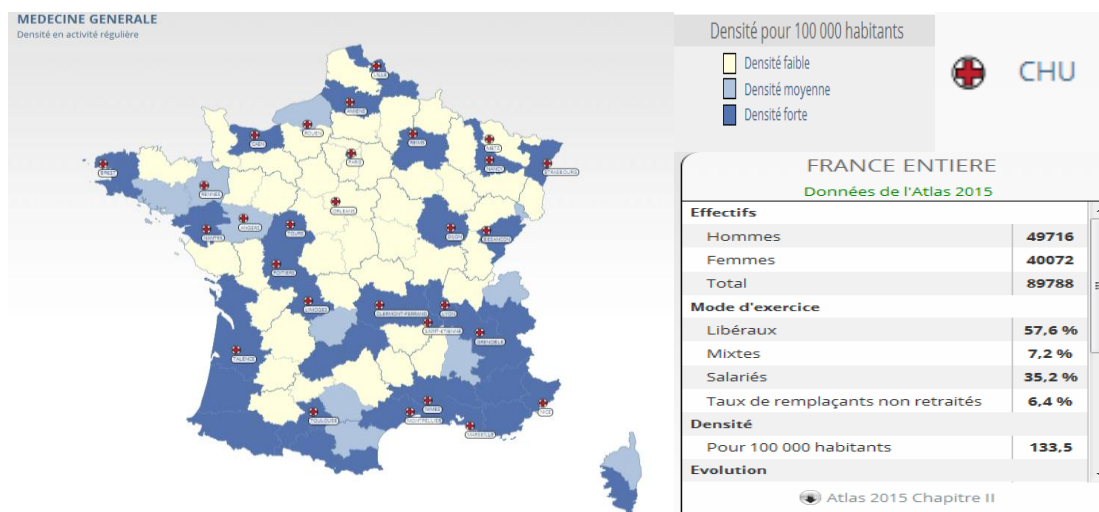
Lors de notre enquête, le Conseil Général de la Gironde procédait par exemple à ses actions spécifiques en Médoc en suivant ses propres délimitations territoriales [Carte], brouillant encore la compréhension de l'organisation du système de soin sur la

presqu'île pour les usagers, souvent peu familiers avec l'empilement de découpages institutionnels ainsi produit et en constante évolution [Kotobi, 2013].



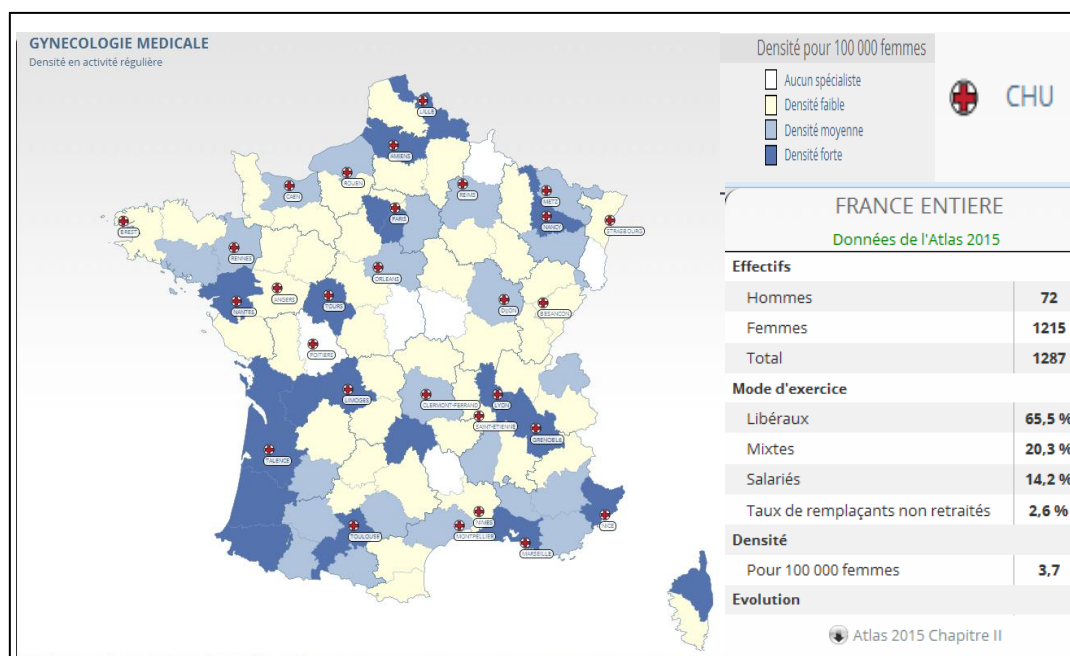
Carte 11: Les trois secteurs d'intervention du CG33
Source : Agenda 2011 du CG 33

Annexe n°5 - La désertification médicale en France et en Médoc : éléments cartographiques et statistiques



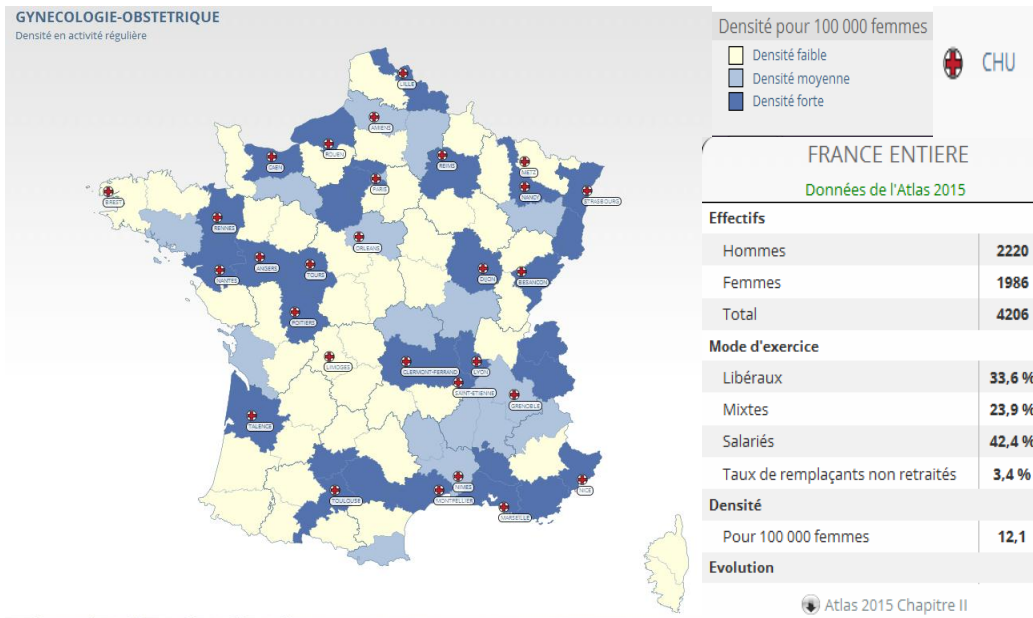
Carte 12: Répartition et densité des médecins généralistes en France en 2015

Source : CNOM, 2015, outil en ligne : <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>

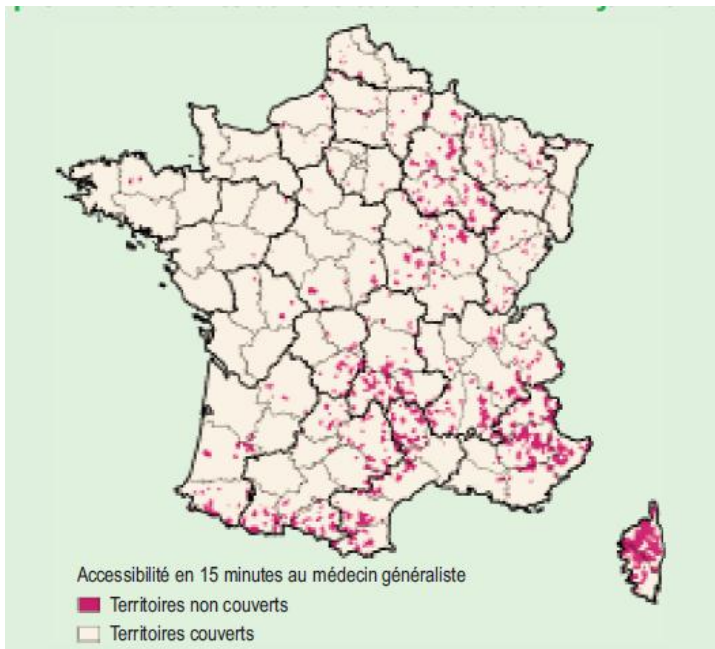


Carte 13: Densité et répartition des gynécologues médicaux en France en 2015

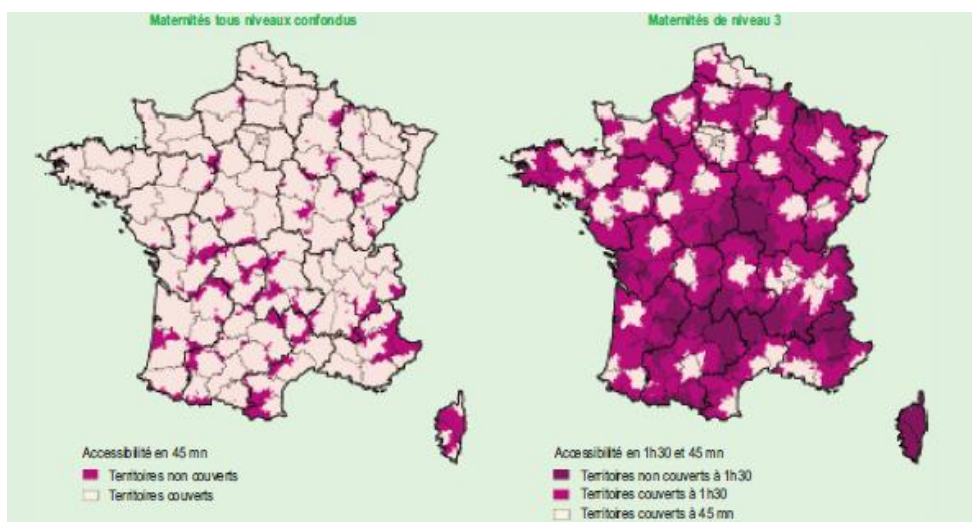
Source : CNOM, 2015



Carte 14: Densité et répartition des gynécologues obstétriciens en France en 2015
Source : CNOM, 2015



Carte 15: Accessibilité à 15 minutes au médecin généraliste: territoires couverts par les soins
Source : Irdes, Sniiram, 2011



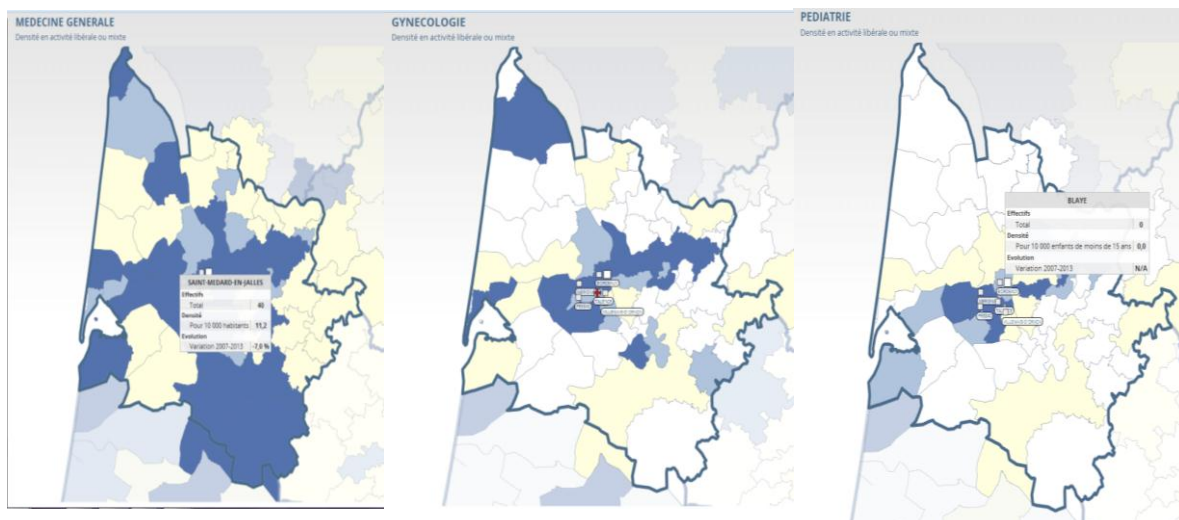
Carte 16: Les territoires couverts par les maternités au 1er janvier 2007

Sources : Irdes, Drees, SAE

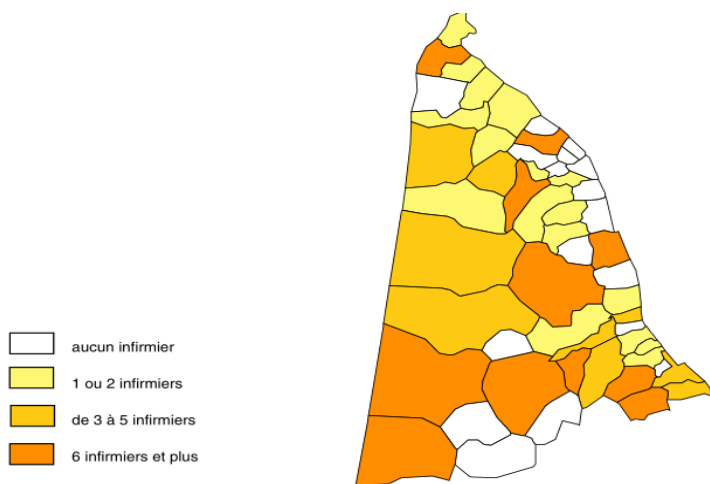
Tableau 8: Distribution des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres en Aquitaine, Gironde et Médoc en 2013

Source : Cnom, 2013

	Aquitaine	Gironde	Médoc
Médecins généralistes pour 10 000 hab.	10.9	11.9	9.9
Gynécologues pour 10 000 femmes	1.2	1.7	0.4
Pédiatres pour 10 000 enfants de moins de 15 ans	2.2	2.7	0.4



Carte 17: Densité et répartition des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres en 2013 en Médoc et en Gironde
 Source : Cnom, 2013



source : Drass /Drees – cartographie : Orsa

Carte 18: Localisation des infirmiers libéraux au 1er Janvier 2009 dans le Pays Médoc
 Source: Drass/Drees/ORSa

Annexe n°6 - L'hystérie : quelques repères en histoire de la médecine

La matrice utérine, mère de tous les maux

L'idée d'une association entre troubles psychologiques, cycles menstruels et sexualité chez les femmes prend racine dès la médecine hippocratique : dans le *De morbis mulierum*, la plus importante des œuvres gynécologiques du *Corpus*, l'utérus était perçu comme « la cause de toutes les maladies des femmes ». La médecine d'Hippocrate de Cos reposait sur la théorie humorale, selon laquelle la santé dépend de l'équilibre entre les quatre humeurs dont se compose le corps humain - le sang, la bile, la lymphe et le phlegme – qui doivent circuler en bonnes proportions selon les influences du tempérament de la personne, de son âge et de la saison, c'est-à-dire du climat et des températures. L'explication des maladies était alors recherchée dans les déséquilibres des flux : l'équilibre menstruel était atteint lorsque la femme saignait chaque mois, en quantité et durée considérées comme raisonnables. Cette représentation était encore vivace dans la France rurale observée par Françoise Loux [1990] et par Véronique Moulinié [1998] et celle que j'ai ethnographiée une douzaine d'années après elles en Médoc..

Dans le *Corpus*, les maladies de femmes étaient pensées comme consécutives à un dérèglement qui se traduisait par un engorgement de sang en excès à l'intérieur de l'utérus. Le coït et l'accouchement, en des fréquences jugées ni excessives ni trop faibles, étaient préconisés pour provoquer la dilatation de l'utérus et la libération de l'afflux sanguin contenu par l'organe. En l'absence prolongée de règles et quand aucune grossesse n'apparaissait, les plantes et remèdes emménagogues, voire abortives, favorisaient le retour des saignements. L'utérus était en effet considéré comme un organe capable d'attirer les humeurs en excès dans le corps, pour les expulser ensuite ; quand il n'accomplissait pas sa tâche, le sang menstruel retenu empruntait d'autres voies du corps non prévues à cet effet en causant des maladies de toutes sortes [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 18-22].

« Si la régularité des évacuations menstruelles est une condition essentielle à l'équilibre des humeurs chez la femme, des rapports sexuels fréquents, mais pas trop, assurent à son utérus la tranquillité. A lire le traité cni dien en effet, les femmes sont fréquemment

tourmentées par des malaises nés de la matrice ; ainsi chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels, chez les vieilles plus que chez les jeunes : leur matrice fatiguée, donc desséchée, vide et légère, se déplace dans un ventre vide. Asséchée, elle est attirée par le foie, plein de fluide, y adhère et se porte (...) au diaphragme. D'où les suffocations subites qui se produisent parfois (...) Mais la compression peut tout aussi bien s'exercer sur le col de la vessie, les hanches, les lombes » [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 22].

L'image d'un utérus migrateur causant de nombreux troubles corporels, notamment suffocations et convulsions, chez la femme est pour sa part héritée de l'Égypte ancienne : les papyrus Kahun (1900 avant J.C.) et Ebers (1600 avant J.C.) décrivaient les troubles de comportements physiques et mentaux des femmes comme trouvant leur origine dans le déplacement de l'utérus par rapport à sa position initiale située dans le bas ventre, près des organes génitaux. Les traitements étaient souvent surnaturels ou par fumigations. On incitait l'utérus à revenir à sa place en exposant des odeurs agréables à l'entrée du vagin des femmes, ou on le repoussait vers le bas en faisant sentir par le nez des odeurs nauséabondes susceptibles d'initier un mouvement de recul matriciel [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 17]. Le développement de l'endocrinologie quelque 3500 ans plus tard montre aujourd'hui le déplacement des hormones dans le corps et leurs diverses zones d'influences, ce qui donne finalement un attrait moins fantaisiste aux représentations anciennes d'un utérus mobile, cause de divers maux [Moulinié, 1998 : 64].

A l'époque médiévale, la médecine de Galien, toujours interdite aux dissections, s'est largement appuyée sur la médecine hippocratique pour ce qui concerna les maladies de femmes, incorporant les apports de Soranus d'Ephèse sans pour autant récuser comme ce dernier la possibilité d'un utérus migrateur. Galien reprit également les travaux de Platon et d'Aristote affirmant la subordination de la femme à l'homme en raison de la nature spongieuse de son utérus gorgé de sang la rendait humide et froide et plus sujette aux déséquilibres selon les termes de la théorie humorale, contrairement à l'homme dont la consistance saine alliait chaleur et sécheresse en bonnes proportions. En outre, dans la vision platonicienne, l'âme constituait le principe même de la vie et logeait dans le corps de l'homme, corps conçu comme un microcosme composé des éléments constitutifs de l'univers entier. L'âme y connaissait une division et une localisation tripartite dans différentes parties du corps : l'âme rationnelle occupait la tête et possédait la particularité d'être immortelle (elle pourra faire l'objet de réincarnation) contrairement à l'âme irascible située dans la poitrine et à celle du désir charnel logée dans le ventre, séparée des autres par le diaphragme. Aristote les nomma respectivement

âme intellectuelle, sensitive et végétative. Une hiérarchisation verticale du corps fut ainsi élaborée du haut vers le bas par Platon, dans laquelle les femmes, considérées comme des « mâles punis » dans le *Timée*, apparaissaient comme dominées par leur utérus, organe des envies insatiables d'enfantement situé bien loin du siège des pensées nobles et rationnelles [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 30].

Empreints de ces savoirs, Galien s'intéressa aux femmes que l'on disait « hystériques » en son temps : cette catégorie nosologique regroupait les affections utérines, les douleurs du bas ventre, les menstruations dérégulées, les évanouissements, les aphasies, les mouvements spasmodiques, les syncopes, les crises s'apparentant à l'épilepsie, les crispations des membres ou encore les angoisses, les visions et les tendances au suicide. Ces maux d'une grande variété avaient pour étiologie commune un excès d'humeur, ou « maladie de pléthore », toujours localisé au même endroit, dans l'utérus [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 42].

Le Moyen-Âge sera celui de la christianisation et du regain du mysticisme, les savoirs médicaux galéniques perdurant surtout grâce à une transmission souterraine. L'Église investit le corps, dont les maux et maladies devaient alors être compris comme des châtements divins, ainsi que la médecine en contrôlant l'accès aux savoirs antiques et à la formation dans les universités qu'elle a créée [Duby]. Dans ce cadre, discours médicaux et religieux se rejoignaient pour affirmer la débilité de l'âme féminine et le danger que représentait le corps des femmes. La pensée de Saint Thomas d'Aquin a largement contribué à l'anti-féminisme clérical et médical, renforcé par le culte de la Vierge Marie, devenue mère de Jésus sans avoir commis le péché de chair :

« à l'instar de saint Augustin, il [Thomas d'Aquin] déprécie l'acte de chair, par la hiérarchie qu'il établit entre les activités humaines, la seule vraiment digne étant l'activité intellectuelle, que l'activité sexuelle étouffe momentanément. On ne saurait mieux dire que le corps de la femme est menace de perte : il peut coûter à l'homme son salut. Si la sexualité existe, c'est pour le bien de l'espèce ; celui de l'individu passe par la chasteté. (...) Chez Thomas, la femme n'est vraiment plus que l'instrument donné à l'homme pour procréer. Elle ne peut échapper à la subordination qu'en refusant la maternité ; l'état de vierge cloîtrée représente donc le meilleur que puisse choisir une femme. Mais elle perd alors toute puissance physique, elle oublie son corps, refuse son sexe » [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 48].

Même si l'Eglise a gardé le monopole d'un savoir largement andro-centré pendant plusieurs siècles, des voix de médecins et de chirurgiens se sont néanmoins élevées pour défendre les femmes des accusations de sorcellerie dont elles pouvaient parfois faire l'objet, notamment au XVII^{ème}, quand la chasse aux sorcières eu atteint son paroxysme. Toujours dans une conception humorale, on considère alors que les orifices du corps humain laissent passer l'air et les humeurs, le vagin chez les femmes constituant une porte supplémentaire par rapport aux hommes, laquelle laissait s'écouler le sang menstruel considéré comme vicié mais aussi accusée d'être une voie d'entrée pour des airs maléfiques. Parmi d'autres signes, le diagnostic d'hystérie a servi de prétextes à l'arrestation et à l'exécution de centaines de femmes accusées de sorcellerie, qui étaient autant de « malades [que de] sorcières campagnardes aux pratiques ancestrales, matrones et peut-être aussi de véritables empoisonneuses » [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 62]. La Renaissance amorça un changement pour ces femmes accusées de sorcellerie : le corps médical se détachant peu à peu de l'Eglise, affirma parfois que ces dernières étaient davantage malades que possédées par des démons. Aux signes de possession satanique les médecins opposèrent les symptômes hystériques décrits par Galien.

Le siècle des Lumières et des encyclopédistes engageant la production d'un savoir qui se voulait scientifique et dégagé de tout mysticisme, l'être humain a cessé d'être une création divine mais une conséquence de l'évolution des espèces. Dans ce contexte s'est opéré un processus de naturalisation de la femme, peu disposée à la culture mais si proche de la nature du fait de sa fonction spécifique dans l'engendrement, laquelle explique aussi sa sensibilité, sa beauté et sa capacité de séduction, qualités innées visant à favoriser la réalisation de rapports sexuels à des fins de procréation. La naissance de l'anatomoclinique au XVIII^e siècle réconcilia au sein de l'hôpital, les chirurgiens et les médecins qui n'exerçaient pas de concert jusqu'alors, tandis que les vitalistes et les finalistes développaient une médecine plus empreinte de philosophie [Herzlich, Adam, 2004 (1994)]. Malgré leurs différents, ils s'accordaient toujours à considérer l'utérus comme l'organe féminin par excellence qui, bien que sédentarisé dans le bas-ventre, demeurait à la fois maître du destin de toute femme (la maternité) et source de sa faiblesse – les douleurs et maux de femmes qu'il causait en faisaient une éternelle malade. Il aurait aussi commandé le cerveau, l'estomac, les lèvres, les mamelles mais aussi les nerfs, lesquels suscitaient de plus en plus d'intérêt. [Knibiehler, Fouquet, 1983 : 81-111].

Une maladie des nerfs

Charles Lepois (1563-1633) et Thomas Willis (1621-1675) sont généralement considérés comme les précurseurs d'une localisation cérébrale de l'hystérie, cette dernière étant principalement considérée au prisme de symptômes convulsifs. Pour ces médecins, les convulsions hystériques résultaient de la circulation « d'esprits animaux » [Harrus-Revidi, 1997 :40], de petites entités vivantes capables de se multiplier et de se mouvoir via les « tubes » nerveux et le cerveau jusqu'aux muscles pour en créer le mouvement (ils sont comme l'eau qui met en mouvement la mécanique de la fontaine) [Goffart, 1900 : 164-167]. En 1689, Lange défend la théorie des vapeurs, proche de la théorie humorale galénique, en affirmant que les semences féminines produisaient des substances vaporeuses qui remontaient au cerveau via les nerfs et créaient des convulsions [Lange, 1689]. Dans les deux cas, esprits animaux et vapeurs agissent par sympathie, c'est-à-dire qu'ils influencent à distance des choses géographiquement séparées, à la manière d'un agent de contagion. Tout comme dans la théorie humorale, on reconnaît le mouvement du bas vers le haut, qui expliquent les interprétations encore actuelles des femmes ménopausées qui souffrent de « vapeurs chaudes », de « montées de chaleur ». Enfin, ces esprits animaux offre à l'imagination la possible analogie avec les « hormones », entités mobiles et invisibles, causes de nombreux maux de femmes, dont les « crises de nerfs ».

Avec le développement de la « médecine mentale », dont l'aliéniste Philippe Pinel reste considéré comme le père fondateur, les « maladies nerveuses » sont devenues un objet de recherches à part entière : ces dernières se sont largement appuyées sur l'étude des troubles hystériques, fascinants et énigmatiques, pour comprendre la fonction nerveuse [Pinel, 1806]. L'idée d'une localisation cérébrale de l'hystérie apparut en 1820, rompant avec la thèse utérine. Elle conduisit ainsi à distinguer la nymphomanie de l'hystérie, appelée « fureur utérine » dont on considérait l'origine dans des pulsions sexuelles importantes et non maîtrisées (ou maîtrisables) générées par les organes génitaux [Georget].

« La thèse neuro-cérébrale, proposée par Etienne Georget, confère à l'hystérie une gravité nouvelle en ce qu'elle devient une « vraie » maladie, une maladie tout à fait honorable qui a pour siège le cerveau » [Edelman, 2013]

Il est intéressant de noter qu'Etienne Georget théorisa l'hypocondrie, pendant masculin à l'hystérie féminine touchant les hommes trop absorbés par les activités intellectuelles, théorie qui renforça la dichotomie entre la culture comme apanage des hommes et la

nature, fondatrice de l'identité féminine et chef d'orchestre de la condition des femmes. L'aliéniste s'intéressa également aux thérapeutiques du somnambulisme magnétique dont souffraient certaines hystériques qu'il rencontra à l'hôpital de la salpêtrière : le magnétisme animal, aussi appelé mesmérisme, et l'hypnose constituaient alors des domaines explorés par la médecine. L'approche micro-historique développée par Nicole Edelman, Luis Montiel et Jean-Pierre Peter [2009] met en lumière le diagnostic hystérique posé sur la maladie de Lady Lincoln, une jeune mère frappée de catalepsie après une grave maladie de son enfant, ainsi que le traitement initié par deux médecins qui la plongeait, par des techniques d'hypnose, dans un somnambulisme magnétique duquel elle révélait ses problèmes, souvent d'ordre relationnels. Ce qui conduisit d'ailleurs son mari, une personne engagé dans des relations publiques importantes, à congédier les deux médecins. Cette thérapeutique « partait du postulat que l'hystérie expérimentale calquait l'hystérie naturelle », postulat qui fut infirmé à la fin du XIX^e siècle mais qui a néanmoins permis le développement de l'hypnose ericksonnienne toujours enseignée et utilisée aujourd'hui en psychologie [Harrus-Revidi, 1997 : 53].

L'électricité s'est aussi invitée comme une thérapeutique efficace pour les maladies de femmes dans la mesure où ce traitement s'est inscrit dans une vision humorale de ces maux, alors même la notion de progrès médical s'appuyait sur l'anatomoclinique et la biologie :

« En croisant l'attention portée à la construction d'un nouveau moyen thérapeutique et l'étude des représentations relatives aux maladies des femmes, nous voudrions souligner les interactions qui peuvent s'opérer dans les définitions des maux et de leurs remèdes. (...). Il est en effet frappant de voir avec quelle force se maintient une lecture humorale des maladies des femmes et de leur traitement, même quand celui-ci est électrique. (...) Ainsi l'innovation thérapeutique électrique est-elle intégrée dans un ensemble ancien de représentations, liées à la circulation des fluides dans le corps humain, qui lui permettent également de trouver une légitimité dans l'offre thérapeutique. L'introduction de l'électricité dans la pharmacopée des maladies des femmes apparaît comme la superposition d'une grille d'interprétation des phénomènes corporels qui ne supprime pas les modèles précédents, mais plutôt les utilise et les réinterprète. (...)

L'électricité, associée à la force du tempérament et aux chaleurs de la matrice, possède une influence sur l'ensemble de la personne et a des implications morales. Cette dimension morale de la maladie se retrouve dans les caractéristiques attendues de la relation au médecin qui doit être fondée sur le respect et la confiance. En exposant son

interprétation de sa maladie et des effets des soins, la malade donne au médecin accès à son intimité et inscrit les événements médicaux dans le développement de ses sentiments. La lecture qu'elle présente de sa santé s'appuie sur la notion de tempérament qui est ici binaire (force-faiblesse) et montre que la question des règles possède, aussi hors du discours médical, un rôle éminent dans les représentations de la santé féminine. » [Zanetti, 2011]

L'une des femmes âgées avec qui il m'a été donné d'échanger pendant mon enquête avait souffert d'infertilité près de cinquante ans auparavant et avait suivi un traitement par impulsion électrique à Bordeaux. Ce traitement, dispensé « à la ville » lui avait paru moderne à l'époque. Elle expliqua confusément qu'il visait à « soigner les trompes, les ovaires et les nerfs » responsables de sa « stérilité ». L'association faite entre organes reproducteurs et nerfs montre bien l'inbrication entre corps et esprit, entre parties de l'anatomie et les différents flux qui les traversent et les influencent. J'entendis aussi de la bouche de la guérisseuse Mme Pagnoux que l'infertilité est souvent une « maladie des nerfs ».

Dans une conception populaire actuelle du corps, le système nerveux est souvent décrit par le biais d'une analogie avec un réseau électrique, notamment du fait désormais connu qu'il fonctionne par pulsations électriques [Duriff-Bruckert, 1994 :112-116]. Les « maladies de nerfs » sont alors autant de pannes liées à des excès de tension, des « surchauffes » du cerveau qui font « péter des câbles » et « griller des fusibles » qu'à des défaut d'énergie qui font que l'on a « les batteries à plat » ou « les nerfs qui lâchent ». Encore aujourd'hui subsiste une pensée des maux de femmes comme liés à des déséquilibres nerveux, penchant soit vers l'abondance soit la carence.

Ce détour par la physiologie profane actuelle permet d'illustrer l'héritage légué par la neurologie à la catégorie des troubles féminins. C'est en effet au médecin neurologue et clinicien Jean-Martin Charcot (1825- 1893) que l'on attribue souvent la paternité de l'hystérie « moderne » malgré l'apparent hasard qui l'amena à s'intéresser à cette maladie :

« La rencontre entre Charcot et l'hystérie eut lieu par le plus grand hasard et sous les auspices d'un déménagement : à la suite de l'évacuation d'un bâtiment (...) l'administration hospitalière décida de commencer un début de ménage en séparant les aliénés des épileptiques et des hystériques ; elle réunit ces derniers du fait de leurs ressemblances symptomatologiques (...) sous le nom de « quartiers des épileptiques simples », une épilepsie simple étant une épilepsie

idiopathique, sans véritable lésion. » [Harrus-Revidi, 1997 : 48].

Cette anecdote est intéressante en ce qu'elle renseigne sur l'amalgame qui s'est opéré entre ces deux maladies notamment par Charcot, initiant le diagnostic « d'hystéro-épilepsie », différent de celui « d'hystérie convulsive » : en qualité de neurologue influencé par le courant anatomoclinique, Charcot affirmait l'origine organique des violentes crises hystériques de ses patientes, persuadé que ces accès ne pouvaient être de simples « simulations » sans pouvoir pour autant observer de lésions organiques lors des autopsies pour confirmer ses hypothèses. Il conclut par l'existence de lésions « invisibles » mais bien « réelles » [Charcot, 1886-1890 : 320-321].

Pierre Janet, à la fois philosophe, médecin et psychologue expérimentaliste publie en 1893-1894 *L'état mental des hystériques, les accidents mentaux*, initiant ses travaux sur cette maladie qu'il dégagea du carcan médical dans lequel elle était désormais contenue pour la replacer dans une représentation populaire de l'anatomie.

« Janet révolutionna l'approche de l'hystérie en la réinscrivant dans l'ordre du langage commun, considérant que les manifestations physiologiques « incarnent » la vie psychique des malades. Il initia ce faisant le principe de l'intrication psycho-somatique par le lien du discours et « détruira à titre définitif le fantasme selon lequel la médecine peut-être entièrement pensé dans un esprit cartésien » [Harrus-Revidi, 1997 : 59].

Élève de Charcot, le physiologiste Sigmund Freud (1885-1939) s'attacha d'abord à faire une synthèse des travaux de son maître et de ses disciples, et notamment de Janet avec qui il partage l'idée que concernant l'hystérie, il est nécessaire de s'attacher à une anatomie populaire et non médicale [Freud, 1984 (1893)]. Il théorisa enfin le rôle de la sexualité dans cette affection en développant une épistémologie de la « conversion hystérique » :

« Dans l'hystérie la représentation inconciliable est rendue inoffensive par le fait que sa somme d'excitation est reportée dans le corporel, processus pour lequel je proposerai le nom de conversion. » [Freud, 1973 (1894) :4].

Consécutivement à ce postulat qui initiera les théories psychosomatiques des maux, Freud collabora aux *Etudes sur l'hystérie* [Freud, Breuer, 1956 (1895)] et entérina par ses nombreux travaux le courant psychanalytique, qui doit à la « fureur utérine » son développement, son cadre théorique et sa distinction en tant que spécialité de la psyché par rapport à la neurologie, plus ancrée dans l'anatomoclinique dans le champ de plus en plus important de la santé mentale.

Annexe n°7 - Sorcellerie contemporaine et « maux de femmes » : une étude de cas dans la littérature anthropologique

Compte rendu du chapitre d'ouvrage de
Mortier Brigitte, 2010, « Economie Sanitaire de l'ensorcellement contemporain », »,
in : Mebtoul M., Olive J.-L. (dir), 2010, Le soin, sociomorphose, Presses Universitaires de
Perpignan

La doctorante en sociologie-anthropologie Brigitte Mortier a travaillé, dans le cadre de sa thèse sur les liens entre l'économie libérale et la sorcellerie, auprès d'un prêtre exorciste pendant l'année 2009. Elle revient sur son enquête dans son article « Economie Sanitaire de l'ensorcellement contemporain » [2003] ; elle a établi des données chiffrées sur une partie de la clientèle du Père Jean Marie (76 situations sur environ 800 usagers ayant chacun un dossier chez le prêtre-désorceleur qui consignait tout par écrit depuis quatre années et demie), et elle a réalisé conjointement une analyse qualitative.

Les statistiques de Brigitte Mortier lui permettent de construire « *le profil socio-psychologique type de la personne qui consulte le prêtre exorciste d'une ville de moyenne importance. Il s'agit dans le cadre de cette étude d'une femme de 51 ans, divorcée, employée. Elle vit seule et réside en ville, est catholique et non pratiquante. Cette femme éprouve de la fatigue et a des liens avec l'ésotérique* » [2003 : 134].

Le Père Jean-Marie reçoit les personnes qui se pensent victimes d'un envoûtement pour un entretien de plus d'une heure afin de décider, selon les situations, du rituel de délivrance à opérer. Je me concentrerai ici sur un exemple donné par la sociologue-anthropologue s'intéressant tout particulièrement aux maux de femme :

« lorsque les femmes concernées évoquent de façon récurrente au cours de l'entretien une sensation de vide, si elles n'en n'ont pas parlé spontanément, le prêtre en viendra à poser, de façon habile, des questions sur les grossesses passées et très souvent, elles lui diront qu'elles ont avorté, et parfois dans des larmes retenues depuis 30 ans (...) Le prêtre proposera à la femme de nommer, dans une prière, l'enfant non venu, une façon de lui permettre d'élaborer et/ou d'achever un processus de deuil. (...) Le dépôt d'un cierge symbolise le fait de confier l'enfant à Dieu et la célébration d'une Eucharistie exprime le rassemblement dans la communauté de fidèles » [2003 :141].

Pour l'auteure, la plupart des consultants viennent, éprouvés par les malheurs répétés, signaler une force maléfique ; l'entretien avec le prêtre offre un espace d'écoute qui permet l'accès à la source des événements douloureux et traumatiques, à l'issue duquel le consultant a déjà pris un peu de distance sur son problème. Enfin, le prêtre soigne grâce à la prière et instaure la notion catholique de pardon, que l'on accorde à l'autre, mais aussi d'abord à soi. La sorcellerie n'apparaît pas comme un recours pour les plus démunis face à la souffrance, mais un recours pour des personnes « *en capacité de se penser dans leur rapport au social* », quand d'autres choisiraient les services psychiatriques ou sociaux. La sorcellerie est alors envisagée comme « *un médiateur interprétatif du monde* » [2003 :137].

Annexe n°8 - La santé au féminin dans les médias

Une attention portée aux médias

Lors de mon enquête, certaines des femmes rencontrées ont jugé important de joindre à leur parole sur les savoirs et savoir-faire dans le domaine des soins domestiques en général et pour les maux de femmes en particulier, les écrits ou dires lus et entendus via différents supports médiatiques. Si cela pouvait déjà signifier que les médias constituaient pour elles une tierce source d'informations en la matière, distincte de la seule transmission orale entre pairs, je suppose que cette intrusion des médias dans nos conversations servaient aussi à légitimer leurs discours sur les maux de femmes et les soins domestiques, sujets que nous avons identifiés comme souvent tabous et discrédités. L'occurrence de certains thèmes traités dans les médias concernant la santé et le bien-être au féminin leurs conféraient un caractère d'actualité et de pertinence, susceptibles de rendre « plus vrais » mais aussi « plus dicibles » les savoirs qui m'étaient communiqués lors des entretiens. J'ai donc également été attentive à la littérature papier (livres, magazines) et numérique (sites internet, blogs, forums) portant sur les sciences médicales et les médecines dites douces qui abonde actuellement et qui m'a parfois été conseillée par mes interlocutrices, m'interrogeant alors sur le rôle des médias concernant la libéralisation de la parole pour ces sujets tabous et leur participation à la réinvention des médecines populaires.

Ces dernières années en France, il n'est pas rare de trouver dans les librairies et dans les grandes surfaces commerciales des magazines et des livres traitant de la santé, du bien-être, des remèdes de grand-mères, des médecines « douces », du « développement personnel » ou encore de l'alimentation saine, dont les diètes proposées visent d'ailleurs la « détoxification » du corps plus que son amaigrissement. Les émissions radiophoniques et télévisuelles, ainsi que les sites, blogs et forums s'emparent également de ces nouveaux sujets qui rencontrent un fort engouement en raison de leur écho avec les valeurs sociétales associées à la médicalisation de la vie et la santé comme idéal, au refus des effets pervers de la modernité sur le bien-être des individus (isolement, stress, effets nuisibles de la pollution environnementale, effets iatrogènes de la médecine et des médicaments) et à la volonté d'un « retour à la nature », « aux choses simples » et aux savoirs « traditionnels » d'ici ou d'ailleurs. Il s'agit désormais d'exorciser la vitesse et s'en remettre à des sagesses anciennes dont on ne prélève que les aspects qui alimentent cette idée de continuité et de « vérité vraie ». Semblent se mêler, convergeant parfois et divergeant à d'autres moments, une utopie de la santé parfaite, produit de la médicalisation mais aussi de l'idéal néo-rural et des cultures alternatives de la santé et du bien-être.

Fleurissent également des ouvrages, revues et sites internet sur le vécu de la grossesse et celui de la sexualité féminine. Bien que j'ai pu observer leur présence dans les librairies, les domiciles et sur la toile, je ne les ai que très peu exploités dans le présent travail car les femmes rencontrées dans mon enquête m'ont peu fait cas de leur utilisation, contrairement à la littérature centrée sur le bien-être précédemment évoquée. Certaines jeunes mères se rassuraient de posséder un manuel de périnatalité sans pour autant vraiment en faire usage.

Les sciences humaines et sociales ont peu travaillé sur la production des médias et la réception par les individus de leurs messages concernant les savoirs de santé, et moins encore lorsqu'il s'agit de « médecines populaires » et de soins profanes ou domestiques, dont on peut soupçonner qu'ils sont prioritairement destinés à un public féminin. Les trois libraires que j'ai interrogés en Médoc à propos de leurs ventes dans les rayons qu'ils avaient eux-mêmes (ou sur conseil des éditeurs) consacrés au « bien-être », à la « santé », aux « médecines douces », « au développement personnel » et à l'« ésotérisme » rencontrent un réel succès auprès d'une clientèle féminine, généralement âgée d'au moins 30 à 35 ans. Le caractère genré de ces médias transparaît également dans les magazines qui affichent expressément leur appartenance à la presse féminine, soit par leurs titres et sujets (mode, beauté, déco), soit par leurs images et publicités mettant en scène des photographies de femmes, mannequins ou dames célèbres, des produits de beauté et des vêtements à la mode. Les émissions radiophoniques et télévisées semblent davantage uniformisées du point de vue du genre lorsqu'il s'agit de débattre de l'efficacité ou non des médecines douces, mais s'adressent bien aux femmes lorsqu'il s'agit de mettre en scène « les remèdes de grand-mères », lesquels sont généralement présentés par des présentatrices et des invitées de sexe féminin, sur des plateaux télévisés où peuvent parfois être reconstitués des intérieurs domestiques pour l'occasion. Enfin, les sites internet diffusent des techniques de soins et astuces réalisables chez soi sans formation particulière et avec les produits déjà présents à la maison ou tombés en désuétude et donc à réintroduire dans les espaces ménagers (légumes, aromatiques, vinaigre blanc, bicarbonate de soude, savon noir...). Ces techniques de soins concernent la vie familiale en général. Les soins aux maux de femmes concernent le plus souvent ceux des âges de la vie, notamment autour de la grossesse. Toutefois, des sites de vulgarisation médicale, de prévention sanitaire mais aussi des blogs et forums, s'apparentant au courrier du cœur de la presse féminine des années 1950 [Sullerot, 1963], permettent de demander et d'écrire l'indicible et d'obtenir des conseils personnalisés susceptibles de satisfaire les besoins d'information du plus grand nombre.

Le rôle soignant des femmes dans l'espace domestique a été, nous l'avons vu, assez bien étudié en sciences humaines et sociales. En revanche, peu de travaux croisant le genre et les médias se sont penchés sur les effets sur les femmes de la réception des médias portant sur les soins domestiques qui leur sont destinés. Les recherches dans ce champ se sont surtout focalisées sur l'apparition ou non des minorités sexuelles et ethno-raciales à la télévision [Macé, 2007] et sur les questions de réification des normes de

genre dans le contenu des médias en se focalisant surtout sur les représentations du corps féminin valorisant des canons de beauté jeunes et filiformes [Chabrol, Oprescu, 2010 ; Marillonnet, 2012] et sur celles exacerbant les qualités de la femme à la fois épouse, mère, salariée et gérante du foyer [Cosnier, 2009], ce que par ailleurs la presse féministe s'emploie à dénoncer de façon parfois radicale. L'ouvrage collectif dirigé par Hélène Eck et Claire Blandin [2010] nuance les reproches fait à la presse féminine par les progressistes qui y voient un moyen de maintien de la division sociale et hiérarchique des sexes et ceux énoncés par les conservateurs qui regrettent la futilité des propos tenus et la décrédibilisation des rôles féminins. Les auteurs montrent plutôt la complexité actuelle de cette presse qui a dû renouveler ses approches et qui s'adresse aujourd'hui aux femmes en tant que sujets en quête d'une certaine autonomie et d'égalité avec les hommes.

Je ne ferai pas ici une étude détaillée de la production des médias sur les soins domestiques et de leur réception par leur public féminin, analyse qui aurait nécessité un travail d'enquête et de recueil de données plus approfondis sur le sujet. J'insisterai donc sur les thèmes abordés dans les supports médiatiques qui m'ont été donnés de voir ou conseillés sur le terrain au gré de mon observation flottante ou de mes entretiens avec les femmes et les thérapeutes, mais également ceux qui bénéficient d'une diffusion publique locale et nationale, comme autant de sources d'informations et de savoirs disponibles dans le cadre privé du foyer.

Magazines féminins

La presse féminine se donne facilement à voir du fait de la publicité dont elle fait l'objet, de son faible coût et du caractère éphémère de chaque numéro qui invite facilement à le faire circuler de main en main. Elle (doit) procure(r) à ses lectrices la sensation d'appartenir à une actualité « en train de se faire » ainsi qu'un moment de divertissement. Ce dernier point est d'ailleurs caractéristique de la presse féminine depuis ses débuts au XIX^e siècle dont le *photoroman* (abandonné dans les années 1970) et l'horoscope restent emblématiques. L'absence fréquente de sujets de politique et d'économie, plus « sérieux », au profit de pages réservées à la publicité pour la mode, les soins de beauté et la décoration permettent des évasions imaginaires dans l'univers du luxe et de la beauté éternelle, tandis que les astuces sur les arts ménagers et le courrier du cœur ramènent les lectrices au réalisme [Sullerot, 1963]. L'absence de « sujets sérieux » a été palliée par la naissance d'autres journaux ou l'apparition d'articles plus ou moins féministes, ce qui n'a pas été sans créer du débat dans l'analyse sociologique de leurs contenus: concernant les magazines Femina ou Marie-Claire, journaux nationalement connus depuis plus de 70 ans, Colette Cosnier dénonce le parti-pris de s'adresser à une tranche aisée et protégée de femmes à qui l'on rappelle leur rôle social en évoquant trop trivialement et sans le défendre le « féminisme des autres » (les pauvres, les femmes étrangères, dans d'autres pays) alors vu comme un exotisme, et en

traitant des femmes célèbres parvenues à des postes importants historiquement réservés aux hommes (politiciennes, médecins, journalistes...) au prisme des qualités traditionnellement associées aux femmes (leur douceur et leur sensibilité plutôt que leur poigne, leur intuition plutôt que leurs capacités intellectuelles, etc.). Pour Lenard Berlanstein au contraire, *Femina* est résolument un magazine féministe:

“No article in *Femina* dared to challenge directly the traditional “truth” that women’s place was in the home. Instead, the columnists simply ignored the conservative ideal. Addressing women” rather than “housewives” or “mothers,” the magazine almost never portrayed women serving as guardians of the household. Instead, women received publicity playing tennis, hunting, climbing mountains, pursuing foreign adventures, driving automobiles or flying airplanes, acting on stage, attending lectures at the Sorbonne, or working in traditionally male careers. Charitable activities, an accepted diversion for women outside the home, received a modicum of coverage, but the emphasis was far and away on the stereotype-breaking pursuits. The only photographs and essays that placed women at home put them in their studies, where they were preoccupied with writing or composing. The implicit message in *Femina*’s columns was that women’s achievements outside the home were not just a theoretical possibility; they were already a daily reality. The magazine asked its readers to admire the accomplishments of their sisters, whether on the race track or in the university examination room, and even to take them as models of modern womanhood. [Berlanstein, 2007:631]

Pour Lenard Berlanstein, la presse féminine est émancipatrice en ce qu’elle constitue un guide plus ou moins suivi des pratiques féminines, élaboré en fonction de la demande sociale dans la mesure où cette presse est soumise aux lois du marché et de la consommation de masse. Ainsi, il serait contre-productif de publier des articles allant à l’encontre des valeurs actuelles prônant la réalisation individuelle et l’égalité entre les sexes.

Aujourd’hui, la santé s’immisce régulièrement dans la presse féminine tantôt dans le cadre des “sujets sérieux”, notamment lorsqu’il s’agit de biomédecine, ou dans des rubriques consacrés aux arts ménagers et au bien-être, auxquelles on a l’habitude de conférer une moins grande crédibilité et un penchant pour le divertissement. Contrairement aux autres sujets récurrents dans les magazines pour femmes, cette place occupée par la santé se trouve peu questionnée, que ce soit pour en dénoncer les effets sur la réification du rôle de la femme soignante à la maison ou pour en affirmer les vertus émancipatrices, via une meilleure appropriation de leur santé par les femmes elles-mêmes.

J'ai recueilli ou directement acheté des magazines de ce type que je livre ici selon une classification thématique des sujets abordés afin de nous familiariser avec cette source de savoirs en santé et de techniques de soins domestiques.

La quasi-totalité des magazines présentés possèdent également des sites internet proposant des compléments d'informations et tentant de pallier ainsi à la chute présumée des ventes des revues imprimées face à l'explosion du numérique et des NTIC. La presse devient plus interactive, y compris dans le champ de la santé.

Le bien-vivre au naturel dans la presse féminine

Cette tendance est visible dans une presse féminine relativement coûteuse destinée à une certaine catégorie de femmes soucieuses d'elles-mêmes, plutôt urbaines et s'intéressant aux domaines du bien-vivre, du « bien-être », du « développement personnel » et à l'écologie. Usant de codes marketing élaborés et modernes, coûtant près de 5 euros l'unité, les magazines *Clés-Retrouver du sens* et plus récemment *Simple things* entendent aller au-delà de la proposition de conseils et de remèdes en revisitant le concept de bien vivre présent dans *Vivre en Harmonie*, présenté plus haut. C'est tout une réflexion sur le bien-être et un « way of life » qui est proposé avec une profusion d'images très travaillées. *Simple things* réinvente un mode de vie au fil de ses pages, celui du « retour à la nature » de la jeune femme bourgeoise bohème, travaillant à son bien-être par le biais de petites escapades à la campagne, d'une décoration intérieure épurée avec des matériaux naturels, d'une consommation raisonnée des produits de saisons et du recours à la psychologie ainsi qu'aux médecines douces et alternatives [Encadré 22]. Dans ces magazines, la diffusion de savoirs thérapeutiques n'est pas directe mais transparait par la recherche proposée du sens de la vie présent en chaque individu et atteignable grâce à des pratiques jugées plus « cohérentes » et « plus saines », car tournées vers la nature qui nous entoure et que les individus incarnent en chacun d'eux.

Encadré 22 : Couvertures des magazines *Clés* et *Simple things*



Entre magazine féminin et revendications écologiques, *Biomood* se définit comme une « revue éco-pratique » pour les jeunes femmes, proposant des recettes de beauté et de cuisine à fabriquer chez soi, des remèdes aux huiles essentielles et des articles militants en faveur de l'écologie, notamment autour de l'alimentation (cuisine végétarienne, choix des produits responsables...), les cosmétiques (promotion des produits plus naturels et biologiques, ne recourant pas aux produits ni aux tests sur les animaux...). [Encadré 23]. Dans le deuxième numéro présenté dans l'encadré ci-dessous, un article examine originalement l'impact écologique de protections hygiéniques utilisées ordinairement par les françaises : tampons et serviettes hygiéniques sont les plus utilisées, devant les coupes menstruelles peu connues, et utilisent pour la plupart du coton OGM et des agents chimiques dans leur fabrication et génèrent des déchets importants.

Encadré 23 : Couvertures de la revue *Biomood*



Proposant également des échappées hors du temps ordinaire, l'art thérapie s'invite avec succès et de façon innovante dans les librairies françaises par le biais de cahiers de coloriages pour adultes, supposés permettre des temps créatifs apaisants, comme des retours rassurants vers l'enfance. Les motifs varient du jardin féérique aux mandalas sophistiqués, en passant par les animaux fabuleux ou ordinaires et les mosaïques des palais d'orient, stimulant l'imagination en même temps que permettant un moment méditatif bienfaiteur.

Encadré 24 : Couvertures choisies du magazine gratuit Biocontact, parues entre 2005 et 2015



Le succès de la presse féminine sur les soins non conventionnels a amené, semble-t-il, une reconsidération de ces sujets qui font de l'audimat au sein des journaux et magazines dits « de société » destinés à un public mixte de classe moyenne et traitant de façon vulgarisée les événements politiques, économiques et sociaux majeurs. Ainsi l'encadré suivant témoigne encore de la diffusion grandissante d'informations sur ce sujet, en réponse à un engouement croissant de la population française pour ses méthodes.

Encadré 25 : Couvertures du Nouvel observateur, consacrant des dossiers aux soins domestiques et non conventionnels, numéros de janvier 2013 et ?



A l'instar des autres médias en effet, la valorisation des médecines naturelles, le retour à la nature, le rejet des médicaments et l'engouement pour les remèdes d'antan n'ont pas échappés aux entrepreneurs du net. L'encadré suivant propose quelques extraits de sites où il est possible d'effectuer une recherche instantanée de « remèdes de grands-mères », expression choisie par ces sociétés pour son ancrage traditionnel dans le langage populaire et qui crée un effet «de décalage tendance » en étant utilisée sur un support technologique moderne et sophistiqué. L'un des sites illustrés ici va jusqu'à s'appeler « Grands-mamans.com » et use d'un graphisme travaillé par des infographistes aguerris aux techniques de communication. Le site AromaZone s'est lui spécialisé dans la vente de produits naturels à base de plantes et de minéraux proposés sous la forme d'ingrédients à mélanger soi-même chez soi selon des recettes expliquées sur le site afin de confectionner à la maison différents remèdes et soins de beauté. Plus besoin d'un jardin aromatique chez soi quand on peut commander et être livrée à la maison pour (re)découvrant les savoirs et techniques (anciens et nouveaux) des médecines et cosmétiques par les plantes.

Versée sur l'ésotérisme, *Inexploré* est une revue de publication nationale qui mise sur les savoirs non prouvés et le champ des croyances et de la spiritualité, proposant des interviews de scientifiques comme de guérisseurs populaires, de psychologues comme de moines bouddhistes. Moins souvent cité par mes interlocutrices, ce magazine m'a notamment été conseillé par deux thérapeutes non conventionnels avant de voir des affiches publicitaires dans les kiosques à journaux bordelais [Encadré 26]. Les couvertures présentées dans l'encadré suivant interpellent le lecteur sur les possibilités de se soigner autrement, par les guérisseurs notamment ou par la pratique de la méditation, susceptible de « changer la réalité » de chacun.

Encadré 26: Couvertures de Inexploré

Source : numéros de juil-août-sept.2012 et avril-mai-juin 2013



Émissions Radio-TV

La démocratisation dont font l'objet par le biais de la presse et des livres les « médecines douces » et les diverses théories du « bien-être » se concrétise également via des émissions de radio et de télévision destinées à un large public. En France, les télévisions sont présentes dans presque tous les foyers, et si les postes radios y ont parfois disparu, ils font aujourd'hui partie de l'équipement basique des voitures ou se font entendre via internet ou les smartphones. Le sociologue Jean Cazeneuve constate que la radio et la télévision sont devenus en à peine un demi-siècle, d'incontournables moyens de communications à destination des populations dans leur ensemble, et été appelées à cet égard par les sociologues américains *massmedias* (médias des masses) :

« De ce point de vue, l'événement le plus remarquable dans nos civilisations est incontestablement l'expansion des techniques audiovisuelles, et plus particulièrement de la radio et de la télévision. (...) D'abord, le message oral transmis par les ondes place son auteur dans des conditions très différentes de celles où se trouvent le conférencier et le professeur (...) Dans le cas de la télécommunication sans fil, le rapport entre l'émetteur et le récepteur est à sens unique, et le premier ne connaît pas le second, à moins qu'il n'ait sur lui, au moyen des sondages d'opinion ou du courrier, quelques renseignements indirects, fragmentés et différés. Il y a, de plus, une différence qui s'applique également à la comparaison avec le cinéma : c'est que le public de la radio et de la télévision est dispersé. (...) En fait, la réception du message radiodiffusé ou télévisé est presque totalement ou tend à être radicalement individuelle ou familiale. Le poste récepteur est surtout un appareil que l'on a chez soi, que l'on fait fonctionner quand on le désire, sans se déranger, en choisissant même, quand cela est possible, le programme que l'on préfère. Enfin, contrairement à la plupart des modes de diffusion, celui qui procède par les ondes supprime les obstacles du temps et de l'espace ; il est instantané et omniprésent. » [Cazeneuve, 2003 (1962) : 61]

Si Jean Cazeneuve fait remarquer la relation étrange entre émetteurs et récepteurs des contenus audiovisuels, les premiers ne connaissant pas les seconds, Pierre Bourdieu [1996] insiste lui sur les « conditions strictes » qui encadrent et censurent la production médiatique, notamment en termes du choix des sujets traités (qui doivent attirer le plus grand nombre sans porter préjudice aux grands industriels propriétaires de ces mêmes médias), des personnes qui les traitent (Jean Cazeneuve parlait de « vedettisation » de certains animateurs et journalistes, meilleurs à produire de l'audimat que des spécialistes moins habitués à la pratique médiatique), de leurs mises en scène et du temps d'antenne qui leurs sont accordés. Pour Bourdieu, le travail journalistique

s'accommode de cette censure et reproduit continuellement cette violence symbolique qui s'exerce pourtant d'abord sur les journalistes eux-mêmes. Ces derniers se doivent de sélectionner le sensationnel, d'y apporter une dimension dramatique et de créer un effet de réel. En ce sens, le sociologue affirme que la télévision est « un instrument de création de la réalité » puisqu'elle s'emploie à « créer une image » de la réalité selon ses propres codes mais qui puisse être interprétée par les téléspectateurs comme la réalité « vraie ». L'effet est renforcé par le fait que les journalistes s'inspirent les uns des autres quant aux choix de leurs sujets qui doivent en même temps répondre à la question économique de l'audimat : du côté du public, le fait qu'une même information se trouve soudain traitée simultanément par des chaînes différentes le pousse à surinterpréter son importance et à en négliger d'autres qui paraissent alors secondaires.

Ces quelques précisions semblent utiles pour comprendre l'apparition régulière depuis quelques années d'émissions culturelles sur la santé, sur les soins profanes et les « médecines douces », soit pour en vanter les mérites ou en raviver la mémoire, soit pour en dénoncer l'inefficacité.

Les médias constituant aujourd'hui une large source de diffusion de connaissances en matière de soins domestiques, les « remèdes de grands-mères » apparaissent régulièrement dans trois émissions grand-public sur la santé (*Le journal de la santé*, *Allo docteurs*, *Enquête de santé*), de même que dans des programmes radiophoniques ou télévisés qui ne sont pas d'ordinaire consacrés à ce domaine, comme les chroniques radio « *Conso et bien-être* » sur Europe 1 ou l'émission de divertissement journalistique *C'est au programme !* consacrée au bien-vivre et à la vie quotidienne, particulièrement destinée à un public féminin [Encadré 27]. Les « remèdes de grands-mères » deviennent alors un slogan presque « branché » et le signe d'un programme dans l'air du temps. On y parle successivement des remèdes « contre les troubles du sommeil », « pour avoir de beaux pieds », « contre la cystite », « pour soulager les jambes lourdes », « pour retrouver la forme », « pour digérer » comme autant d'astuces que l'on peut aisément s'approprier et dont la dimension traditionnelle garantit les bienfaits. L'attitude valorisée par les chroniqueurs consiste en l'acquisition d'aptitude à se saisir de ces thérapeutiques oubliées et de les réactualiser pour soi et pour sa famille, de façon autonome et pertinente, pour tout ce qui concerne les petits maux du quotidien, comme le rhume, les faibles fièvres, les difficultés à digérer, le manque de tonus... En filigrane apparaît l'idée que le recours au médecin n'est pas toujours nécessaire et qu'il est facile, pertinent, voire avant-gardiste de s'en référer aux remèdes traditionnels populaires.

Encadré 27 : Extraits d'émissions audiovisuelles consacrées aux remèdes de grands-mères sur des médias nationaux entre 2012 et 2015.



Extrait de l'émission *Allo Docteurs* présentée sur la chaîne télé France 5 par les médecins Michel Cymes et Marina Carrère d'Encausse, diffusée en décembre 2012.



Extrait de l'émission présentée par Isabelle Quenin, chroniqueuse Santé/Conso/Bien-Etre sur la radio Europe 1, le 3 nov.2015.



Extrait de l'émission présentée sur la chaîne France 2 par Sophie Davant le 3 nov.2014, et du blog associé à l'émission permettant une interactivité avec les

La place du livre

Les conseils reçus de mes interlocutrices sur les magazines sont allés de pair avec leurs recommandations pour les livres qu'elles avaient lus et qui avaient compté pour elles. D'un point de vue réflexif, il s'agit de comprendre qu'elles tentaient ainsi de m'octroyer leur aide pour mon travail de recherche mais qu'elles m'incluaient également dans un cercle d'échanges entre femmes partageant des intérêts communs pour la santé, le bien-être et la spiritualité, et pour certaines pour un mode de vie tourné vers l'autonomie

dans la gestion des maux de la famille. Le livre, en plus d'être une source de savoirs précis, stables dans le temps et mobilisables à tout moment, possède la caractéristique de rappeler aux personnes les souvenirs d'évènements en ayant nécessité l'usage. Moins éphémère que le magazine, le livre procure davantage un sentiment de continuité et possède par ailleurs la faculté de rendre plus « vrais » ou plus « sérieux » le discours qu'il contient.

L'Internet pratique

Les sites ci-dessous sont plus ou moins spécialisés dans les domaines des « médecines douces » et des soins domestiques, particulièrement « les remèdes de grands-mères » et autres recettes populaires visant à soigner ou guérir. Le site AromaZone vend des produits à base de plantes et explique comment les transformer soi-même en remèdes et en soins de beauté.

Encadré 28: Extraits choisis des sites *Mediste*, *Grands-mamans.com* et *AromaZone*, le 02/12/2015.

The image displays three screenshots of websites. The top-left screenshot is from 'Remèdes de Grand-Mère', showing a search bar and a list of remedies under the category 'Santé', with a featured article on 'Grossesse et vomissements'. The top-right screenshot is from 'Mediste', featuring a search bar and a 'DICTIONNAIRE DES REMÈDES DE GRAND-MÈRE' section with an image of a mortar and pestle. The bottom-left screenshot is from 'Grands-mamans.com', showing a 'Maladies/Alergies' section with articles on '5 remèdes contre l'arthrose' and '5 aliments contre le cholestérol'. The bottom-right screenshot is from 'AROMA ZONE', displaying a festive holiday-themed page with 'PLUS DE 100 IDEES CADEAUX POUR UN NOEL 100% NATURE!' and various product listings.

Annexe n°9 : « Otra vez, mais avec quelqu'un hablar frances »

OBSERVATION ETHNOGRAPHIQUE TIRÉE DU RAPPORT MEDOCÏRESP [KOTOBI, JACQUES ET AL, 2013 : 101]

Maria-Fernanda, 46 ans, séparée, 2 enfants, espagnole, apparemment issue de la communauté des gens du voyage, carte d'assurée sociale espagnole.

Lors d'une observation en salle d'attente du CPEF de la MDSI Alpha, deux des anthropologues font la rencontre de Maria Fernanda, venue sans rendez-vous sur les conseils de sa sœur résidant dans la commune. Au moment d'être reçue par la conseillère conjugale pour l'entretien préalable à la consultation gynécologique, les professionnelles de santé sont mises en difficulté par le fait que Maria-Fernanda ne parle qu'espagnol et ne comprend pas le français. Or ni l'une ni l'autre n'est hispanophone. L'une des anthropologues se propose de faire la traduction, ce qui est aisément accepté sans que cela ne pose de problème de « secret médical ». Maria-Fernanda paraît soulagée de voir que quelqu'un peut la traduire.. Elle s'empresse d'expliquer, dans un large sourire, qu'elle pense être enceinte et qu'elle voudrait voir le médecin. La conseillère conjugale lui propose de remplir un dossier alors qu'elle inscrit le rendez-vous sur l'agenda de la matinée (signifiant que Maria Fernanda allait pouvoir être reçue par la gynécologue sans rendez-vous).

La conseillère conjugale paraît sensible au fait de s'adresser directement à cette femme malgré la barrière de la langue que l'enquêtrice tente d'atténuer. Maria explique ne plus avoir ses règles depuis 2 à 4 mois (elle ne sait plus vraiment), elle a des montées de lait et a pris du poids. Elle pense être enceinte et souhaite garder le bébé. Elle a déjà fait une analyse de sang : le résultat était négatif mais elle pense que l'analyse n'a pas fonctionné et qu'elle est assurément enceinte. Elle ne prend aucun traitement médical, ni contraception et a déjà deux enfants. Elle fait en sorte de ne pas donner sa nouvelle adresse ni son numéro de téléphone à la conseillère conjugale en feignant de les avoir oubliés, puis les confiera plus tard à l'anthropologue, devant l'entrée de la MDSI.

Le Dr Dauphinet, gynécologue, frappe à la porte et l'ouvre immédiatement après, coupant la conversation. La conseillère conjugale lui propose les services de traduction de la chercheuse en disant « la jeune fille est d'accord pour traduire si vous ne parlez pas l'espagnol ». Le médecin acquiesce, ne laissant pas à l'enquêtrice le soin de se présenter alors qu'elles se voient pour la première fois.

Dr Dauphinet s'assoit derrière le bureau, Dr Panaux, généraliste ayant acquis une spécialité en gynécologie est assise à côté d'elle pour son premier jour dans ce service. Elles invitent Maria-Fernanda à s'asseoir sur l'unique chaise. Dr Panaux propose à l'anthropologue un tabouret mais est coupée dans son élan par sa collègue qui déclare : « Elle peut rester debout, ça va pas durer longtemps ». La chercheuse décide de s'accroupir pour se mettre à la même hauteur que ses interlocutrices. Maria-Fernanda lui lance un regard qui l'incite à prendre la parole à sa place et à expliquer aux deux médecins l'objet de la visite de cette femme en reprenant les éléments

d'informations exposés quelques minutes plus tôt. Dr Dauphinet lance sans regarder la patiente : « Ben c'est la ménopause qui arrive ». L'anthropologue- interprète improvisée ne sachant pas traduire ce mot en castillan tente alors une explication : « Su cuerpo de mujer esta cambiando. Las hormonas funcionan diferentemente. Por eso, no pierde sangre cada mes. » (Votre corps de femme change. Les hormones fonctionnent différemment. C'est pour ça que vous ne perdez pas de sang chaque mois). Dr Dauphinet lui coupe la parole : « Je crois qu'elle va pas comprendre ». Maria répond : « No son las hormonas. Tengo leche. Engordo de la barriga » (C'est pas les hormones. J'ai du lait. Je grossis du ventre.).

Dr Dauphinet fait sortir l'anthropologue alors qu'elle va examiner la patiente, puis la rappelle quelques minutes après car elle veut que Maria effectue dès maintenant un test de grossesse (urinaire) mais ne sait pas comment lui expliquer. Les deux femmes accompagnent Maria-Fernanda aux toilettes ; Dr Dauphinet répète désormais chaque mot prononcé par l'anthropologue: « Hace pipí aquí » (Faites pipi ici) continue-t-elle en montrant l'extrémité du bâtonnet en plastique.

Quand la patiente revient lui donner le test, celui-ci apparaît négatif. L'anthropologue lui annonce le résultat qui semble vraiment l'agacer. Dr Dauphinet tente des explications hasardeuses en espagnol qui ne vont pas sans accentuer l'agacement de Maria-Fernanda. « No bebe » (pas bébé) répète le médecin cherchant dans les yeux de Maria un signe de compréhension. Puis elle se tourne vers la chercheuse, lui donne un petit bocal et les deux feuilles, la jaune et la blanche, et lui dit : « elle doit aller faire une prise de sang dans un laboratoire d'analyse (elle me montre la feuille blanche). Ca (la feuille jaune et le bocal), c'est parce que je lui ai fait un frottis, comme elle n'est pas suivie on dirait, c'est pour faire du dépistage, chlamydia, cancer du col... Elle n'aura rien à payer.». L'ethnologue traduit et Dr Dauphinet continue à répéter comme en écho les mots qui lui semblent importants : « Analisis laboratorio » « Sin pagar » (analyses laboratoire) (sans payer). Elle ne laisse pas pour autant le temps à l'interprète de finir la traduction alors que celle-ci s'aperçoit que Maria n'a pas compris pourquoi on lui a effectué un frottis si ce n'est pas parce qu'elle est enceinte. Dr Dauphinet reprend les rênes de la conversation en disant « qu'elle revienne à une autre permanence. Mais avec quelqu'un qui parle français ». Elle ouvre la porte du cabinet et invite les deux femmes à retourner en salle d'attente où se finit la traduction de ces dernières phrases. Dr Dauphinet poursuit l'habitude prise à répéter les mots espagnols mais cette fois-ci au beau milieu de la salle d'attente « Otra vez (Autre fois), mais avec quelqu'un hablar frances (parler français)».

Le bureau de la conseillère conjugale est libre. Celle-ci explique que les résultats du laboratoire d'analyses sont directement transmis au centre de planification. Maria-Fernanda ne reprend pas de rendez-vous et dit qu'elle reviendra un vendredi dès qu'elle aura les résultats. Elle demande à l'ethnologue si elle est présente sur les lieux à toutes les permanences du CPEF et lui prends son numéro de téléphone en cas de besoin. Elle lui a aussi indiqué où elle habite, en précisant qu'elle n'est là que pendant les vendanges.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
SIGLES ET ACRONYMES	6
INTRODUCTION	9
A. Genèse de cette étude	9
A.1. Un intérêt marqué pour les enjeux de santé au féminin entre vécu des maux et recours aux soins	9
A.2. Une participation à un programme de recherche en Médoc	16
A.3. Une enquête hors des sentiers battus	19
B. Problématique, hypothèses de la recherche et cadrage théorique	24
B.1. Interroger localement le pluralisme thérapeutique dans le domaine des maux de femmes	24
B.2. Points méthodologiques et éthiques	26
B.3. Une anthropologie des soins pluriels	30
B.3.1. Les itinéraires thérapeutiques, une approche centrale en anthropologie de la maladie	30
B.3.2. Définir le(s) soin(s)	32
B.3.2.1. Les soins domestiques	34
B.3.2.2. Les soins dans le monde biomédical	35
B.3.2.3. Les soins non conventionnels	37
B.3.3. Vers une reconnaissance du pluralisme thérapeutique	41
B.4. La santé dans la construction des identités féminines	45
C. Organisation de la thèse	52

PARTIE I. Identités médocaines et enjeux de santé au féminin 54

Chapitre 1. L'entité Médoc et les identités médocaines 54

1.1. Les contours changeants de l'entité « Médoc » : un focus sur la santé.....	56
1.1.1. Différentes identifications institutionnelles	56
1.1.1.1. De quel Médoc parle-t-on ?	56
1.1.1.2. Le Médoc comme pays	60
1.1.2. Des formes identitaires spécifiques dans le champ de la santé	65
1.1.2.1. État des lieux choisis de la population médocaine	65
Quelques indicateurs socio-économiques.....	65
Quelques indicateurs de santé.....	67
1.1.2.2. L'organisation de la santé et du social en Médoc.....	69
Le système de santé français : des politiques nationales, une mise en œuvre régionalisée	69
La Plateforme santé du Pays Médoc et le réseau SMS: coordonner la santé au niveau local	72
1.1.2.3. Le Médoc, un désert médical ?	74
La France en alerte face à la désertification médicale	74
Une répartition inégale des professionnels en France plus que d'un manque d'effectif	77
Le Médoc déserté par les médecins ?	79
Un plan d'action à plusieurs échelles	81
1.2. Images du Médoc, entre bien-vivre et archaïsme	83
1.2.1. Une identité culturelle tournée vers le bien-vivre	83
1.2.1.1. Une terre au milieu des eaux : contraintes géographiques et arguments touristiques.....	84
1.2.1.2. Le tourisme balnéaire, les surfeurs et les naturistes en Médoc	88
1.2.1.3. La valorisation de l'art de vivre au « naturel » en médoc: vers un tourisme « culturel »	92
1.2.1.4. Vivre «retiré du monde » au « rythme de la nature », un argument attractif.....	96
1.2.2. Sauvagerie et archaïsme : une stigmatisation forte	99

1.2.2.1. Quand les bordelais parlent du Médoc	99
1.2.2.2. La « sauvagerie médocaine » ou l’empreinte évolutionniste	101
La « sauvagerie » des médocains	102
1.2.2.3. L’archétype du paysan comme héritage du folklore	106
1.2.2.4. De l’autarcie des médocains	109
1.3. Qu’est-ce qu’être médocain ? Un éventail d’appartenances	114
1.3.1. Des caractéristiques culturelles surexposées ?.....	114
1.3.2. Un régionalisme mitigé, une mosaïque culturelle à valoriser	121
1.3.3. L’autochtonie et l’exclusion.....	125
Conclusion du chapitre 1	129
Chapitre 2. Façons de dire et façons de taire	132
2.1. De la confiance	132
2.1.1. Paroles et silences de femmes	132
2.1.2. A la rencontre des femmes	133
2.1.3. Faire parler des maux de femmes.....	135
2.2. Ne pas trouver les mots	136
2.2.1. Quand les lacunes du langage montrent ce que cache le social	137
2.2.1.1. Les cris et silences de l’enfantement	137
2.2.1.2. Des douleurs difficiles à décrire	147
2.2.2. Quand les mots ravivent la souffrance	150
2.2.3. Quand les maux sont invisibles et silencieux.....	152
2.3. Maux tabous	153
2.3.1. Impures et impudiques affections	153
2.3.1.1. Un secret bien gardé	153
Savoir avant ou pas, en parler ou pas	154
« Comment Marjorie parle des règles à ses filles à la maison ».....	157
2.3.1.2. Le discret langage des arythmies et autres fluctuations	164
2.3.1.3. La banalisation des douleurs menstruelles	167
2.3.1.4. Silences sur les maladies honteuses et les maux d’amour.....	168
	544

2.3.2. L’hystérie, un stigmat latent.....	169
2.3.2.1. Les hormones, une étiologie mystérieuse.....	169
2.3.2.2. Dissimuler le stigmat hystérique.....	172
2.3.2.3. Dépression et identité incertaine.....	174
2.3.3. Des maux qui troublent les identités de genre	180
2.3.3.1. L’artifice esthétique, masque du corps meurtri	180
2.3.3.2. Occulter les maux qui troublent le genre	185
2.4. Maux illégitimes	188
Conclusion du chapitre 2	190
PARTIE II. Les soins de « santé sexuelle et reproductive » en Médoc.....	192
Chapitre 3. Une pluralité de professionnels de santé pour des soins ciblés	192
3.1. Le domaine particulier de la santé sexuelle et reproductive : entre santé, social et droit.....	193
3.1.1. Aux prémices d’un projet de coordination territoriale.....	193
3.1.1.1. Les enjeux de pouvoir liés à la médicalisation du social.....	195
3.1.1.2. La santé des femmes en France, des droits entre contrôle et libéralisation	201
Les débuts d’une gestion étatique de la sexualité et de la procréation des femmes.....	201
Féminisme d’après-guerre et enjeux de la médicalisation.....	204
3.1.1.3. Des définitions internationales qui font référence, des droits difficiles à garantir	209
3.2. La pluralité des acteurs de la SSR	213
3.2.1. Les acteurs de la SSR : des professionnels aux profils complexes	214
3.2.1.1. Le projet GNS, une prise en charge pensée à plusieurs niveaux	214
3.2.1.2. Des logiques professionnelles variées	217
3.2.1.3. Une offre de soins aux contours flous, entre spécialité et transversalité	218
3.2.2. Les praticiens de soins non conventionnels non officiellement reconnus	220
3.2.3. Les « jeunes du Médoc », perçus comme des bénéficiaires plus que des acteurs de la SSR.....	224

3.3. L'expérience d'un projet de réseau local, un reflet des orientations de la SSR en contexte de désertification médicale.....	225
3.3.1. Les orientations de la SSR : thèmes, populations et prévention	225
3.3.1.1. Thèmes et populations ciblées de la SSR	225
Des thèmes propices à l'exercice de la biopolitique.....	226
Les populations cibles, objets de représentations sociales	227
3.3.1.1. Risque, prévention et normalisation	231
L'expérience d'une séance d'éducation à la sexuelle et affective en CPEF destinée aux jeunes	231
La sexualité et la planification familiale : un apprentissage de la prévention des risques.....	234
Vers une normalisation des conduites sexuelles et procréatives	235
3.3.2. La formation et le « maillage » pour lutter contre la désertification.....	237
3.3.2.1. La formation et l'information face à la désertification.....	238
3.3.2.2. Le « maillage » territorial comme stratégie ?.....	241
Conclusion du Chapitre 3	246
Chapitre 4. Des logiques de recours entre normalisation et négociation	249
4.1. Rites, urgences, débrouille et tactiques	249
4.1.1. Logiques rituelles et logiques d'urgences	250
4.1.1.1. Les soins de SSR, marqueurs des âges de la vie	250
La première prescription contraceptive, une entrée symbolique dans l'âge de la vie sexuelle.....	250
Le recours systématique aux soins de SSR pendant la grossesse et à l'accouchement.....	254
Des campagnes de dépistages à la fin de la vie féconde	256
4.1.1.2. Problèmes graves et situations d'urgences	257
La recherche d'un diagnostic perçu comme sûr et d'une efficacité reconnue	258
L'IVG, un recours urgent et médicalisé	260
4.1.2. Les logiques de débrouille pour accéder aux soins	262
4.1.2.1. Quand les femmes racontent leur accès aux soins sur la presqu'île	263

« A Bordeaux, il y a tout ! »	263
« Dans le Médoc, il y a le nécessaire... ou presque ! »	265
Une méconnaissance de l'offre existante	267
4.1.2.2. Le « système D » face aux barrières socio-économiques, géographiques et culturelles	268
Une organisation des soins optimisée.....	268
Les échanges de « bons tuyaux » et de services	268
L'interprétariat improvisé.....	269
4.1.3. Des tactiques pour s'approprier une offre de soins normée et normative ..	270
4.1.3.1 Une appropriation des services de soins : le cas d'un CPEF.....	271
« La logique de groupe des adolescentes du lycée » déstabilisant l'organisation du travail.....	273
Le groupe des « marocaines », une occupation collective et signifiante du lieu de soins	274
4.1.3.2. Une exigence de soins nuanciant l'exercice d'un biopouvoir ?	276
Une demande de soins obstinée	276
Le recours à un autre médecin, un autre hôpital ou dans un autre pays ...	279
4.2. Logiques expertes, rebelles et sentinelles.....	282
4.2.1. L'automédication : une autonomie contrainte, incitée ou négociée.....	282
4.2.1.1. L'automédication contrainte pour des maux banalisés par les professionnels	282
4.2.1.2. La place de l'automédication dans la prévention en SSR	285
4.2.1.3. Le « dépannage de pilule » : une faveur controversée et des usages détournés.....	286
4.2.2. Des femmes rebelles ou sentinelles ?.....	289
4.2.2.1. Des expériences de soins difficiles et marquantes.....	289
L'IVG, un épisode souvent traumatique.....	290
Préférer « faire sans »	293
Une « résistance » aux campagnes de prévention en SSR	295
4.2.2.2 Des soins ajustés à un mode de vie alternatif	296
Le désir d'un accouchement moins médicalisé	297
	547

Le refus des effets non désirés de la pilule : une négociation des risques	300
Conclusion du Chapitre 4	305
PARTIE III. Des recours aux soins peu visibles	309
Chapitre 5. Des soins non conventionnels pour les maux de femmes	309
5.1. Des praticiens aux vies marquées et aux multiples savoirs de santé	310
5.1.1. Enquêter auprès des praticiens non conventionnels : invisibilités et posture	311
5.1.1.1. (In)visibilité de l'offre de soins non conventionnels	311
Suspicion de charlatanisme et de sectarisme dans la presse locale	311
Différents supports publicitaires.....	314
La « rumeur », un circuit d'information et de services privilégié	316
5.1.2.2. L'ethnologue, agnostique et affectée.....	321
5.1.2. Héros et héroïnes de l'ordinaire	322
5.1.2.1. Les praticiens non conventionnels, une catégorisation difficile.....	322
5.1.2.2. Des initiés aux arts de guérir	325
5.1.2.3. Des survivants du mal de vivre.....	335
5.1.2.4. Des rescapés de l'autre monde	339
5.1.3. Des savoirs variés et une professionnalisation de l'activité thérapeutique	341
5.1.3.1. Des constellations de savoirs et techniques de soins	341
Des savoirs non professionnels.....	342
Des savoirs professionnels.....	344
Des savoirs idiosyncratiques	345
5.1.3.2. Le thérapeutique et le spirituel intimement liés.....	346
Des thérapeutiques variées pour une conception endogène des maux	346
Une mise à distance des dogmes religieux, une sacralisation du vivant ..	348
5.1.3.3. Vers une professionnalisation de l'activité thérapeutique	351
5.2. Les soins non conventionnels aux maux de femmes : interprétations étiologiques et logiques de recours.....	354
5.2.1. Interprétations humorales, énergétiques et mythiques des maux de femmes	355
5.2.1.1. Une étiologie humorale	356

5.2.1.2. Des déséquilibres nerveux et énergétiques : le cas de l'infertilité...	358
5.2.1.3. Le recours aux symboles et mythes féminins.....	362
5.2.2. Logiques de recours aux soins non conventionnels	364
5.2.2.1. Face à l'incertain, le recours complémentaire et le dernier recours	366
5.2.2.2. Face aux tabous, des demandes parfois mieux exprimées.....	367
5.2.2.3. La quête de bien-être comme recours préventif	370
5.2.2.4. « Y croire » ou pas.....	373
Conclusion du chapitre 5	376

Chapitre 6. « Les trucs de bonnes femmes » : des savoirs et des profils contrastés ... 379

6.1. De la coutume à l'oubli ?.....	379
6.1.1. Savoirs traditionnels et pratiques populaires pour les soins aux maux de femmes.....	380
6.1.1.1. Cosmogonie traditionnelle de la santé et des maux de femmes	380
6.1.1.2. Des pratiques genrées inscrites dans le social	385
6.1.1.3. Des réseaux informels de femmes-qui-s'aident.....	387
6.1.2. Des savoirs de santé peu reconnus et des soins implicites.....	393
6.1.2.1. Des savoirs de santé entre valorisation, invisibilité et discrédit	393
6.1.2.2. Des soins implicites pour les maux de femmes.....	396
L'auto-surveillance.....	396
Ne rien prendre	397
Le repos comme soin.....	399
6.2. La revalorisation des savoirs populaires: les « femmes sentinelles » vs les « usagères occasionnelles »	400
6.2.1. La santé, mode de vie ou produit de consommation ?.....	401
6.2.1.1. La santé, partie prenante d'un mode de vie alternatif et écologique	401
L'écologie environnementale et corporelle comme mode de vie.....	401
La santé au quotidien : le cas de l'alimentation.....	404
Un mode de vie paradoxal ou novateur ?	407
6.2.2.2. Le retour des « remèdes de grands-mères »	409
La revalorisation des pratiques populaires de santé	409

Un recours motivé par la quête d'efficacité.....	412
Des pratiques d'entretien corporel et de détente	413
6.2.2. De la quête de savoirs aux identités de femmes.....	415
6.2.2.1. L'appropriation des arts de guérir	415
La cuisine des sorcières	415
Une pratique domestique de la magie.....	418
6.2.2.2 Des quêtes de soins aux quêtes de soi	424
Des lectures thérapeutiques inspirant des quêtes spirituelles	424
Une pratique autonome des soins psycho-mystiques	428
Le succès du développement personnel.....	431
6.2.1.3. Tisser la trame de sa vie de femme : le genre au prisme du souci de soi.....	435
Conclusion du Chapitre 6	441
CONCLUSION GENERALE.....	444
A. La coexistence d'une pluralité d'acteurs, de savoirs et de techniques de soins	446
B. Des logiques de recours entre conduites normées et pratiques de l'autonomie en santé	452
B.1. Logiques pragmatiques vs. logiques occasionnelles.....	452
B.2. Logiques rituelles vs. logiques rebelles	453
B.3. Logiques préventives, entre norme de santé et attitude sentinelle.....	455
C. De la réification à la réinvention des normes de genre ?.....	458
BIBLIOGRAPHIE	462
Ouvrages et articles de sciences humaines et sociales	462
Documents et rapports institutionnels	489
Filmographie	491
ANNEXES.....	492
Annexe n° 1- Récit de vie d'une femme médocaine	493

Annexe n°2 - Éléments socio-démographiques médocains	502
Annexe n°3 - Quelques chiffres sur l'état de santé de la population médocaine	507
Annexe n°4 - La territorialisation du système de santé en France.....	509
Annexe n°5 - La désertification médicale en France et en Médoc : éléments cartographiques et statistiques	515
Annexe n°6 - L'hystérie : quelques repères en histoire de la médecine.....	519
Annexe n°7 - Sorcellerie contemporaine et « maux de femmes » : une étude de cas dans la littérature anthropologique	527
Annexe n°8 - La santé au féminin dans les médias	528
TABLE DES MATIERES.....	542
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET ENCADRES.....	552

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET ENCADRES

Carte 1: Carte touristique du Médoc, ses vignobless, ses forêts, ses lacs, ses plages	8
Carte 2: Les 6 communautés de communes de l'arrondissement de Lesparre-Médoc	56
Carte 3: Les cantons Nord-Médoc et Sud-Médoc en Gironde en 2015	57
Carte 4 : Densité de population par commune en 2006 (en hab/km ²).....	58
Carte 5: On parle d'une "couloir de pauvreté" en Aquitaine.....	503
Carte 6: Population couverte par le RSA en 2009.....	504
Carte 7: Les foyers fiscaux non imposables en Médoc Source: Insee, FNAP, 2011.....	504
Carte 8: Proportions estimées d'usagers des Restos du Cœur dans la population totale des cantons girondins au 1er janvier 2009.....	505
Carte 9 : L'offre publique des transports	506
Carte 10 : Six territoires de santé en Aquitaine constitués de territoires de proximité.	513
Carte 11: Les trois secteurs d'intervention du CG33	514
Carte 12: Répartition et densité des médecins généralistes en France en 2015	515
Carte 13: Densité et répartition des gynécologues médicaux en France en 2015	515
Carte 14: Densité et répartition des gynécologues obstétriciens en France en 2015	516
Carte 15: Accessibilité à 15 minutes au médecin généraliste: territoires couverts par les soins	516
Carte 16: Les territoires couverts par les maternités au 1er janvier 2007	517
Carte 17: Densité et répartition des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres en 2013 en Médoc et en Gironde.....	518
Carte 18: Localisation des infirmiers libéraux au 1er Janvier 2009 dans le Pays Médoc	518
Figure 1 : Timbre postal édité à Soulac-sur-Mer avec le sanglier-enseigne des <i>medulli</i>	84
Figure 2 : Couverture du guide touristique « Médoc : destination presque île »	85
Figure 3 Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes.....	253
Figure 4: Population par grandes tranches d'âges dans l'arrondissement de Lesparre-Médoc en 2006 et 2011	502
Figure 5: Composition des familles dans l'arrondissement de Lesparre-Médoc en 2011.....	502
Figure 6 Acteurs, missions et échelles au sein du système de santé français	512
Tableau 1: Population de 15 ans ou plus par sexe et catégorie socioprofessionnelle en 2012	59
Tableau 2: Population de 15 à 64 ans par type d'activité dans l'arrondissement de Lesparre en 2011	503
Tableau 3: Catégories et types de logements dans l'arrondissement de Lesparre en 2006 et 2011	504
Tableau 4 : Indices comparatifs et taux de mortalité générale en Médoc, Gironde, Aquitaine et France métropolitaine	507
Tableau 5 : Répartition des femmes de quinze à quarante-cinq ans par tranches d'âge, du nombre de grossesses et de consultations sages-femmes en 2011, dans le Médoc	507
Tableau 6 : Nombre d'accouchements entre 2009 et 2011, clinique du Médoc	508
Tableau 7: IVG en Aquitaine, suivant le département où a été pratiqué l'intervention et le groupe d'âge de la femme en 2008	508
Tableau 8: Distribution des généralistes, gynécologues et pédiatres en Aquitaine, Gironde et Médoc en 2013	517

Encadré 1: Les évolutions du pays comme instance politique et administrative	61
Encadré 2: La notion de Parc Naturel Régional en France	63
Encadré 3 : Préfiguration des axes de développement dans le projet de PNR en Médoc	64
Encadré 4: Extrait de l'article L.4111-1 du code de la santé publique relatif à l'exercice de la médecine en France	69
Encadré 5 : Extrait du discours de la ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin sur la démographie médicale en 2008.....	74
Encadré 6 : Objectifs du Pacte Territoire Santé en Aquitaine	81
Encadré 7 : Extraits de l'article du quotidien français Le Monde du 07 janvier 2014, intitulé « Derrière la tempête, la menace de l'érosion du littoral ».....	86
Encadré 8 : Baigneurs sur la plage océane de Lacanau en période estivale (2010).....	88
Encadré 9 : Le week-end estival de « Soulac 1900 », son affiche en 2009 et des participants déguisés en 2011	89
Encadré 10: Naturistes au camp d'Euronat	90
Encadré 11: Le Sooruz Lacanau Pro, une compétition de surf de renommée internationale depuis 36 ans.	92
Encadré 12: Châteaux et gastronomie en Médoc.....	95
Encadré 13 : Extrait de la section « Sorciers et Sorcières » du recueil de légendes médocaines d'Alain Viaut [1981 : 85].....	103
Encadré 14 : Le droit à la santé dans le Préambule de la Constitution de l'OMS, 1946.....	196
Encadré 15: La santé sexuelle selon l'OMS, une première définition	209
Encadré 16: Le CIPD du Caire, une référence en santé reproductive	209
Encadré 17 : Des écueils dans la mise en œuvre des « droits sexuels et/ou reproductifs ».....	212
Encadré 18 : Eléments de méthodologie de l'enquête MédocIresp	214
Encadré 19 : Les acteurs de soins professionnels et institutionnels de SSR dans le Médoc	216
Encadré 20 : La progressive institutionnalisation des réseaux de santé en France	243
Encadré 21 : La prise en charge des IVG et des ITG	261
Encadré 22 : Couvertures des magazines Clés et Simple things.....	532
Encadré 23 : Couvertures de la revue Biomood.....	533
Encadré 24 : Couvertures du magazine gratuit Biocontact, parues entre 2005 et 2015.....	534
Encadré 25 : Couvertures du Nouvel observateur, consacrant des dossiers aux soins domestiques et non conventionnels.....	534
Encadré 26: Couvertures de Inexploré	535
Encadré 27 : Extraits d'émissions audiovisuelles consacrées aux remèdes de grands-mères sur des médias nationaux entre 2012 et 2015.	538
Encadré 28: Extraits choisis des sites Medisite, Grands-mamans.com et AromaZone.....	539