

**Donner de soi, donner du sens, donner à voir :
observation du « secret du feu » en Occitanie.**

Delmas Léo

Sous la direction de Laurent Legrain

Master 2 Anthropologie Sociale et Historique

Année 2020 - 2021

Remerciements :

Je tiens à remercier mes interlocuteurs qui ont accepté d'échanger avec moi durant ces deux années, pour le temps et la confiance qu'ils m'ont accordés. J'espère qu'ils trouveront dans ces pages une représentation honnête de leur pratique.

Un remerciement aussi pour l'équipe pédagogique du département d'anthropologie de l'université Jean Jaurès, en particulier à Laurent Legrain, pour son écoute et les conseils prodigués tout au long de ce travail, son aide fut précieuse.

Merci à mes relecteurs, famille et amis, pour leurs apports sur le fond et la forme de mon travail, je leur dois beaucoup.

Enfin, merci à mes amis et aux membres de ma famille avec qui je ne parlais pas d'anthropologie, rendant leur présence indispensable.

Table des matières

Introduction.....	4
Description du don du feu et de son angle d'étude :	5
Collecte des données ethnographiques :	7
Annonce du plan :	10
Chapitre I : Les guérisseurs.....	10
Introduction :	11
Partie 1 : Vignettes ethnographiques.....	11
1.1 : Un premier aperçu du don.....	12
1.2 : Un soin entre amies.....	15
1.3 : Quelques récits de vie.....	18
Partie 2 : Transmission, apprentissage et champ d'action.....	26
2.1 : secret et don.....	27
2.1.1 : Le secret en deux temps.....	27
2.1.2 : L'art de soigner.....	29
2.1.3 : Le secret, le don et le reste.....	31
2.2 : Autodidaxie et sensation.....	32
2.2.1 : Un apprentissage en autodidacte.....	32
2.2.2 : Modes d'attentions du guérisseur.....	34
2.2.3 : Une tradition comme source d'inspiration.....	39
2.3 : Que soigne le don ?.....	42
2.3.1 : Une étendue trop large pour les classifications ?.....	42
2.3.2 : Une étendue thérapeutique qui contient tout entière dans un mot.....	44
2.3.3 : Le thérapeute et son patient, des vases communicants.....	46
2.3.4 : Contraintes et obligations du fluide.....	47
Partie 3 : Le don : Un rapport aux autres.....	49
3.1 : L'héritage religieux : un angle diachronique.....	49
3.1.1 : Analyse des études des folkloristes.....	49
3.1.2 : Un mot de la formule.....	52
3.1.3 : Le don dans la vie paysanne du XXe siècle.....	53
3.2 : Un état actuel du don.....	55
3.2.1 : Une pratique extraite du religieux ?.....	55
3.2.2 : Un état actuel de la pratique.....	57
3.2.3 : La responsabilité du don.....	61
Conclusion :	64
Chapitre II : Les magnétiseurs.....	65
Introduction :	65
Partie 1 : Acquisition de la pratique.....	67
1.1 : Récits de vie des magnétiseurs.....	67
1.1.1 : Xavier.....	67
1.1.2 : Madame Suquet.....	69
1.2 : La constitution d'un savoir.....	74
1.2.1 : Initiation et formation.....	74
1.2.2 : La technique et l'éthique.....	77
Partie 2 : Magnétisme et don du feu.....	82
2.1 : Ontologie du magnétisme.....	82
2.1.1 : Une description de la pratique.....	82

2.1.2 : Le magnétisme : Un schème analogique.....	88
2.1.3 : L'action indirecte négative du magnétisme.....	89
2.2 : Pratique du don du feu dans le magnétisme.....	91
2.2.1 : Sens et sensation du feu.....	91
2.2.2 : La preuve par le feu.....	93
Partie 3 : Des cadres différents de la pratique.....	97
3.1 : La question du paiement.....	97
3.2 : Les emprunts de la pratique.....	102
3.3 : Deux modes de la pratique ?.....	105
Conclusion :	109
Chapitre III : La médecine et le don.....	111
Introduction :	111
Partie 1 : Le GNOMA-SNAMAP.....	112
1.1 : Fondation et objectifs du GNOMA.....	112
1.2 : Entrer dans le GNOMA et se conformer à la charte.....	116
1.3 : Le SNAMAP.....	122
1.4 : Le GNOMA-SNAMAP, une communauté de pratique ?.....	124
Partie 2 : Le don du feu, une interface avec la médecine ?.....	127
2.1 : La place donnée au don du feu par les magnétiseurs du GNOMA-SNAMAP.....	127
2.1.1 : Une pratique tolérée.....	127
2.1.2 : L'incurable, l'immédiat et l'incontestable.....	128
2.2 : le patient.....	131
2.3 : Un point de vue institutionnel.....	133
2.3.1 : Un avis médical.....	133
2.3.2 : Une tolérance ancrée dans le <i>care</i>	135
2.3.3 : La pratique en milieu hospitalier, une tentative ratée d'ethnographie.....	138
Partie 3 : Une réflexion sur le monde médical.....	140
3.1 : Un refus de la modernité ?.....	140
3.2 : Les manquements de la modernité.....	142
3.3 : Les gares de triages de la biomédecine.....	146
Conclusion.....	151
Annexes	157
Charte du GNOMA-SNAMAP :	157
Bibliographie.....	159
Livres & Articles.....	159
Pages web.....	166

Introduction

« Mais ça veut dire qu'on a envie de faire du bien aux gens, je ne sais pas comment expliquer ça.

C'est...au moins sur cette terre, se sentir utile à quelque chose

Est-ce que j'ai besoin de reconnaissance ? Peut-être... »

Il y a de cela un an maintenant, j'avais pu proposer un mémoire de master 1 qui se présentait comme une description d'une technique thérapeutique traditionnelle, le « secret du feu » ou « don du feu ». Je m'employais dans ces pages à décrire différents praticiens de cette pratique de soin, qui me démontraient chacun un angle de vue très personnel de leur exercice de ce « don ». Je m'étais alors employé à saisir certaines récurrences et thèmes communs afin de proposer une première esquisse de cette pratique. Les pages qui vont suivre, tout en conservant le même objet anthropologique ainsi que les données récoltées au cours de mon Master 1, se proposent d'introduire un nouvel angle d'analyse, axant l'observation de cette technique au regard de la diversité des types de praticiens qui se réclament du « don du feu ». Avant de détailler plus en profondeur cette approche, il me faut cependant revenir sur cette technique qui constitue l'objet de ce mémoire, et sur les raisons qui m'ont poussé à m'intéresser à une telle pratique.

Description du don du feu et de son angle d'étude :

J'avais envie, au commencement de mon parcours en Master d'anthropologie sociale et historique, de me pencher sur le sujet des médecines alternatives, sans réellement savoir comment transformer cet intérêt en sujet de mémoire viable. À la suite de diverses discussions et rencontres, je décidais de faire du « don du feu » mon objet anthropologique.

Le don du feu, sans en proposer ici une définition exhaustive qui sera l'objet du mémoire en lui-même, peut se comprendre comme une « technique » thérapeutique. J'entends ici le terme technique dans le sens où il est proposé par Mauss dans son écrit de 1934¹, c'est-à-dire comme un acte « traditionnel efficace » (p.9). Pour Mauss, il y a technique là où l'on trouve un acte « traditionnel », c'est-à-dire un acte transmis, par voie orale ou écrite. Deuxièmement, le concept de technique nécessite d'être « efficace », c'est-à-dire conçue par son auteur comme ayant une action

1 Mauss, Marcel, 1934, *Les techniques du corps*.

manipulatoire sur le monde, que cette action soit de l'ordre du symbolique, du juridique ou du religieux.

C'est donc comme technique traditionnelle et efficace que je propose d'observer le don du feu. Une pratique consistant en un soin d'un ensemble de maux assimilés au « feu », aux brûlures, soin dont l'existence au sein d'une tradition rurale française sera décrite dans de nombreuses ethnographies². Mes interlocuteurs se réclamant de cette tradition et identifiant leur propre capacité à traiter les brûlures, comme une forme de cette tradition thérapeutique.

Ce don du feu, qui me sera décrit par mes interlocuteurs comme fonctionnant via différents moyens que je détaillerai dans ce mémoire, sera pratiqué par différents types de praticiens, ce panel d'usagers donnant lieu à la structure même de ce travail.

Lorsque je me mis, il y a maintenant bientôt deux ans de cela, en quête de praticiens du don du feu afin de commencer à glaner mes premières données ethnographiques, je rencontrais vite une diversité insoupçonnée de manieurs du don. Certains praticiens soignaient effectivement les brûlures, mais toujours dans un cadre intime, réservant leurs techniques thérapeutiques à leurs familles ou à leurs plus proches amis, sans demander de compensation pécuniaire. Ces personnes m'expliquaient parfois avoir acquis leur « don » via une transmission, ou alors, de s'être rendus compte eux-mêmes d'une potentialité à agir sur les brûlures.

À ce type de praticien, s'ajoute un deuxième, il s'agit de ceux qui se qualifiaient de « magnétiseurs ». Ces praticiens alternatifs, qui pratiquaient leur soin sur la base de l'utilisation de ce qu'ils me qualifiaient « d'énergie », et qui semblaient, et semblent toujours, disposer d'un riche soubassement conceptuel soutenant leur pratique.

Il faut comprendre que mes premiers contacts sur le terrain se faisaient avec des praticiens du premier type. J'acquerrais leur contact via des amis, de la famille, qui m'expliquaient connaître telle ou telle personne qui « faisait ça », la pratique du don du feu se dessinant peu à peu comme relativement répandue et les contacts faciles à obtenir. Cependant, certains de ces contacts se trouvaient m'amener dans le cabinet de praticiens qui, effectivement, soignaient bien le feu, mais toujours au sein d'un ensemble de techniques thérapeutiques vastes et dont l'exercice se faisait dans le cadre d'une pratique professionnelle. Je me trouvais donc, un peu par hasard, à disposer de ressources ethnographiques me décrivant deux formes d'une même pratique, cette différence était

² On retiendra entre autres les travaux de Dominique Camus (1995), André Julliard (1982), Olivier Schmitz (2006) ou même la description du don du feu présente dans "Les mots, la mort, les sorts" (1977) de Jeanne Favret-Saada.

déjà présente à l'époque de l'écriture de mon premier mémoire et j'avais fait le choix, à l'époque, de passer outre cette différenciation et de m'attacher à observer ce qui, à travers les cadres de la pratique, était repérable en tant que « fil rouge » du don.

J'ai, cette année, opté pour une approche différente, et pris pour parti de faire de cette différence l'architecture de mon travail, réservant à chacun de mes deux premiers chapitres la fonction de faire respectivement apparaître les particularités de chaque type de praticien. Le troisième chapitre sera quant à lui, dédiée à un troisième acteur, apparu progressivement au cours de mon terrain de ces deux dernières années. Il s'agit du champ de la médecine officielle, représentée dans mon mémoire par les médecins généralistes à même d'interagir avec les praticiens du don du feu. Le don du feu est en effet ce que l'on pourrait appeler une « pratique de soin alternative », dans la mesure où elle sera pratiquée par des personnes ne disposant pas d'accréditations officielles leur permettant de pratiquer une activité de soin. L'illégalité découlant de cet état de fait sera alors à l'origine de conflits et de négociations auxquelles il sera pertinent de consacrer mon dernier chapitre.

Je vais alors, avant de détailler plus en avant mon plan et les thématiques que je compte soulever grâce à celui-ci, m'arrêter un instant sur mon processus de collecte de données et la façon dont j'ai traité ce qui a pu me servir de matière première au cours de ce travail.

Collecte des données ethnographiques :

Il me fallait, au commencement de mon travail de recherche, décider d'un cadre géographique à mon terrain, et après la lecture de divers ouvrages, je décidais d'ancrer mon travail dans une aire géographique correspondant à la région Occitanie. Ce choix, au-delà d'un intérêt pratique pour l'étudiant en anthropologie ne disposant pas d'un permis de conduire, présentait aussi un intérêt du point de vue de la recherche. Je me suis, en effet, rendu compte que la majorité des ethnographies préexistantes prenait place dans diverses régions francophones, mais jamais dans le sud-ouest de la France. Dominique Camus (1995) prenant pour terrain la Bretagne, Olivier Schmitz (2006) le nord-est ainsi que le pays wallon et André Julliard (1982) l'Ain et le Bugey en Auvergne-Rhône-Alpes. Le choix de la région du sud-ouest apparaissait alors comme un bon moyen de m'attaquer à un sujet connu, en variant quelque peu le cadre d'étude, même si ce choix de l'époque n'influencera pas mon analyse au cours de ces pages, dans la mesure où je ne me suis jamais essayé à une étude comparative entre régions.

Les données utilisées dans ce mémoire sont issues d'entretiens effectués auprès de trois différents types de praticiens du soin. Mon analyse se plaçant principalement, de fait, au niveau des discours produits par mes interlocuteurs, complétés à l'occasion par deux descriptions de séances de soins auxquelles il me sera donné la chance d'assister. Le but de ce travail sera bien d'essayer de décrire et de comprendre la manière dont mes différents interlocuteurs conçoivent et pratiquent leur soin, et non pas de décider à leur place de qui pratique le don du feu de « la bonne manière », dans une perspective proche de la sociologie pragmatique de Lemieux (2018).

Mes données seront tirées en premier lieux de ma rencontre avec ceux de mes interlocuteurs qui pratiquent le don auprès d'un cercle social restreint, et dont je récupérais les contacts via le bouche à oreille, souvent de la part d'une personne ayant elle-même bénéficié du soin. J'étais dans ces cas-là témoin de récits de soin où, suite à un accident domestique survenu lors d'un repas entre amis, une main s'étant posée sur une plaque de cuisson encore chaude, une personne s'était détachée de l'assemblée et avait demandé la permission au brûlé « d'essayer quelque chose sur la brûlure ». L'utilisateur du don, sous les regards circonspects des personnes rassemblées, ignorantes de la présence de ce don chez leur ami, s'était alors livré à quelques gestes discrets des doigts au-dessus de la brûlure, parfois couplé à un marmonnement incompréhensible. La personne s'étant brûlé me racontait alors avoir constaté une disparition quasi-immédiate de la douleur ainsi que des marques visuelles de la brûlure comme la cloque ou les rougeurs, me montrant en matière de preuve une main où, effectivement, rien n'était constatable. Elle m'exhortait alors à rencontrer cette personne, puisque, toute suspicion envers cette pratique un peu « étrange » conservée, avec cette personne en particulier, « ça marchait ».

Ce type de récit, sans être systématique, constitue un bon exemple de la manière dont je me retrouvais chez ces praticiens disposant de la capacité à soigner les brûlures, parfois accompagné de la personne m'ayant racontée l'histoire et à l'origine de la rencontre.

Les données mobilisées dans ce travail sont donc issues d'entretiens ayant eu lieu, souvent dans la cuisine autour d'un café, avec ces personnes que je qualifierai dans mon mémoire de Master 1 de « coupeurs de feu », terme emprunté à la littérature ethnographique.

J'effectuais ainsi une série d'entretiens avec une dizaine de praticiens, les rencontrant entre une et trois fois chacun. Il me faut ici noter que la pandémie de Covid-19 poussera nombre de mes interlocuteurs à choisir de ne plus me rencontrer dans un souci de se protéger, me poussant à rechercher de nouveaux interlocuteurs au cours de ma deuxième année de master. Mes interlocuteurs sont issus de milieux socio-économiques divers, tels que : agriculteur, aide-soignant,

ostéopathe ou assistante sociale. Mes interlocuteurs et interlocutrices proviennent aussi de divers milieux tant urbains que ruraux, la précision est importante dans la mesure où la littérature, en particulier les ouvrages les plus anciens, ancrent la pratique du don du feu dans les campagnes, faisant des ruraux des gens plus à même de se livrer à ce type d'exercice. Vision existante aussi dans la doxa commune et que je rencontrais en discutant de mon travail en société. Je ne constatais cependant pas une telle tendance sur mon terrain, mes interlocuteurs étant autant issus des campagnes que de la ville.

J'ai retranscrit les entretiens effectués lors de mon terrain avec, d'une part, le souci de conserver au mieux la fidélité des dires de mes interlocuteurs tout en donnant une attention à l'intelligibilité du propos pour le lecteur, certains extraits auront alors pu être légèrement retouchés pour les rendre compréhensibles pour le lecteur. La quasi-totalité de mes interlocuteurs a été anonymisée, à leur demande, afin de respecter leur vie privée et la confidentialité de leur pratique. Il me faut enfin préciser le fait que, bien que je choisisse le terme de « coupeur de feu » afin de les qualifier, ce terme ne provient pas de mes interlocuteurs eux-mêmes. Ces derniers m'expliqueront que « oui, ils font ça », mais choisiront de ne pas se donner de définition émique, le terme de coupeur de feu devra donc bien être compris comme une qualification exogène, apposée par l'étudiant, afin de donner un nom à un mode de la pratique.

Concernant les entretiens effectués auprès des magnétiseurs, la démarche sera sensiblement la même, à la différence qu'aux récits me démontrant leur efficacité, je pouvais adjoindre la recherche via internet de nouveaux interlocuteurs. En raison de la nature professionnelle de leur pratique, les magnétiseurs disposent, pour la plupart, de contacts publics afin d'être accessibles pour les patients. Je me servais donc de ce moyen afin d'acquérir de nouveaux contacts. Mes retranscriptions d'entretiens se baseront là aussi sur une dizaine d'interlocuteurs, rencontrés dans leur cabinet professionnel la plupart du temps, se trouvant, comme pour les coupeurs de feu, autant en milieu urbain que rural, et anonymisés pour la plupart. Certains des magnétiseurs que je pouvais rencontrer m'expliquaient aussi faire partie d'un « groupement » de praticiens du magnétisme. Ce groupement me sera décrit comme ayant pour but, entre autres, de militer pour la reconnaissance des médecines alternatives. J'ai pris pour parti de remobiliser certains éléments des entretiens où mes interlocuteurs me détaillent le fonctionnement de leur organisation dans ma troisième partie, en les complétant du point de vue de deux médecins généralistes, eux aussi anonymisés, avec lesquels j'ai pu échanger au cours de mon terrain. J'essayais aussi d'obtenir des données sur le fonctionnement du don en milieu hospitalier, mais je devais me contenter de descriptions faites par les praticiens du

don eux-mêmes, dans la mesure où je ne parvenais pas à rencontrer des membres du personnel hospitalier.

Je vais à présent, avant d'entrer dans le vif du sujet, annoncer brièvement le plan que je compte suivre au cours de ce mémoire, et qui, il me semble, me permettra de décrire une pratique aux formes multiples, mais disposant d'une identité forte en raison de ces caractéristiques élémentaires.

Annonce du plan :

La première partie sera donc dédiée à mes interlocuteurs coupeurs de feu. Je m'intéresserai aux différentes façons d'acquérir et de pratiquer le don du feu, mettant ainsi en exergue la diversité d'une pratique maniée par des interlocuteurs que je regroupe pourtant sous un même terme. Le dénominateur commun se trouvant peut être dans la façon dont le don s'inscrit dans la vie sociale de ses praticiens, aspect qui sera traité dans la troisième partie du premier chapitre. Le deuxième chapitre reprendra le soin des brûlures tel que pratiqué cette fois par les magnétiseurs. Le but étant là aussi de s'intéresser à la manière dont ce type de thérapeute acquiert et pratique le don du feu dans le cadre du magnétisme, afin d'offrir une vue en miroir des deux pratiques. Une fois cette caractérisation effectuée, il sera temps d'essayer de comprendre ce qui, dans le don du feu, lui fait trouver sa place au sein de la pratique du magnétisme qui, nous le verrons, ne fonctionne pas sur les mêmes ressorts que le soin pratiqué par les coupeurs de feu. Cette mise en perspective du don nous permettra de mieux le comprendre et d'appréhender les caractéristiques de cette pratique. Je me servirai alors de mes interlocuteurs faisant partie du groupement de praticiens des médecines alternatives pour faire le pont vers mon troisième chapitre. Ces praticiens, œuvrant pour la reconnaissance de pratiques situées en dehors du cadre institutionnel, me donneront à voir un don du feu dont l'usage le placera à l'orée des pratiques de soins alternatives. Les médecins se révélant plus tolérants, et même clients d'une telle technique, et ce, en raison de caractéristiques déjà mises en avant dans les deux premiers chapitres.

Ce vers quoi je tends dans ces pages, c'est bien de retracer le trajet effectué par le don du feu aux mains de divers types de praticiens, nous permettant d'observer ce qui fait du don du feu une pratique à part ; particularité qui apparaîtra pleinement, lorsqu'elle sera placée en perspective avec un champ thérapeutique officiel, d'ordinaire conçu comme antagoniste des médecines alternatives.

Chapitre I : Les guérisseurs

Introduction :

Dans ce premier chapitre, je vais détailler la pratique du don du feu telle que j'ai pu l'observer chez ceux de mes interlocuteurs que je qualifie de « coupeurs de feu ». Ces personnes pratiquent un soin des brûlures, ou « don du feu », technique thérapeutique s'effectuant dans le cadre de l'intimité familiale et amicale, ne requérant pas de paiement, et dont les praticiens ne se qualifient pas eux-mêmes de « coupeurs de feu » ou de « guérisseurs », ne donnant la plupart du temps pas de nom à leur pratique. J'utiliserai donc, dans ce chapitre, le terme de « coupeur de feu » afin de dénommer mes interlocuteurs, mais plus dans un souci de clarté que de fidélité à mon terrain.

Je me baserai dans ces pages sur les entretiens que j'ai pu conduire avec neuf coupeurs de feu rencontrés au cours des deux dernières années. A ces entretiens, s'ajouteront les discussions que j'ai pu avoir avec Monsieur Daniel Loddo, fondateur de l'association « la Talvera³ », basée à Cordes-sur-Ciel, et dont le but est de promouvoir la culture occitane. Monsieur Loddo, au cours de ses recherches visant à récolter et à préserver la culture traditionnelle occitane, a pu rencontrer de nombreux praticiens du don du feu. Il a alors accepté de partager avec moi ce qu'il avait pu constater sur son propre terrain. Je me référerai alors parfois à ses propres observations, dans une logique de comparaison avec ce que j'ai moi-même, pu ethnographier.

Le but de la première partie de ce chapitre est de permettre au lecteur de se représenter la pratique observée à travers deux vignettes, décrivant deux exemples de cette technique thérapeutique. Cette partie se terminant par une succession de récits de vie, que mes interlocuteurs ont pu me transmettre, et qui proposeront au lecteur différentes histoires dont la conclusion sera invariablement l'acquisition du don du feu. Je m'attellerai ensuite, au cours de la seconde partie, à caractériser la pratique du don du feu. Je m'intéresserai aux processus de transmission du don, pour ensuite détailler la manière dont mes interlocuteurs composent leur pratique sur la base d'un apprentissage majoritairement solitaire, pour finir par essayer de comprendre ce que soigne réellement le don du feu. Le but de la troisième partie sera alors de compléter le portrait du don du feu en observant comment il s'inscrit dans la vie sociale de mes interlocuteurs, et quelles obligations mes praticiens ressentent envers ce « don du feu ».

3 URL : <https://talvera.org/>

Partie 1 :Vignettes ethnographiques

J'ai choisi, pour commencer ce chapitre ainsi que ce mémoire, de mobiliser mon ethnographie afin de proposer au lecteur une visite guidée à travers les différents profils des coupeurs de feu rencontrés. D'abord à travers deux vignettes ethnographiques témoignant de deux « séances de soin » auxquelles j'ai pu assister durant mon terrain : la première par pur hasard et sur ma demande pour la seconde. Je compléterai par la suite ces portraits de la pratique par ceux de praticiens qui détailleront, par mon intermédiaire, l'apprentissage de leur technique thérapeutique traditionnelle.

1.1 : Un premier aperçu du don

Nous sommes à la mi-décembre 2020, et je me suis réfugié comme nombre d'étudiants à l'annonce d'un deuxième confinement, dans ma maison familiale. La commune est rurale et les collines succèdent aux bois qui succèdent eux-mêmes aux champs, avec parfois la chance de tomber sur un troupeau de moutons.

C'est de cette maison perdue dans les collines du sud-ouest que je prévois mon terrain, la région est, en effet, riche en praticiens du don et je parviens à obtenir un entretien assez rapidement après mon arrivée. Ma famille connaît mon sujet de mémoire et quelques minutes à peine après avoir posé mon sac, on m'apprend qu'un ancien voisin, dont j'ai de vagues souvenirs, pratique ce « don ». J'avais déjà entendu parler de la capacité qu'aurait cette personne de « détecter » les femmes enceintes, mais j'ignorais qu'il était aussi versé dans la pratique du soin des brûlures qui constituait mon objet d'étude. Je décide donc d'organiser une rencontre afin qu'il puisse m'expliquer sa manière de pratiquer cette technique de soin, ou ce qu'il voudra bien m'en dire.

J'arrive, quelques jours plus tard, en vue de cette ferme qui constitue le lieu de travail ainsi que le lieu de vie de celui que nous nommerons André. Je suis accompagné de Max, un membre de ma famille qui accepte de me servir de *fixer*, de lien humain avec mon terrain, et d'interprète occitan. Langue que je n'ai jamais pu me résoudre à apprendre, et que certains de mes interlocuteurs pratiquent dans des situations de *code-switching*⁴, qui me laissent le plus souvent dans l'incompréhension.

André nous attend devant un hangar qui lui sert de grange à foin. C'est un homme d'environ 80 ans, ancien agriculteur, il a légué son exploitation à son fils, mais semble avoir gardé la main sur une

4 Le *code-switching* ou "alternance codique", désigne l'alternance de différentes langues dans un même énoncé ou discours, voire au sein d'une même phrase.

partie des activités liées à « la ferme ». Max lui a déjà expliqué au téléphone la raison de ma visite et je lui demande s'il peut me parler de sa capacité à « arrêter le feu ».

André - Oui...c'est comme pour arrêter les coups, un don, que tu peux travailler. c'est comme une fois y avait l'ouvrier qui travaillait là. Il tapait avec son marteau, il cassait, il cassait, *[il mime de grands coups avec la main droite.]* *CLOCK*, sur la main, et il s'est tapé la main, et un coup de marteau tient !, *[il se tient la main gauche et grimace de douleur.]*, et je lui ai dit "Fabien viens, je vais t'arrêter la douleur", il me dit « tu fais ça ? », et je lui dit « t'y crois pas ? t'y crois pas ! », il pouvait même plus bouger les doigts, et je lui ai fait, et le lendemain, il revient, et il fait "regarde", *[il agite rapidement les doigts de la main gauche et rit.]*.

Je suis sur le moment extrêmement intéressé par ce petit récit, mais j'éprouve le besoin d'en apprendre plus sur la pratique du soin des brûlures en particulier. Je tente alors d'introduire la question du soin des brûlures dans la conversation.

L. – Du coup, vous faisiez ça avant le feu ?

André - j'ai commencé les coups après le feu, eh j'arrête les coups de soleil aussi, le coup de soleil...c'est un coup, et c'est le feu.

L. – Oui...c'est vrai

André - C'est comme le zona, c'est un feu le zona tu sais ? Et j'arrête aussi le contrecoup, tu sais quand on t'opère ? Mais les coups il faut le faire de suite, même le feu...à un moment ma fille elle était au resto, et elle m'envoie un texto "arrête moi le feu", je savais pas où ! Elle me dit "à une main" alors j'ai fait les deux mains, et ça s'était arrêté, parce que j'avais fait les deux mains.

Je fais ici une parenthèse pour préciser que le contrecoup de l'opération est en fait le nom donné par André à la douleur qui peut être ressentie par une personne suite à une opération, cette douleur pouvant être due à des contusions, à des courbatures, à une mauvaise cicatrisation ou simplement au temps mis par le corps à récupérer suite à l'anesthésie. Je ne suis pas parvenu à retrouver d'autres occurrences de ce phénomène désigné sous le nom de « contrecoup », il est possible que l'on ait affaire à un usage à tendance plus idiosyncrasique⁵ qu'à une véritable locution présente dans le vocabulaire courant, mais revenons à ma vignette ethnographique.

5 Relatif à l'idiosyncrasie, définie par le Larousse comme "Manière d'être particulière à chaque individu qui l'amène à avoir tel type de réaction, de comportement qui lui est propre.". URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/idiosyncrasie/41446>

André me détaille alors l'étendue de ses compétences thérapeutiques. Il m'explique soigner aussi les entorses, qu'il assimile à un coup, ainsi que les verrues, mais pas celles placées sous la voûte plantaire, « j'ai essayé, je peux pas les faire partir » me dit-il. Il m'explique aussi avoir du mal à se soigner lui-même, il souffre depuis plusieurs années de rhumatismes qu'il ne parvient pas à « arrêter », laissant supposer à l'ethnologue qu'il possède aussi le soin des rhumatismes dans son arsenal thérapeutique.

Alors qu'André est en train de m'expliquer quel type de verrue il est en mesure de soigner, Max, assis sur un sceau posé à l'envers afin de fumer, interpelle mon interlocuteur :

Max - Eh bé, attend j'en ai une là [il relève la jambe de son pantalon jusqu'au mollet], regarde !

André – ah ouais...

Max – Eh bé, tu les fais partir ?

André – Ah ben celle là je sais pas...je vais essayer...

[il s'avance de quelques pas, tend le bras à une trentaine de centimètres du genou de Max, ses lèvres bougent silencieusement durant une vingtaine de secondes, puis le bout de ses doigts s'agite et je devine une croix tracée dans l'air, à trois reprises]

André – voila.

Max – Ah ben merci, faudra que je t'amène une bouteille de vin.

André – Noonn, non,

[ils rient tous les deux]

Je lui demande alors si le soin du feu se fait de la même manière, il me répond par l'affirmative, que c'est « tout pareil ». Je lui fais aussi remarquer que j'ai pu deviner qu'il prononçait des paroles durant le soin, ce à quoi il me répond :

André - C'est une petite prière, c'est juste une prière, une prière contre les verrues, mais c'est tout le temps la même, mais il y en a, ils ont une prière pour les verrues, une autre pour le feu, moi j'arrête ce que j'arrête.

Cette anecdote me permet alors de mieux concevoir à quoi peut ressembler un soin du feu, puisque, pour André en tout cas, il s'agit du même processus et de la même formule que pour le soin des verrues. Je lui pose encore quelques questions avant la fin de la rencontre, qui me permettent de mieux me représenter sa pratique. André m'explique que s'il peut soigner, c'est grâce au « fluide ».

André - tu sais c'est un fluide, il y a des gens à qui tu fais rien, c'est un fluide, c'est un fluide, ça fait...[il se pince le bout des doigts] c'est comme les gens qui cherchent l'eau là, c'est un fluide, et quand tu arrêtes beaucoup ben ça te travaille le corps, tu dors mal. Après chacun fait différemment, chacun il est différent.

C'est sur ces mots que je prends congé d'André en me disant qu'effectivement, chacun est bien différent. Chaque interlocuteur rencontré au cours de mon terrain porte en effet sa façon très personnelle de pratiquer le soin du feu. Et je ne vois pas d'autre manière de rendre compte de cette diversité à mon lecteur, qu'en présentant un autre exemple de la pratique du don, du feu cette fois-ci, à laquelle j'avais pu assister un an auparavant.

1.2 : Un soin entre amies

Nous sommes en 2020, à la fin du mois de février, le Covid-19 n'est qu'une lointaine rumeur et je suis en train de mener un entretien avec une guérisseuse, Céline, enseignante-chercheuse d'une cinquantaine d'années habitant les environs de Toulouse.

Nous discutons donc et je l'interroge sur la manière dont elle procède, ainsi que sur les différentes affections qu'elle me dit pouvoir soigner. Céline m'explique pouvoir traiter les brûlures, ainsi qu'un ensemble de maux liés entre eux par un rapport à la chaleur et aux inflammations.

Céline - Alors tout ce qui est brûlure, et donc jusqu'au zona, toute forme de feu en fait, c'est bizarre. Par exemple, il y a une fille qui a un « feu de forêt » elle se déplume au niveau de la tête avec des chaleurs, donc zona, radiothérapie tout ça.

On remarque l'utilisation du terme de « feu » pour désigner les maux traités, terme que je retrouverai chez André. On note aussi l'apparition de nouveaux maux qui me sont présentés comme traitables via le don du feu, à la manière des effets secondaires de la radiothérapie utilisée pour soigner les cancers, ou encore ce que mon interlocutrice me désigne comme un « feu de forêt » capillaire. Là aussi, à l'image du contre-coup de l'opération d'André, je ne trouve pas d'autres occurrences de l'utilisation de ce terme dans le même type de contexte. Et il est aussi possible qu'il s'agisse d'une manière propre à mon interlocutrice, ou du moins peu utilisée, pour désigner l'alopecie.

Je demande alors à Céline si elle peut me détailler la façon dont elle pratique son soin des brûlures.

Céline - J'enlève mes bijoux, ça me perturbe, et après, souvent, je passe les mains pour repérer les endroits, à part si je la vois [la brûlure] bien sûr. Mais je sens là où il y a le plus de chaud. Après, je fais la formule et après, je repasse la main derrière, c'est plus de l'intuition...pas de mode d'emploi, c'est ma manière. Je me lave juste les mains, puis je remets mes bijoux. Je « sens » les endroits, mais je ne prends pas le feu, si je sens que ça monte dans la main, j'évacue...*[elle mime le geste de secouer les mains]*.

J'ai déjà eu à cette époque un bon nombre d'entretiens et je cherche à ce moment-là, à dépasser le stade des discours sur la pratique du soin. Je décide donc de demander à mon interlocutrice s'il serait possible d'observer une séance de soin, ce qu'elle accepte. Elle m'apprend même qu'il est prévu qu'elle soigne son amie, celle souffrant d'un « feu de forêt », que nous appellerons Paula. Céline me propose donc d'assister à la séance de soin qui se déroulera chez elle, sous réserve que Paula donne son accord. J'accepte la proposition, et suis recontacté quelques jours plus tard par Céline qui me fixe une heure de rendez-vous pour assister à cette séance.

J'arrive donc ce soir-là, en même temps que Paula, chez Céline, qui nous propose une tisane aux fruits rouges. Très vite, les deux amies commencent à discuter du dernier voyage à l'étranger de Céline, et pendant les vingt prochaines minutes, j'assiste à un récit de vacances entre amies, qui commentent la beauté des paysages autour d'un bol d'amandes. Les deux amies ont une posture détendue, confortablement installées dans leurs fauteuils, c'est une simple discussion informelle.

D'un seul coup, Céline se lève : « on y va ? », elle demande à Paula de changer de fauteuil pour un autre avec de plus gros accoudoirs, « j'y arrive mieux dans celui-ci ». Elle enlève ses bijoux, bagues et boucles d'oreilles, à l'exception d'une de ses bagues à l'annulaire. Elle prend place sur l'accoudoir du fauteuil, de façon à être derrière son amie. Paula commence alors à détailler ses ressentis, « je bouillonne », elle se demande s'il n'y a pas quelque chose « aux reins ou aux intestins ». Céline, pendant ce temps, passe ses mains à quelques centimètres de la tête de Paula. Après quelques secondes avec ses mains immobiles au-dessus de la tête de son amie, la guérisseuse déclare « qu'est-ce qu'il se passe, tu n'es pas du tout chaud ». Commence alors un échange afin de localiser précisément l'endroit problématique :

Céline - Et là ?

Paula - Non là pas trop.

Céline - Je ne trouve rien...

Le « feu » est finalement plus ou moins localisé, même si, de l'aveu de Céline, « c'est beaucoup moins là que la dernière fois ». Son amie et patiente lui explique qu'elle ne doit pas se trouver en état de crise et que ça « doit être redescendu ». Céline s'en assure en passant ses mains à quelques centimètres de certaines parties du corps de Paula, reins, estomac, cou. La guérisseuse commente, « ça me donne chaud aussi », la remarque les fait rire toutes les deux.

Les mains se posent parfois directement sur le crâne de Paula, puis s'en éloignent pour survoler différentes parties du corps de la patiente. Finalement, Céline semble localiser vaguement une zone, le bout des doigts de la guérisseuse touchant de temps en temps délicatement le crâne de Paula. Soudain, la main s'immobilise à un endroit précis de la tête de la patiente, « je le tiens, tu le sens ? », ressenti confirmé par son amie, « oui, il y en a un petit peu oui ». Cette séquence a dû prendre cinq minutes au maximum.

Commence alors la troisième séquence du soin, moins marquée par les échanges de commentaires. Les mains de Céline changent régulièrement d'endroit autour du crâne de Paula. J'observe Céline tracer de temps en temps des croix avec le bout de l'index sur les endroits où le mal a été localisé, notamment le long du cuir chevelu. Alternant les deux « modes », celui du survol du crâne de la patiente par les mains de la guérisseuse, et celui du « barrage du feu » à l'aide de croix. Parfois, entre deux phases, Céline secoue ses mains vers l'extérieur. Cette deuxième partie du soin dure un peu moins de cinq minutes et je compte une douzaine de gestes de « purification ».

Le soin fini, je lui demande alors pourquoi avoir gardé une de ses bagues, elle me répond qu'elle l'a simplement oubliée. Paula commente, « ah, j'ai presque froid maintenant ». La remarque fait rire Céline qui lui répond, « Je préviens, je ne remets pas, hein ». Les deux amies reprennent leurs places dans les canapés et recommencent à discuter. Cette fois sur le sujet de leur travail associatif, ainsi que sur une potentielle soirée cinéma. Paula émet alors la possibilité d'envoyer un SMS en cas de bouffée de chaleur à Céline, afin de traiter le mal « sur le fait ». Céline accepte et elles décident d'effectuer tout de suite une seconde séance, afin d'essayer de voir si un traitement sur les reins et l'estomac de la patiente aurait un meilleur effet.

Cette partie doit durer cinq minutes et elle implique une série de passages de la main à différents endroits du corps, principalement ceux mentionnés par Paula au début de la séance, à savoir les reins et l'estomac. Céline reproduisant pour finir une série de croix le long du cuir chevelu de sa patiente, avant d'aller se rasseoir et de déclarer que, non, elle n'a plus trop envie de se rendre à la soirée cinéma, Paula acquiesce.

Ainsi se clôt ma deuxième vignette ethnographique, et j'espère avoir pu donner à mon lecteur une brève image de l'objet anthropologique qui sera le sujet de ce mémoire.

Je propose à présent de m'intéresser aux parcours de vie de mes interlocuteurs, et à la façon dont ces derniers sont entrés dans la pratique du don. Il m'apparaît que c'est la meilleure façon d'appréhender la pratique de ces praticiens dans sa diversité, tout en mettant en lumière, au terme de ces récits de vie, les points de convergence de cette pratique, qui pourront alors être repris dans la seconde partie de ce chapitre pour servir de clés de réflexion.

1.3 : Quelques récits de vie

Céline m'explique avoir grandi dans une famille « qui se soignait avec des choses comme ça », elle me décrit une enfance où le guérisseur, le rebouteux ou le magnétiseur étaient plus souvent consultés que le médecin. Ce dernier n'était sollicité que lorsque les médecines alternatives avaient échoué. Enfant, elle me raconte que les différents thérapeutes alternatifs sollicités commentaient régulièrement son « magnétisme » et son « fluide », à travers des affirmations telles que « toi t'as du fluide ».

Elle m'explique que la transmission s'est effectuée lorsqu'elle avait environ quarante ans, au moment où son grand-oncle, arrivé à un âge avancé, ne se sentait plus de le faire lui-même.

Le contenu de la transmission en elle-même m'est caractérisée de façon assez vague par mon interlocutrice :

Céline - C'était assez naturel finalement, c'est pas un truc mystique, il le donne, il dit juste « il faut jamais faire de mal » c'était la seule consigne. Il nous l'a donné en disant « c'est quelque chose qu'on peut donner, à condition que la personne soit plus jeune » je sais pas pourquoi, je comprends pas. On m'a rien appris, on m'a juste dit ce qu'il fallait faire. Tu t'entraînes et c'est tout.

La description de la séance de Céline nous a déjà renseigné sur « ce qu'il fallait faire », à savoir une imposition des mains, couplée à des gestes de croix effectués du bout des doigts, et complétés silencieusement par la récitation d'une « formule » telle que la qualifie mon interlocutrice. La transmission semble aussi comporter deux consignes, l'une d'elle portant sur la façon de pratiquer

le soin, à savoir ne jamais faire de mal, et l'autre sur le processus de transmission, qui exhorte le destinataire à toujours transmettre à plus jeune que soi.

Ce qui interroge ici, c'est quand mon interlocutrice me dit qu'on lui a dit quoi faire, mais que l'on ne lui a rien appris. Il me semble qu'il faut ici comprendre que cet ensemble de consignes, de formules et de gestes manuels, a bien fait l'objet d'une transmission, mais non pas d'un « apprentissage ».

Là où la transmission du grand-oncle, comprend une formule, un geste ainsi que deux consignes. La partie « sensorielle » du soin, qui s'exprime chez Céline par le fait de « sentir le chaud », chez sa patiente ainsi que chez elle, m'est décrite par mon interlocutrice comme étant de son propre fait. Elle a appris à « ressentir » en pratiquant le soin, sans injonction de cet ordre de la part du donataire de la formule. L'oncle de Céline, m'explique-t-elle, ne lui a appris « rien du tout », en dehors du *modus operandi*, du « comment faire ».

Plus précisément, le contenu d'une transmission préconisant la mise à proximité de la main avec le corps du patient, semble avoir mis Céline en situation de « ressentir », d'appréhender sur un mode sensoriel ce qu'elle qualifie de « chaud », sensation qu'elle associera d'elle-même au mal à traiter chez le patient.

Lorsque j'interroge Céline sur l'étendue thérapeutique du don du feu, mon interlocutrice m'explique qu'elle traite « Alors, tout ce qui est brûlure, et donc jusqu'au zona, toute forme de feu en fait, c'est bizarre, zona, rayon, tout ça. ».

Céline m'explique aussi avoir connaissance de l'existence d'un « don des coups » déjà mentionné par André, ainsi que d'un « don du sang », permettant, lui, d'arrêter l'écoulement du sang d'une plaie ouverte, et m'explique les pratiquer, mais uniquement sur elle-même, car de son propre aveu, « ça me fait peur ». Ce don se pratique sur le même mode que celui du feu, sur la base d'une formule spécifique, qui lui a été « appris » par sa mère, elle aussi praticienne du don, qui l'a elle-même récupérée auprès d'une personne âgée de qui elle s'occupait, dans le cadre de son métier d'aide à domicile.

Mon interlocutrice m'explique finalement avoir essayé quelques fois de « soigner à distance », c'est-à-dire en l'absence du patient, mais « sans s'y être intéressé plus que ça ». Elle pratique en fait exclusivement ce mode du don dans un cadre intrafamilial, notamment sur sa nièce, éloignée géographiquement, à la demande de son frère.

Le récit de l'acquisition et de la pratique du don de Céline, me renvoie à une autre de mes interlocutrices. Il s'agit de Josiane, assistante sociale d'une cinquantaine d'années.

Je la rencontre lors de mon terrain de Master 1, une connaissance m'a en effet transmis son contact en me disant qu'elle acceptait de me parler, et qu'elle m'invitait même à lui rendre visite au cours du mois d'avril 2020.

J'arrive donc chez elle et j'apprends une fois sur place que mon interlocutrice a invité une amie à elle à participer à la conversation, une magnétiseuse, qui, m'explique t'on, « saura mieux vous parler de ça que moi ».

Josiane commence par me raconter comment elle en est venue à pratiquer le don du feu, pendant que son amie, appelons-la Monique, l'écoute attentivement.

Josiane - Comment je l'ai eu, c'est par une amie....elle même l'avait eu par une amie, mais il fallait le passer une certaine nuit, en fonction de la lune. Donc, elle avait envisagé de me le passer mais c'était un peu compliqué, ça n'allait pas. Donc du coup elle me l'a donné autrement par une voie toute simple, c'est un texte qu'on m'a passé. D'abord on s'engage à ne pas prendre d'argent, puis tu dis que tu veux le recevoir et puis c'est une prière en fait. Elle m'a dit que ça marchait sur tout ce qui est en -ite, gingivite, tendinite, et tout ce qui est lié au feu. Et comment ça fonctionnait, donc on fait un nettoyage, comme ça, *[elle se frotte les bras d'une traite, du coude au bout des doigts]*, faudrait pas transmettre des choses négatives à la personne qu'on veut aider, si on n'est pas bien. Puis tu te concentres sur la personne, tu tends les mains, et puis le texte, que tu dis trois fois.

On retrouve ici, comme chez Céline, une formule, accompagnée d'une « prière », ici transmise sous une forme écrite, de gestes manuels, ainsi que d'une consigne, mais qui recommande ici le fait de ne pas prendre d'argent. L'étendue thérapeutique du don du feu est ici présentée sous la forme des maux en -ite, auxquels s'ajoutent le zona. Par rapport au témoignage de Céline, les croix effectuées du bout des doigts disparaissent, tandis qu'un geste permettant de se « nettoyer » fait son arrivée. On voit surtout apparaître une recommandation, celle de se « concentrer » sur la personne. Je lui demande si elle peut m'expliquer ce que signifie pour elle cette concentration dirigée vers le patient, et elle me répond alors :

Josiane - Après il paraît que tout est onde, donc moi je répète ce qu'on me dit. Après moi, parfois, ça ne marche pas, voilà, ou j'ai l'impression que ça n'a pas du tout marché ou alors c'est parce que ça a juste atténué ou que ça fait rien, je n'en sais rien.

Si le concept de « concentration » semble échapper à une certaine verbalisation, mon interlocutrice semble baser sa pratique sur un concept d'onde, qui prend ici la place du fluide d'André et de Céline. J'ai aussi accès à un discours sur l'impression que peut éprouver Josiane sur l'efficacité de son soin, doublé d'un certain ressenti face à certains maux. Elle m'explique en effet qu'il peut arriver que, confrontée à une brûlure en apparence banale, elle ressente un sentiment de malaise, basé sur l'impression que « quelque chose cloche » et se voit alors obligée de recommander au patient d'aller au plus vite chez un médecin.

Au fur et à mesure de l'entretien, il m'arrive aussi d'interagir avec son amie magnétiseuse, et j'apprends que Monique considère leurs deux pratiques, celle de la coupeuse de feu et celle de la magnétiseuse, comme fonctionnant sur un même mode, « à la base, elle [Josiane] a du magnétisme ». La magnétiseuse n'a cependant pas pris sur elle d'apprendre à son amie comment mieux pratiquer le don. Tandis que Josiane, elle, a déjà été témoin de la pratique de son amie, et m'explique qu'il lui arrive même d'essayer d'imiter Monique :

Josiane – [en s'adressant à son amie] Mais des fois, comme je te connais, je connais tes méthodes, des fois je m'y mets. Je reste juste avec l'intention juste, je pense, sans la formule, ça fait, ça fait pas, mais je me dis si ça peut faire ce sera bien et si ça fait pas c'est pas grave je me serai posée un moment. Parce que moi je tâtonne, je débute.

Josiane m'explique aussi pouvoir soigner à distance, ce qui me permet d'avoir une image de cette pratique, déjà mentionnée par Céline, mais qui ne m'avais pas encore été décrite. Pour mon interlocutrice, le soin à distance se fait sur la base d'une photographie du patient, de la répétition de la formule, « trois fois » et d'une « véritable intention de soigner ».

Il faut à présent se tourner vers ceux de mes interlocuteurs qui ont « découvert » leur don par eux même, pas parce que je les considère différents dans leur pratique. Mais parce qu'un portrait de ces guérisseurs me permettra de rendre compte des processus « d'expérimentations », mentionnés ici par Josiane et qui semblent occuper une place spéciale dans la pratique du don du feu.

J'ai déjà pu décrire, à travers une vignette ethnographique, un épisode de soin tel que pratiqué par André. D'un soin d'une verrue certes, mais qui m'est présenté par mon interlocuteur comme semblable à celui du soin des brûlures. J'ai décrit mon interlocuteur comme faisant usage de sa main tendue vers la verrue, d'une « formule », telle qu'il me la qualifie, prononcée silencieusement, ainsi que de croix tracées du bout des doigts, qui viennent clore le soin.

On retrouve ici des éléments que nous connaissons déjà, la différence étant que mon interlocuteur se présente comme n'ayant été le destinataire d'aucune transmission.

André - C'est venu comme ça, sans le savoir. Un jour il y a ma fille, elle était petite, qui s'est fait mal, je lui ai dit « viens voir, je vais t'enlever ça », et ça a marché. Et depuis...la prière elle est venue comme ça, c'est ma prière que j'ai inventé, dans la tête, elle est à moi, et voilà, la mère elle me dit "non mais c'est quelqu'un qui te l'a donné", et non c'est venu, de moi-même, mais elle me dit "c'est la mémé de Chamailloux qui t'a donné le feu", et non pas du tout c'est venu comme ça.

Je suis au premier abord circonspect et je ne peux m'empêcher de lui demander ce qui l'a poussé à s'essayer au « don du feu », il me répond simplement que « il y a plein de gens qui font ça ». J'obtiens la même réponse lorsque je l'interroge sur les croix qu'il effectue durant le soin, et il apparaît que mon interlocuteur a quelque part, « copié » ce qu'il a pu observer de la pratique d'autres personnes, peut-être de la « mémé de Chamailloux ».

André me parle aussi d'un « fluide » qu'il matérialise dans la conversation en se pinçant le bout des doigts. Lorsqu'il me parle de ce fluide, il ajoute « c'est un fluide, il y a des gens auxquels tu fais rien », ce lien entre fluide et absence d'efficacité thérapeutique m'est expliqué au travers d'une anecdote :

André - Et j'avais un zona alors j'essaye de me le faire, et le lendemain je vais voir Maryse, et elle me dit "et bien mon pauvre, tu seras plus fort que moi, je pourrais pas te l'arrêter", et je lui ai pas dit que je me l'étais fait, et elle essaye quand même et trois jours après, plus rien. Alors je suis retourné voir la dame et je lui ai dit "merci, tu m'as arrêté le zona".

André me replace cette anecdote au moment où il soignait déjà le feu, mais où il ne s'était pas encore mesuré au mal, assimilé au feu, qu'est le zona. Ce qui est intéressant ici, et ce sur quoi je reviendrai plus tard, c'est le discours de cette « Maryse » qui déclare André « plus fort qu'elle ».

On notera au passage qu'André, au final, ne se prononcera pas sur le véritable responsable de sa guérison du zona, mais qu'il insistera sur la nécessité de dire « merci » à la personne qu'il a consulté ce jour-là. Chez André, cette utilisation du fluide implique comme chez certains autres de mes interlocuteurs, le risque d'un sentiment dysphorique⁶, exprimé en ces termes « ça te travaille le corps, tu dors mal ».

André est, parmi les coupeurs de feu rencontrés, la seule personne ayant « inventé » une formule. J'ai cependant pu rencontrer un autre coupeur de feu chez qui la formule était arrivée dans un second temps, suite à la découverte du « don » en lui-même.

Il s'agit de Paul, un homme de plus de 80 ans, à l'heure actuelle retraité, mais qui a occupé une bonne partie de sa vie le poste de « soigneur » de l'équipe de rugby locale, c'est d'ailleurs en soignant les joueurs qu'il s'est aperçu d'une aptitude qui semblait sortir de l'ordinaire. Les joueurs qu'il soignait lui expliquaient en effet qu'il était « meilleur » que les autres soigneurs de l'équipe. C'est en fait en soignant les « coups », que Paul commencera à pratiquer le « don », s'essayant ensuite au feu, puis aux verrues. Il m'explique pratiquer sur la base d'un ressenti marqué dans la paume de la main, et d'une formule, lui ayant été transmise par «une personne ». Du fait de la pandémie, je perdrais le contact avec Paul, et n'arriverais pas à en apprendre plus sur ce mystérieux testateur, mais il apparaît que Paul a été le donataire d'une transmission parce qu'il soignait, et que la personne lui a alors transmise une formule dans le but de « l'aider » à pratiquer. Une particularité de cet interlocuteur se trouvera dans le fait qu'il me décrira un changement corporel assez particulier suite à ses séances. Il m'expliquera qu'après un soin, ses paumes se couvrent de petites excroissances, des boutons semblables à des papilles, avant de disparaître peu de temps après, phénomène que je pourrai constater de moi-même. Paul ne me fournira pas d'explications ou d'interprétations sur ce fait, mais je pourrai alors témoigner de ce fait quelque peu spécial chez mon interlocuteur.

Notre portrait du praticien type continue de s'étoffer grâce à ce que nous avons pu apprendre d'André et de Paul. Ce que ces deux interlocuteurs nous apprennent, c'est que la formule peut perdre sa dimension inchoative dans l'entrée du guérisseur dans sa pratique, pour devenir une

⁶ Du grec *δύσφορος* (*dusphoros*), de *δυσ-* : « difficile », et *φέρω* : « à supporter », concept opposé sémantiquement à l'euphorie. URL : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Dysphorie>.

« aide », un outil supplémentaire permettant une meilleure pratique, une plus grande efficacité, de la part du guérisseur.

Il me semble alors nécessaire, avant de présenter un portrait type des coupeurs de feu, de parler de ceux, qui, parmi mes interlocuteurs, ont choisi de ne pas utiliser de formule lors du soin.

Louis est un masseur-kinésithérapeute de la région toulousaine. Il m'explique lors de notre premier entretien qu'il a pu prendre conscience de son « don », lorsque, dans le cadre de sa pratique de masseur, il s'est aperçu qu'il faisait disparaître la chaleur des entorses de ses patients. Ressenti plus tard confirmé par les personnes traitées. Il m'explique ainsi sa manière de procéder :

Louis - Pour pratiquer un soin, il faut le faire sérieusement, se concentrer et sentir des sensations dans la main, comme des picotements. Il faut aussi avoir de l'empathie pour la personne soignée, ce que tu peux ressentir quand tu es en consultation pour le patient en fait.

On retrouve les éléments sensoriels du don avec la chaleur ou les picotements, avec en plus, ce que mon interlocuteur me qualifie « d'empathie ». Mon interlocuteur ne me parle pas de geste, et, s'il connaît l'existence de formules, il ne souhaite pas en utiliser. Reconnaisant aux récitations, au mieux, l'utilité d'aider le praticien à se concentrer. Louis, à l'opposé de ce que j'ai pu décrire jusque-là, ne m'explique pas son efficacité en termes de « fluide » ou « d'ondes », mais de « molécules » et d'énergie. Pour lui, la brûlure est causée par un trop-plein d'énergie, compris comme un mouvement de molécules. Mouvement que le corps humain aurait la capacité d'influencer dans une certaine mesure, afin d'en réduire l'intensité. C'est par un tel système qu'il m'explique un modèle où la formule ne serait pas au cœur de l'efficacité du soin.

Cette description me rappelle, sur un mode différent, une autre interlocutrice, il s'agit d'Anna, maraîchère d'une trentaine d'années vivant dans le Gers. Anna m'explique avoir commencé à pratiquer son soin suite à la venue brutale, à travers la blessure grave d'un ami, d'une nécessité de soin. Mon interlocutrice qui se définit comme « étant dans le soin » et dans l'écoute de l'autre depuis toujours, se trouvera dans l'obligation d'effectuer un soin d'un type un peu différent. Son ami sera frappé par une ligne électrique haute tension, et Anna verra « le feu » en lui. Feu qu'elle tentera d'arrêter de façon instinctive en lui prenant les mains, elle m'explique que, sur le moment, elle ne se considérera pas « dans le soin », mais seulement en train d'essayer « d'être là pour son ami », ne ressentant aucune sensation telle que des picotements ou une chaleur particulière. La personne blessée lui fera alors part de la sensation de bien-être ressenti durant la séquence et de la

sensation de froid ressenti à travers son corps. Anna commencera alors à « mentaliser » et à expérimenter sa pratique, sur la base d'un « élan d'amour » se manifestant par une sensation de chaud dans la main. Elle essaiera de se renseigner à travers diverses lectures, mais n'y trouvant pas son compte elle se tournera vers un « maître reiki » et une mystique indienne qui reconnaîtront en elle cette potentialité de soin, notamment à travers l'expérimentation de la chaleur émise par les mains de mon interlocutrice. Ces spécialistes lui transmettront alors des savoirs lui permettant d'améliorer sa pratique.

Parmi ces techniques, on trouve notamment le fait de se nettoyer après le soin avec de l'eau, parfois mélangée à du sel. Mon interlocutrice constatera effectivement l'apparition de stigmates en la présence de rougeurs, de boutons ou de sensations de chaleur après les séances, que l'eau lui permettra d'évacuer. Elle commencera aussi à effectuer des promenades à des endroits stratégiques, telles que les forêts ou les églises, lieux « chargés en énergie ».

Au final, Anna m'expliquera ne pas user de formules, plaçant l'efficacité de son soin « autre part », dans l'énergie et dans l'amour qu'elle manifeste à travers son soin.

Il est alors possible de dresser un portrait sommaire de la pratique du don du feu. Certains interlocuteurs se rendront compte par eux-mêmes, au cours d'une activité de soin, d'un effet « supplémentaire » à ce qu'ils sont en droit de s'attendre, effet qu'ils rechercheront alors à reproduire, ici avec succès. Cette pratique sera alors reconnue et identifiée comme un don par l'entourage du guérisseur en devenir. Une formule étant parfois donnée afin d'aider cette personne dans sa pratique, que le coupeur de feu décidera d'utiliser, ou non, en fonction de sa propre conception des mécanismes de l'efficacité du don du feu. Dans le cas d'André, qui apparaît comme singulier sur mon terrain, la partie visible du don du feu sera empruntée et la partie invisible sera inventée. Pour d'autres coupeurs de feu, c'est la transmission qui marque le début de la pratique du don du feu. Parfois précédée d'une reconnaissance rétroactive dans l'enfance de mon interlocuteur, de son aptitude latente au soin, à l'image de Céline me rapportant les discours prononcés durant son enfance, sur son aptitude au « fluide ».

S'amorce alors un processus, pour l'ensemble de mes interlocuteurs, d'apprentissage d'un certain type, qui permettra aux coupeurs de feu d'appréhender leur don et de parvenir à une meilleure maîtrise de celui-ci.

On note aussi chez mes interlocuteurs une notion sous-jacente à laquelle ils attribuent l'efficacité de leur soin, concept qui m'est qualifié sous le nom de « fluide », « d'onde » ou « d'énergie ». Chez certains coupeurs de feu, ce seront des notions telles que l'amour, ou la manipulation des molécules

qui serviront à m'expliquer le « don du feu », mais on note la récurrence d'un concept, relevant de l'invisible et permettant d'expliquer l'efficacité du don. Ce concept qui se manifeste parfois dans le discours de mes interlocuteurs, par des mimiques ou des onomatopées. Paul me décrira par exemple la sensation au creux de sa main au moment du soin, en se pinçant la paume de la main, accompagné de l'onomatopée « clac ». André, lui, afin de me signifier le fluide, agitera rapidement les doigts sans trouver les mots appropriés.

Ce phénomène qui est aussi décrit par Julie Perrin (2011)⁷, au sein de son ethnographie de séances de formation aux médecines alternatives en Suisse Romande. Perrin décrit des formations avec un vocabulaire riche en onomatopées et en mimiques, et met cette particularité sur le compte d'une « pauvreté du vocabulaire lié au toucher », ainsi que d'une expérience du soin hautement subjective. On trouvera d'ailleurs des observations semblables, dans le domaine de la biomédecine cette fois-ci, dans les travaux de Tom Rice (2010).

Il faut maintenant détailler les trois facettes du soin: les processus de transmission du don, l'apprentissage de cette pratique et l'étendue thérapeutique de ce don du « feu ».

Partie 2 : Transmission, apprentissage et champ d'action

La première partie de ce chapitre nous a donc permis de nous familiariser avec le type de praticien dont il sera globalement question dans ce mémoire. Je veux m'intéresser à présent à trois aspects, trois questions qui constituent des aspects centraux de la pratique du don du feu. Il s'agit dans un premier temps de la transmission du secret déjà mentionnée dans la première partie, à savoir comment une personne se trouve-t-elle à détenir cette suite de mots qui semble contenir, pour certains de mes interlocuteurs, une potentialité thérapeutique. Je m'intéresserai dans un second temps au processus pouvant succéder à la transmission du secret, à savoir l'apprentissage du don et la manière qu'ont mes interlocuteurs d'œuvrer en vue de « mieux soigner ». Finalement, j'essayerai de répondre à cette interrogation qui restait quelque peu en sous-texte au cours de la première partie, à savoir : « Que soigne le don du feu ? ».

⁷ Perrin, Julie, 2011, « Le savoir-toucher du rebouteux. Réflexions autour d'un apprentissage sensoriel propre à une pratique traditionnelle de guérison en Suisse romande ».

2.1 : secret et don

2.1.1 : Le secret en deux temps

Il faut s'intéresser ici à la partie de la transmission qui donne son nom au « secret du feu », à savoir la phrase prononcée silencieusement durant le soin, et qui m'est parfois décrite sous les termes de « formule » ou de « prière ». Mes interlocuteurs n'ont a priori pas de problème à m'expliquer les gestes nécessaires au soin, ou la déontologie entourant celui-ci, mais je note une réticence de ceux-ci à me dévoiler cette partie qu'ils semblent concevoir comme devant être gardée secrète. Il faut reconnaître que je ne posais jamais la question frontalement, et que je laissais les informations venir au cours de l'entretien. Mais la formule était la partie à laquelle je n'avais jamais accès au cours de mon terrain, à l'exception notable d'un de mes interlocuteurs.

Je rencontre Gabriel sur les conseils d'une connaissance, qui m'explique qu'il pratique le don et qu'il a une « vision intéressante » de celui-ci. C'est un homme jeune, du début de la vingtaine, effectuant différents emplois et diverses formations à travers la France au grès des occasions de la vie. Il m'explique dans un premier temps que c'est son oncle qui lui a « confié » le don. Il me décrit cet homme comme particulièrement compétent dans la pratique du soin, suffisamment, du moins, pour aller exercer en milieu hospitalier.

Gabriel m'explique que son oncle l'a un jour pris à part pour lui expliquer qu'il « allait lui confier un secret ancestral, très important ». Il lui expliquera alors un geste spécifique, celui de barrer le feu du bout des doigts, et lui expliquera que ce geste sert à remédier aux brûlures. Gabriel commencera alors à pratiquer le soin du feu avec succès, mais quelques années plus tard, son oncle lui enseignera la seconde partie de la pratique, en lui apprenant une formule à coupler au geste des doigts. Formule que Gabriel expérimentera avec succès, mais cette division du don provoquera un doute chez Gabriel, qui, ayant expérimenté son efficacité sans formule, se questionnera sur sa fonction exacte.

Aujourd'hui, Gabriel m'explique ne pas « croire » à une quelconque dimension transcendante du don, et place l'efficacité thérapeutique de celui-ci sur un mélange d'effet placebo et d'amour que l'on porte les uns aux autres, un peu à la manière d'Anna, mon interlocutrice maraîchère. Il continue cependant d'utiliser la formule « au cas où » cette suite précise de mots porterait en elle un effet supplémentaire. Contrairement à la plupart de mes autres interlocuteurs, Gabriel m'explique ne pas ressentir de sensations particulières durant le soin. Il m'explique plus précisément que les

sensations de chaud et de picotements que le praticien peut rencontrer durant le soin ne sont que des effets découlant de la physiologie humaine,

Gabriel - je sens un picotement dans mes doigts parce que du coup il y a la résistance musculaire, là ta main comme ça elle est tendue [*il tend la main, la paume vers l'extérieur*], c'est juste notre corps qui est comme ça.

Il y aurait beaucoup à dire sur le parcours de mon interlocuteur, mais ce récit de transmission appelle à s'interroger sur la nature de ce que beaucoup de mes interlocuteurs perçoivent bel et bien comme un secret.

Andras Zempléni, psychologue ayant mêlé l'ethnographie à l'approche clinique dans un cadre psychiatrique, détaille dans son article « la chaîne du secret » (1976), les mécanismes de conservation et de divulgation d'un secret. L'auteur distingue trois modes d'existence de cette notion, le « taire » ou la conservation du secret, le « dire » dans le sens où on le divulgue, et le « communiquer » dans le sens où il est transmis. Le fait pour un détenteur du secret de le transmettre à un dépositaire, dépasse le simple fait de transmettre une information confidentielle à celui qui, auparavant, l'ignorait. Le fait de partager le secret nécessite, pour Zempléni, que celui qui le reçoit soit en mesure de « l'étayer, l'élaborer et de le soutenir », en d'autres termes, qu'il l'accepte en tant que secret et qu'il le fasse sien. La séparation qui existait auparavant entre celui qui « savait » et celui qui ne « savait pas », est alors déplacée envers ceux que Zempléni nomme les « destinataires du don ». Les destinataires étant ceux qui, exclus de la transmission et du partage, sont tout de même englobés dans le fonctionnement de ce fait social qu'est le secret. Car pour l'auteur, le secret se manifeste à cette classe d'actant via des « sécrétions du don, ces moyens dont le secret s'exhibe devant ses destinataires sans être, pour autant, ni communiqué, ni révélé » (p.318). Pour Zempléni, le secret est donc d'abord un fait social, non pas par son contenu, mais sa structure, qui nécessite l'approbation des dépositaires, et la constatation, ou a minima l'existence de destinataires.

Il est alors possible de considérer la transmission du don du feu sous l'angle du secret tel que conçu par Zempléni.

Il semble qu'il y ait dans la transmission du don du feu, la nécessité de « quelque chose » chez le futur dépositaire du don du feu, qui lui permettra d'étoffer, ici de pratiquer, le secret. On se souvient des discours annonçant à Céline une capacité au « fluide », et Josiane nous explique qu'elle a dû, au

cours de la transmission du don, affirmer son envie de recevoir le don. Monsieur Loddo me raconte qu'il a pu constater des cas où certaines familles faisaient baptiser un enfant à qui ils souhaitent transmettre le don, à des dates stratégiques, perçues comme favorisant la pratique du don. On peut aussi se demander si la transmission en deux temps, que je ne constate que chez Gabriel, ne serait pas un moyen pour l'oncle, de s'assurer de la capacité ou de la volonté de son neveu de pratiquer le don du feu, de son inclination à pratiquer le « secret » en lui-même, avant de le lui transmettre. Il faut cependant rester prudent, car ce ne sont ici que mes suppositions et non pas une affirmation de mon interlocuteur.

En ce qui concerne les praticiens ayant commencé à pratiquer le don du feu avant de recevoir une formule. Le fait qu'ils exercent déjà une certaine forme du soin sera considéré comme un indice suffisant de la prédisposition de cette personne à la pratique et au développement d'une technique de soin, et la transmission du « secret » apparaîtra alors plus comme un facilitateur du don.

La « transpiration » du secret, dont parle Zempléni, semble aussi ce qui a pu être à l'origine de la pratique du don du feu d'André. Témoin de cette pratique de soin, il décidera d'en reproduire les aspects visibles, tels que les croix, le positionnement de la main ainsi que la prononciation silencieuse d'une formule, tout en choisissant d'inventer ce qui compose la partie secrète du soin et qui ne lui était pas accessible, à savoir le contenu de la phrase prononcée silencieusement.

2.1.2 : L'art de soigner

Au travers de ces observations, se dessine en fait une réflexion sur le concept de « don », tel que le définit Nathalie Heinich, sociologue de L'EHESS, dans son article « Avoir un don. Du don en régime de singularité » (2013). Le don est décrit par Heinich comme cette « capacité hors du commun, [...] provenant d'une instance non pas immanente (humaine, animale, objectale) mais transcendante (Dieu, le hasard, la génétique). » (p.236). Il me faut noter que Nathalie Heinich a particulièrement tourné ses réflexions vers l'art, et plus particulièrement la danse, et que ses réflexions sur le don concernent bien le « don artistique ». Un don artistique qu'Heinich replace dans un « régime de singularité », c'est-à-dire une représentation partagée au sein du monde de l'art moderne, où est privilégié ce qui est « hors du commun, bizarre, unique, atypique »⁸. Les réflexions de l'auteur prennent alors place dans un champ d'étude valorisant l'individualité et la déviation par rapport à la norme. Ces éléments ne résonnent pas avec le terrain que j'ai pu présenter jusqu'ici,

8 Heinich, Nathalie, 2016, « L'art en régime de singularité : Quelques caractéristiques sociologiques de l'art contemporain », p.1.

mais la réflexion menée par Heinich me permettra d'enrichir l'analyse que je tente de mener ici sur le « don du feu ».

Il faut comprendre que, sur mon terrain, le « secret du feu » cohabite avec « le don du feu », dans les locutions utilisées par mes interlocuteurs afin de désigner leur pratique. Seulement, là où la formule, a minima, semble être communément conçue comme devant être gardée secrète, le concept de don donne lieu à des interprétations diverses.

Certains des coupeurs de feu rencontrés m'expliquent que « oui, c'est un don, ça se travaille ». La notion de don qui peut sembler dans un premier temps contradictoire avec la notion de travail, est en fait, selon Heinich, partie prenante du concept. Elle explique, dans son article, que l'idée du don est, dans la doxa, complétée, magnifiée par le travail.

« Le don au second sens, donc, est sans mérite. La seule valeur qui puisse racheter ce manque, si criant en régime démocratique, c'est le travail, l'effort, l'acquisition patiente des compétences qui permettront de faire fructifier le don octroyé en un talent pleinement mérité. » (p.5)

Pour Heinich, c'est donc la « valeur travail » qui permet de donner au don, qui n'est par définition porteur d'aucun mérite, un surplus de légitimité dans notre « norme démocratique de l'égale distribution des ressources » (p.4).

Cette vision du don est intéressante, mais il me semble que mes interlocuteurs se situent sur un positionnement différent vis-à-vis de cette capacité extraordinaire de soin qu'ils possèdent. Premièrement, certains de mes interlocuteurs refusent de qualifier leur pratique comme provenant d'un don, et m'expliquent qu'il suffit de « le vouloir » et ceux qui acceptent cette dénomination ne produisent pas de discours sur une quelconque provenance transcendante du don. Plus étonnant encore, si on suit la définition d'Heinich, le don ne peut être d'origine « immanente », il ne peut provenir d'une source humaine, or, pour certains de mes interlocuteurs, c'est le donataire qui « donne le don ».

Il apparaît alors que le concept du don sur mon terrain se conçoit de façon plus claire si on considère le don, non pas comme une prédisposition immanente, à la manière d'Heinich, mais comme une disposition à étayer une transmission. J'entends par le terme « étayer » le fait d'accepter le secret et de le faire sien, à la manière dont Zempléni utilise le terme. Cet étayage se traduisant sur mon terrain par le fait de s'approprier et d'utiliser le don du feu, d'abord pour voir « si ça marche »,

puis pour le faire fonctionner « mieux ». Afin de pouvoir, avec le temps et par sa pratique répétée, le faire sien.

2.1.3 : Le secret, le don et le reste

C'est sur ce registre que se trouve Gabriel, lorsqu'il m'explique qu'il serait ouvert à l'idée de « le passer ». Mais qu'il faudrait pour cela qu'il rencontre une personne qui « voudrait vraiment soigner », et pas au « premier pélo qui passe, et qui ferait ça pour se la péter, là je ne suis pas sûr que ça marcherait ». On y retrouve le fait, bien que Gabriel rejette en bloc toute dimension transcendante du don, qu'il reconnaisse une différence de potentialité entre les éventuels destinataires du don, basée sur la possibilité de pratiquer le don, mais aussi selon un mode particulier, celui du soin désintéressé.

A la fin de notre entretien, alors que nous discutons du fait que mes interlocuteurs ne m'ont jamais permis l'accès à leur formule, Gabriel m'interrompt et me dit qu'il va me dire la formule, puisqu'il ne considère pas que le fait de la garder secrète soit une partie constituante de son efficacité, il m'explique alors :

Gabriel – Il faut dire :

« feu du ciel, apaise ta chaleur,
et pâlit comme a pâli Judas,
en trahissant Jésus,
au jardin des oliviers, »

Puis tu fais trois cercles avec le pouce et un signe de croix sans jamais toucher la peau. En fait, c'est trois cercles, un signe de croix, je récite la formule, trois cercles, re-signe de croix, et je souffle, comme ça [*il souffle brièvement sur une plaie imaginaire*]. Et je me débarrasse du feu, en me passant les mains sous l'eau.

Je lui demande alors si c'est tout ce que son oncle lui a transmis, il me confirme que c'est, une fois la transmission en deux temps « rassemblée », tout ce que son oncle lui a appris. Il marque alors un temps d'arrêt, semble réfléchir, et reprend, « mais de toute façon pour que ça marche vraiment, il faudrait donner la formule et que j'explique tout ce que je viens de t'expliquer. ».

2.2 : Autodidaxie et sensation

2.2.1 : Un apprentissage en autodidacte

A la vue des témoignages que je rapporte ici, on remarque un autre aspect de la transmission. Il s'agit du fait que le fait de « donner le don », ne renseigne en rien le futur praticien sur ce qu'il doit ressentir ou faire en dehors de l'imposition des mains et de la récitation d'une formule. Nous avons pourtant pu constater le travail de Céline en amont du soin, consistant à se débarrasser de ses bagues ou de « chercher le chaud ». De même, le fait d'expérimenter avec ou sans formule, comme le fait Josiane, est un élément qui est venu postérieurement à la transmission. Mes interlocuteurs apparaissent alors comme inclus dans un processus d'apprentissage qui succède à la transmission, processus qui s'effectue sur un mode un peu particulier.

Il semble, à la vue des différentes trajectoires ici décrites, que c'est leur statut d'autodidacte qui apparaît comme point commun à mes interlocuteurs. J'entends par autodidacte la définition qu'en donne Florian Caron, chercheur au centre de recherche sur les risques et les vulnérabilités à l'université de Caen Basse-Normandie, dans son article de 2011, « vérité de l'autodidaxie. Ethnographie de la transmission guitariste ». Caron reprend divers travaux de chercheurs en science de l'éducation pour en proposer une définition synthétique, empruntant en particulier à Le Meur (1998) et Dumazedier (1993). Dans cet article, l'autodidaxie, ou l'autoformation, telle que la nomme Le Meurs, est ainsi définie :

« Un fait social contemporain qui engendre chez le sujet social apprenant une démarche formative et/ou éducative non contrainte, à savoir librement décidée et complètement pilotée par lui en rapport avec une intention personnelle d'ordre cognitif et existentiel. L'autoformation désigne donc un « autoguidage » de l'éducation, que l'on ait recours ou non à des spécialistes, tant qu'ils sont plus souvent choisis qu'imposés. » (p.531-532)

Le but de l'article de Florian Caron est de montrer comment le fait de se présenter comme autodidacte, pour un guitariste, relève plus d'un positionnement identitaire vis-à-vis de ce qu'il conçoit comme l'institution. Ce positionnement n'étant pas tant un rejet de tout processus de transmission qu'un désir d'affirmer une idiosyncrasie de la pratique musicale, valorisée dans certains genres musicaux, tels que le rock.

Cette définition de « l'autoformation » résonne avec ce que j'ai pu observer sur mon terrain. J'ai pu en effet décrire, dans les pages précédentes, des parcours de vie que l'on peut résumer ainsi :

Certains de mes interlocuteurs s'apercevront eux-mêmes, au cours d'un acte de soin effectué dans leur cercle social proche ou dans leur métier, d'une efficacité thérapeutique supérieure à ce à quoi ils étaient en droit de s'attendre. Paul, par exemple, se trouvera confronté à l'affirmation de son efficacité par les joueurs de l'équipe de rugby. André quant à lui, tentera « d'enlever le feu » de sa fille, dans une tentative inspirée de la pratique des guérisseurs de la région, sans être au préalable convaincu de sa propre efficacité. Ces personnes, « légitimées » par les retours positifs de leur entourage, se lanceront alors dans la pratique de leur don, démontrant le plus souvent une capacité à en pousser les limites, et à en expérimenter de nouvelles facettes, sur un mode « piloté par eux, et en rapport avec une intention personnelle », selon les mots de Caron. Comme lorsque Céline m'explique parvenir à soigner les coups et le sang, ou que Paul, qui au départ soignait les coups, m'explique aussi pouvoir soigner les brûlures. Ces personnes récupéreront parfois au cours de leur pratique une formule, qu'ils jugeront utile, ou non. A la manière de mon interlocuteur kinésithérapeute, qui, dépositaire d'une formule, ne lui donnera pas d'utilité autre que de se concentrer, tout n'étant, au fond, qu'une question de molécules.

Ceux de mes interlocuteurs qui ont, eux, commencé à pratiquer le soin suite à la transmission d'une formule, suivent au final le même parcours une fois mis sur les rails de la pratique, à la différence qu'ils sont d'abord légitimés par le donataire de la formule. Donataire leur ayant affirmé à travers la transmission d'un secret, la capacité du futur guérisseur à étoffer cette transmission, à la pratiquer. Au contraire de ceux qui commencent par constater leur efficacité, qui n'est légitimée que dans un second temps par leur entourage. On remarque aussi que dans la définition de Caron, l'autodidacte pourra avoir recours à des spécialistes, à qui il choisira de faire appel dans son apprentissage. Nous rappelant alors le parcours d'Anna, qui choisira de s'en remettre à un maître Reiki et à une mystique indienne afin de mieux appréhender sa pratique.

Il faut alors décrire avec un peu plus de précision le trajet qu'effectuent mes interlocuteurs, une fois leur don affirmé et constaté.

Leur capacité est cultivée en premier lieu par la pratique en elle-même et la répétition des séances de soin, « c'est un don, ça se travaille » comme me le disent si bien plusieurs interlocuteurs. L'expérimentation joue aussi un rôle important, notamment via les tests effectués par les coupeurs de feu sur divers types de maux perçus comme proches, adjacents presque, à la pratique du don du

feu. La réussite de ces tentatives conduisant le guérisseur à affirmer que son don « marche pour les coups » ou « le sang ». Un échec m'étant présenté sous l'angle du « ça marche moins bien », nécessitant généralement plusieurs essais avant de pousser le guérisseur à m'affirmer que « ça, je n'y arrive pas ». Un peu à la manière de ce que m'explique Monsieur Roque, rencontré un après-midi de Janvier dans sa maison à flanc de colline :

Monsieur Roque – J'ai essayé aussi sur les agneaux, ça marche plus ou moins, mais je le fais plus, mais bon j'en ai connu, des papys qui sont décédés et eux ça marchait, ÇA c'était un don, ils auraient dû le transmettre aussi. Il y avait des gens qui avaient un don pour soigner les animaux.

On remarque au passage que Monsieur Roque, qui ne nie pas avoir de temps en temps un effet sur ses agneaux, estime que le « vrai » don serait le fait d'arriver à une efficacité constante dans sa pratique. Il me semble en fait que, chez mes interlocuteurs, c'est la répétition qui fait loi, et que c'est au cours d'une pratique répétée que le don se travaille et trace ses limites, et que l'on peut arriver à déterminer si on a réellement le « don ».

Cette autoformation, qui fonctionne selon les axes de la pratique et de l'expérimentation, me semble mobiliser en fait deux « causes » sous-jacentes, à savoir, les ressentis et la tradition.

2.2.2 : Modes d'attentions du guérisseur

J'ai déjà décrit dans mon ethnographie les différents ressentis de mes interlocuteurs lors des séances de soin. Le sentiment de chaud de Céline, qu'elle partage avec sa patiente, les picotements dans la main d'André ou la « pointe » dans la main de Paul. Tous ces ressentis me sont décrits comme faisant partie du processus thérapeutique, et sont présentés par les coupeurs de feu comme une manifestation corporelle de l'action de soin qu'ils effectuent.

Corinne Frayssinet-Savy, traite dans son article de 2018, « Expériences sensorielles enfantines du flamenco », de la place des sens et des souvenirs dans la constitution d'une pratique idiosyncrasique du flamenco. Elle se base sur les travaux de David Le Breton à propos du rôle de la perception de stimulus par le corps et de leur intégration en systèmes de sens par le biais culturel. Le Breton, dans son livre *La saveur du monde, une anthropologie des sens* (2006), revient sur le besoin de l'humain à réinvestir de sens ce qu'il ressent. Le propos de l'auteur étant de replacer le corps humain au

centre de ce courant de pensée phénoménologique. Ce corps physique étant une « mesure du monde », un « filet » filtrant les stimulations les plus significatives.

« A chaque instant à travers son corps, l'individu interprète son environnement et agit sur lui en fonction des orientations intériorisées par l'éducation ou l'habitude. La sensation est immédiatement immergée dans la perception. Entre la sensation et la perception, il y a la faculté de connaissance qui rappelle que l'homme n'est pas un organisme biologique mais une créature du sens. Voir, entendre, goûter, toucher ou sentir le monde, c'est en permanence le penser à travers le prisme d'un organe sensoriel et le rendre communicable. » (P.26-27)

Ce qui est, ici, intéressant, c'est la réflexion selon laquelle le contexte d'une situation poussera la conscience à « choisir », celles qui des sensations seront perçues comme porteuses de sens et dignes de perceptions dans un contexte donné. Frayssinet Savy se sert de cette perspective pour observer quelles sensations sont retenues dans le contexte de l'apprentissage du flamenco par les enfants grandissant dans des familles de musiciens et de danseurs de tradition gitane. C'est une analyse qui peut aussi s'effectuer sur mon terrain dans la mesure où mes interlocuteurs me disent percevoir des sensations, avant, pendant et après le soin. Sensations qu'ils attribuent à leur pratique, telles que « le besoin » de soigner d'Anne, le chaud que ressent Céline ou encore la fatigue ressentie après le soin tel que me la décrivent plusieurs de mes interlocuteurs.

C'est d'ailleurs à cette correspondance faite entre le ressenti et le soin que s'oppose Gabriel lorsqu'il m'explique les raisons du chaud et des picotements ressentis dans la main, les justifiant par la physiologie humaine. M'expliquant que la plupart de ces ressentis sont « normaux » et non dû à un quelconque fluide.

Il me semble qu'à la mobilisation des travaux de Le Breton faite par Frayssinet-Savy, il est possible d'ajouter la notion de « modes d'attention somatiques » telle qu'utilisée par Thomas Csordas. Cet anthropologue, qui s'est notamment intéressé à la question des guérisseurs charismatiques en Amérique du nord, propose dans son ouvrage *The Sacred Self : A cultural phenomenology of charismatic healing* (1994) ainsi que dans son article « somatic modes of attention » (1993), une description des expériences du corps des guérisseurs catholiques Américains. Csordas utilise pour cela le concept de mode d'attention somatique, en s'inspirant des travaux de Merleau-Ponty (1962), qui définit l'attention comme le fait de faire ressortir un objet d'un horizon indéterminé et d'ainsi le rendre concevable, les travaux de Le Breton se situant, on le voit, dans cette même lignée phénoménologique. Si Csordas et Le Breton portent une même attention au rôle du corps dans le

travail de découpage du monde, Csordas mettra l'accent sur une attention « portée » au monde, à la différence de l'analyse de Le Breton, pour qui les sensations viendraient appuyer sur un corps passif et capteur de signaux.

Pour Csordas, le mode d'attention somatique est donc un moyen de porter une attention au monde, avec son propre corps, mais aussi à travers le corps de l'autre, de ce qu'il peut nous évoquer et nous renvoyer. Cette dimension intersubjective du mode d'attention, prenant aussi bien en compte mon corps que celui de l'autre, devient plus claire et plus évidente si l'on se réfère au terrain de l'auteur. Csordas détaille dans ses travaux le processus d'*anointing*⁹, qui, s'il désigne habituellement le fait d'oindre les mains ou le front du croyant d'une huile consacrée, dénomme ici le processus de soin des guérisseurs charismatiques. Le guérisseur y est décrit comme pouvant ressentir un sentiment de lourdeur ou au contraire, de légèreté dans son corps, ainsi que des chatouillements, de la chaleur dans les mains, ou un « courant électrique », allant jusqu'à des tremblements visibles dans les mains des thérapeutes. Ces ressentis étant même parfois remplacés par des sentiments tels que l'empathie ou la compassion. Chaque patient provoquera en fait une sensation différente chez le thérapeute, certaines personnes ne provoquant « rien », chez le guérisseur, cet écart sera alors interprété comme la volonté de Dieu de soigner, ou non, le fidèle. L'absence de ressenti conduisant à l'absence de soin, le thérapeute ne pouvant aller à l'encontre de la volonté de Dieu. D'autre part, un sentiment de confusion ou de nausée alertera le *healer* de la présence d'un esprit maléfique au sein du corps d'une des personnes présentes, esprit qui devra alors être combattu.

On retrouve de nombreux éléments faisant écho aux descriptions que j'ai pu faire, notamment en la présence de certains ressentis, tels que la chaleur, localisée principalement dans les mains du praticien, qui se présente autant chez le guérisseur charismatique que chez le coupeur de feu, ressenti parfois complété par de l'empathie, de « l'amour », me dira Anna.

On se rappelle aussi de la description faite par Josiane du sentiment de malaise qu'elle me dira parfois ressentir face à certaines brûlures en apparence banales. On constate alors que les modes d'attention des praticiens, qu'ils soient des catholiques nord-américains ou des guérisseurs traditionnels français, se portent sur les mêmes points d'accroche, la différence étant la réaction qui naîtra de ces modes d'attention. Là où le guérisseur charismatique s'abstiendra de soigner en l'absence de ressenti, mes interlocuteurs feront l'effort de dépasser ce manque de sensation. A la manière de Céline qui s'efforcera de retrouver la trace du feu chez sa patiente, ou Josiane qui concèdera avoir parfois l'impression que « ça ne fait rien », mais qui soignera tout de même la

9 Terme se traduisant par "onction" en français.

personne parce qu'« on ne sait jamais ». C'est dans la recherche de cette connexion au ressenti via des modes d'attention spécifiques, que se trouve l'origine du trajet d'autoformation que je peux décrire chez mes interlocuteurs.

La pratique du soin, dans le sens de sa répétition, permet alors d'affiner l'attention de ce qu'ils estiment tour à tour être la manifestation du « fluide », ou la détection du « mal ». Elle permet aussi de développer des stratégies afin de remédier aux ressentis dysphoriques causés par le soin, à la manière d'Anna qui apprendra auprès d'une mystique indienne qu'il est possible de se protéger des « stigmates » causés par le soin, en utilisant de l'eau salée.

Frayssinet-Savy traite aussi dans son article de l'affinité qui peut se tisser entre les sens, telles que l'ouïe et la vue qui sont associés chez le jeune musicien au cours de noces et de baptêmes, de rituels, au cours desquels jouent des orchestres de flamenco. Ces épisodes permettent à l'enfant une observation et une imprégnation des habitudes partagées lors d'expériences collectives où la musique joue un rôle important. Chez les guérisseurs, c'est le toucher, comme nous venons de le voir, et la vue qui semblent être les modes d'attention mobilisés au cours du soin. J'ai déjà traité de l'importance du toucher à travers les diverses sensations qui traversent la main du praticien, mais il apparaît que la vue agit en complément des ressentis du guérisseur. Dans le processus de détection de la brûlure, la vue peut se substituer au toucher s'il s'agit d'une affliction de surface, donc rapidement constatable, comme me l'explique Céline lorsqu'elle me dit « je passe les mains pour repérer les endroits, à part si je la vois [la brûlure] bien sûr. ». La vue apparaît alors comme un outil privilégié dans l'identification du mal à traiter, et cela devient particulièrement prégnant dans le soin en distance. Chez mes interlocuteurs qui pratiquent ce mode du soin, certains demandent en effet des photos de la personne à traiter, à l'image de Josiane mais aussi de madame Boufil, gérante d'un domaine de chasse, qui me montre la photographie d'une cheville rouge et gonflée, qui lui a été envoyée sur son téléphone par une amie.

Madame Boufil - Eh ben ça c'est sa fille qui s'était cassée la figure. Regarde...[elle montre une photo sur son téléphone], tu vois le bleu, [elle lit le sms envoyé avec la photo]. « Est-ce que tu peux arrêter le coup pour elle, merci beaucoup » voilà. J'aime bien avoir le visu, j'essaye de visualiser la personne dans ma tête, en fait de la repérer ; j'essaye de focaliser enfin de visualiser ce pied là. Et j'essaye de penser à la personne fortement même si je la connais pas, et quelque part j'essaye de visualiser le pied si elle n'avait pas de blessure. C'est un peu complexe, c'est un peu ma tactique.

Le fait de demander une photographie de la zone à traiter est aussi constaté par Olivier Schmitz dans son livre *Soigner par l'invisible: enquête sur les guérisseurs aujourd'hui* (2006), qui s'interroge si il ne s'agit pas d'un cas de contiguïté sympathique, tel que décrit par Marcel Mauss et Henri Hubert (1902-1903).

La contiguïté sympathique est un mode de pratique présent dans ce que Mauss appelle les « systèmes symboliques » tels que la magie, la religion ou la sorcellerie, et où on cherche à agir sur un « tout », une personne, à travers une action effectuée sur une « partie » de cette personne, tels que des cheveux ou des rognures d'ongles. Shmitz note cependant qu'il ne constate jamais l'utilisation de tels « morceaux de personne », et que c'est systématiquement la photographie qui est utilisée. Il me semble, d'après ce que me dit Madame Boufil, que la photographie n'est pas tellement perçue comme un substitut de la personne absente, mais plus une manière de se représenter une image mentale de la personne à soigner, photographie qui m'est décrite comme superflue lorsque la personne est connue, donc facilement « visualisable ». Madame Boufil va même plus loin et m'explique qu'elle visualise la cheville sans la blessure. Josiane, qui pratique aussi le soin à distance, ne me détaille pas autant sa façon de procéder, mais elle m'explique aussi visualiser la personne à soigner sur la base d'une photographie. Tandis que Céline, à qui je demande si elle pratique son soin à distance à l'aide d'images, me répond, « non, mais je le fais sur ma nièce, je la connais bien, j'ai pas besoin de photo... ».

Le sens de la vue apparaît alors comme un moyen de repérer la zone à soigner, fonction remplie par le « toucher » du chaud lorsque le mal est « invisible ». Dans le soin en lui-même, c'est-à-dire ce qui s'effectue lorsque le guérisseur prononce la formule, la plupart de mes interlocuteurs me feront plus part de leurs ressentis tactiles du chaud que d'un ressenti visuel. Il apparaît cependant que dans certaines modalités de soin à distance, le visuel, servant de base à l'imagination, puisse jouer un rôle important. J'entends ici le terme « d'imagination » tel que l'utilise Charles Stepanoff, maître de conférence à l'École pratique des hautes études, dans son livre, *Voyager dans l'invisible : Techniques chamaniques de l'imagination* (2019). Pour Stepanoff, l'imagination n'est pas « cette simple machine à faire défiler des images devant l'œil de la conscience » (p.35), mais bien un outil pour appréhender le monde. L'auteur donne l'exemple de la personne cherchant à repeindre sa chambre, se visualisant et imaginant par là même les différentes couleurs possibles, avant de se décider après avoir « imaginé » quelle couleur conviendrait le mieux à la pièce, économisant alors de nombreux efforts et d'achat de pots de peinture.

Le propos de Stepanoff est de remettre en question cette dichotomie entre le réel et l'imaginaire, et de montrer comment le second permet d'agir sur le premier. L'auteur dresse alors une typologie des différentes formes d'utilisation des dispositions imaginatives, de l'imagination passivement guidée par la lecture d'un roman à l'imagination agentive du sujet actif prévoyant ses vacances. Ce que mes interlocuteurs, plus particulièrement Madame Boufil, me décrivent, c'est bien le fait de s'imaginer la personne et la partie à traiter, afin de se la figurer sous une forme « guérie ». Plus que de s'imaginer en train d'accomplir le process de soin, c'est le fait d'imaginer l'effet escompté qui permettra au guérisseur de soigner la blessure. C'est en ce sens que la « vue », comprise comme un support de l'imagination sera mobilisée par mes interlocuteurs durant les séances de soin.

La vue apparaît aussi avoir une place importante dans l'après-soin, d'abord comme témoignage de l'efficacité du soin, lorsque la rougeur ou le gonflement disparaît, confirmant au coupeur de feu la certitude, même passagère, de son efficacité. Confirmation visuelle complétée par le patient, assurant de la disparition de sa douleur. Le visuel et le tactile seront encore une fois mobilisés dans la constatation d'une fatigue ou d'un mal-être suite au soin, et/ou la constatation de stigmates physiques sur le corps du guérisseur, à l'image des excroissances dans les mains de Paul.

Le toucher et la vue semblent alors agir sur les quatre plans qui constituent le soin, à savoir le repérage du feu, son traitement, la constatation de l'efficacité du soin, et celle des séquelles que le soin peut laisser à celui qui le pratique. C'est sur ces quatre pans du soin que le coupeur de feu va en fait effectuer ses expérimentations dans le but d'obtenir de meilleurs résultats sur de plus en plus d'afflictions différentes, et de déterminer, à la manière de Monsieur Roque et de son essai sur les agneaux, quels dons ils possèdent.

2.2.3 : Une tradition comme source d'inspiration

A ces quatre facettes de soin, il faut en ajouter un cinquième, celle de l'étendue thérapeutique du don, et qui semble se baser sur ce que je qualifierai de tradition. J'entends par tradition la définition que donne Jean Pouillon dans le dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie (1971), et qui rejoint celle donnée par Mauss (1934) dans l'introduction de ce mémoire :

« Ce qui d'un passé persiste dans le présent où elle est transmise et demeure agissante et acceptée par ceux qui la reçoivent et qui, à leur tour, au fil des générations, la transmettent. »
(p. 701)

Or, le don du feu s'inscrit effectivement dans une longue tradition de praticiens se transmettant le don de génération en génération, réelles ou figurées. Et si les différentes études folkloristiques et les ethnographies se mettent généralement d'accord sur le fait que l'origine du don du feu est inconnue, on peut en trouver des traces, au cours du XIX^e siècle, notamment à travers les travaux de Marcelle Bouteiller¹⁰. J'ai personnellement eu le récit, via Daniel Loddo, d'une formule transmise vers le milieu du XIX^e siècle :

Daniel Loddo - Il y avait un guérisseur du côté de Gaillac, qui soignait l'hydrocution, avec un crible, il prenait de l'eau qu'il passait dans le crible, qu'il récupérait dans un seau et il utilisait cette eau pour guérir. Les gens racontent que ses aïeux avaient recueilli des réfugiés carlistes¹¹ espagnols et pour le remercier, ces gens lui ont donné ce don, ça existe là-bas « les chevaliers du crible ».

Là où ce retour à la tradition est intéressant, c'est la façon dont mes interlocuteurs peuvent s'inspirer de celle-ci afin d'accéder à de nouvelles facettes du soin. Comme lorsque Céline ou Louis m'expliquent avoir conscience des dons du sang et des coups et le pratiquer. On note que ces dons ne seront pas pratiqués sur un mode différent de celui du feu. Dans le sens où Céline m'expliquera changer seulement de formule dans la pratique de ce nouveau type de don.

L'exemple le plus frappant reste celui d'André, qui pratique le don avec « formule et croix », éléments habituellement constitutifs du contenu de la transmission du don. Et qui, par « transpiration » du secret, et de la tradition, constitue sa propre pratique, assez proche de celle décrite dans les nombreux travaux ethnographiques sur le sujet, ainsi que de celle que j'ai pu moi-même constater sur mon terrain.

En conclusion, il apparaît que mes interlocuteurs, quelle que soit la façon dont ils aient « rencontré le don », font montre d'un processus d'apprentissage selon un modèle défini par les sciences de l'éducation comme une autodidaxie, une autoformation.

10 Je pense notamment à l'ouvrage *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui* (1987)

11 Mon interlocuteur fait ici référence aux guerres Carlistes, succession de guerres civiles ayant eu lieu en Espagne entre 1833 et 1876

Ce processus sera initié, soit par mes interlocuteurs, qui, à la suite d'une découverte personnelle du don seront poussés par l'envie d'en savoir plus sur les ressorts de leur efficacité ; soit par la transmission d'un savoir, qui n'est au final composé que d'une récitation, de gestes à effectuer et d'un code de conduite, et ne renseigne pas les coupeurs de feu sur les mécanismes sous-jacents de leur pratique, qui les étonne fortement eux-mêmes.

Mes interlocuteurs vont alors entamer un processus, au cours duquel ils vont pratiquer et expérimenter sur différents aspects du don du feu. Ces aspects, classés par ordre d'apparition dans le soin, étant : L'étendue thérapeutique du don, la reconnaissance de la zone touchée par le feu, la façon d'y remédier, la constatation de l'efficacité du soin ainsi que les stratégies employés afin de résoudre les effets secondaires causés par la pratique du soin. André, par exemple, à partir de son soin des brûlures, s'essayera au soin des « coups de soleil », puis, par proximité lexicale, au soin des coups. Céline, elle, m'expliquera enlever ses bijoux avant le soin de manière à « ne pas être gênée », développement qu'elle me décrira comme étant de sa propre initiative. Josiane expérimentera diverses façons de faire, notamment en jouant sur la présence ou non de la formule, inspirée par son amie magnétiseuse. Anna, quant à elle, fera appel à divers spécialistes qui lui apprendront à gérer les rougeurs apparaissant sur son corps suite au soin.

Cet apprentissage individuel et autodidacte se fera via des modes d'attention spécifiques, principalement sur le mode du toucher et de la vue, cette dernière pouvant servir de support à un mode « imaginé » du soin, permettant au guérisseur l'identification d'indices perçus comme découlant de la pratique du soin, et de sa réussite. Perceptions qui seront ensuite cultivées et recherchées car conçues comme parties prenantes du don. Il faut aussi reconnaître l'inspiration de mes interlocuteurs vis-à-vis de cette « tradition du don », dont les diverses ethnographies de Schmitz (2006), ou de Bouteiller (1987), ne sont que des témoins parmi tant d'autres. Cette pratique consistant à guérir un type de « mal » spécifique, à l'aide de formules, et/ou de gestes manuels, inspire nombre de guérisseurs qui s'essayaient tour à tour à ces techniques perçues comme voisines au don du feu, tel que le soin des verrues ou le soin des animaux, à la manière de Paul et de Monsieur Roque.

Ces parcours que je décris ici semblent expliquer en partie la grande diversité que j'ai pu rencontrer sur mon terrain et dont j'ai témoigné dans ces pages. Mais il m'apparaît à présent pertinent de m'intéresser à une question qui pourrait nous renseigner sur une certaine logique interne au don du feu, à savoir, « que soigne exactement le don du feu ? ».

2.3 : Que soigne le don ?

2.3.1 : Une étendue trop large pour les classifications ?

L'enjeu est ici de comprendre de quelle façon mes interlocuteurs conçoivent le fonctionnement de la pratique du don. En d'autres termes, s'intéresser à ce que soigne le don du feu, et à comment il le soigne.

Le « don du feu » tel que pratiqué par les coupeurs de feu m'est défini comme le traitement d'un ensemble de maux assimilés aux brûlures. On y trouve donc le traitement des brûlures causées par les flammes, par de l'eau brûlante, ainsi que les coups de soleil. Mes interlocuteurs m'expliquent aussi être particulièrement compétents dans le traitement des brûlures dues à la radiothérapie, effet collatéral du traitement contre le cancer qui m'est décrit comme difficilement traitable par les moyens conventionnels de la médecine.

Ce qui frappe aussi l'observateur extérieur, c'est la façon dont chaque interlocuteur « interprète » le don du feu. Céline traite le « feu de forêt » chez son amie, qui semble être une forme de psoriasis, qui est effectivement une inflammation de la peau, mais qui ne m'est jamais mentionnée par un autre interlocuteur. Une autre interlocutrice me dit traiter les piqûres d'abeille, dans le sens où elle peut arrêter « la cuisson de la piqûre ». Il faut aussi mentionner le Zona, réactivation du virus de la varicelle dans un ou plusieurs ganglions nerveux, causant l'éruption cutanée de plaques rouges, provoquant des sensations de douleurs et de brûlures chez le patient. Il en va de même pour l'herpès, infection par le papillomavirus qui cause l'apparition de vésicules, provoquant là aussi, entre autres, des sensations de brûlure. Ces deux maladies ont d'ailleurs parfois pour surnom, la « ceinture du feu » pour le zona, et le « feu sauvage » pour l'herpès. On remarque au passage, parmi ces différentes situations, une majorité de blessures situées « à fleur de peau », à l'exception notable de la tendinite, mal fréquemment traité, mais situé plus en profondeur du corps humain.

Le « don du feu » n'apparaît alors pas tellement comme un remède à une série d'afflictions reliées par une étiologie médicale, traitant de manière indiscriminée les brûlures, définies par le dictionnaire médical¹² comme :

12 URL : <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=br%C3%BBlure>

« Destruction des téguments, voire des tissus sous-jacents, sous l'action d'un agent thermique (flammes, contacts liquides solides ou gazeux), chimique, électrique, ou de radiations ionisantes. »

Les inflammations¹³ :

« Ensemble de manifestations cliniques : douleur, rougeur, chaleur, gonflement avec perturbations des fonctions vasculaires, cellulaires et humorales se produisant dans l'organisme en réponse à des agressions variées (microbiennes, traumatiques, physiques, chimiques, immunitaires, tumorales...) »

Ainsi que certaines infections¹⁴ :

« Désigne d'une part, la pénétration et le développement dans un être vivant, de micro-organismes (bactéries, virus, champignons) qui provoquent des lésions en se multipliant et éventuellement en sécrétant des toxines ou en se propageant par voie sanguine et d'autre part, le résultat de cette pénétration caractérisé par une réponse inflammatoire, au moins locale. »

Le don ne suit pas non plus de typologie telle que celle proposée par Claudine Herzlitch, dans son ouvrage, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale* (1969). Herzlitch propose dans ce livre l'éventail des représentations profanes de la maladie. Elle y distingue différents types d'afflictions, telle que la maladie « courante », la maladie « fléau », comme le cancer ou les maladies du cœur, et la maladies « épreuve », qui regroupe les rhumatismes, l'asthme et les maladies mentales (P.76). Herzlitch met en lumière une classifications des maux sur la base de la gravité de la maladie, les maladies fléaux étant celles avec un fort taux de mortalité, ainsi que sur la durée et la pénibilité de celle-ci, comme dans les maladies épreuves, qui se caractérisent par leur caractère douloureux et itératif. Les maux traités par le don du feu se trouveraient, dans une telle classification, à cheval sur les simples « accidents » que Herzlitch reconnaît, mais dont elle ne fait pas le sujet de son livre, et les maux « courants » pour l'herpès, voire « épreuve » pour les tendinites les plus douloureuses. Le don du feu apparaît alors suivre sa propre classification des maux, ni scientifique, ni tout à fait celle du « patient » profane.

13 URL : <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=inflammation>

14 URL : <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=infection>

Olivier Schmitz (2006), qui, lui aussi, note parmi les maux traités par les différents dons, une localisation particulièrement prononcée sur la surface de l'enveloppe physique, propose une classification basée sur le terme de *sickness*. L'auteur fait remarquer que les blessures et affections traitées par les différents secrets sont des maux qui « bien que relativement courants, n'en perturbent pas moins l'activité physique (et économique pour les professions pour lesquelles le corps est un véritable « outil ») » (p.106). La typologie proposée par Olivier Schmitz est alors celle reprenant la classification de la maladie selon les termes d'*illness*, de *disease* et de *sickness*. Ces trois termes, utilisés dans la langue anglaise pour désigner le concept de maladie, insistent chacun sur une facette du concept. Le terme d'*illness* fait référence à la dimension subjective de la maladie, à la manière dont la personne se retrouve affectée dans son corps par la pathologie, et qui le décide à chercher un remède, *disease* fait référence à la vision biomédicale, celle du médecin, et *sickness* à la dimension socioculturelle de la maladie. C'est pour Schmitz, cette dernière facette de la maladie qui se trouve concernée par le traitement par « secret ». Ces maux qui, en empêchant l'activité physique de la personne, l'handicape dans son travail et donc dans sa vie économique et sociale. Cette typologie, tout en correspondant dans certains cas à ce que j'ai pu observer sur mon terrain, comme lorsque André soignera un ouvrier dont la main est rendue immobile par un coup de marteau, semble ne pas prendre en compte d'autres situations dont je pourrais être témoin. Le « feu de forêt » de Paula, par exemple, ne me sera pas présenté comme gênant la patiente dans son activité physique, de même que la verrue sur le genou de Max. Reste cependant une catégorisation intéressante, permettant de rassembler les maux traités au-delà des divisions nosologiques, accidentelles et pathologiques, visibles et invisibles du mal traité.

2.3.2 : Une étendue thérapeutique qui contient tout entière dans un mot

Il faut aussi noter, par rapport aux affections causées par des infections telles que le zona ou l'herpès, qu'il semble s'opérer un amalgame entre l'étiologie de la maladie et son symptôme. Lorsque mes interlocuteurs me racontent des récits de soin de zona, on m'explique faire « partir le zona », me signifiant en fait l'assèchement des plaques et leur disparition. Le coupeur de feu considérant la partie superficielle, dans le sens de sa manifestation cutanée, comme constitutif de l'ensemble de la maladie. J'ai déjà traité de l'importance du visuel dans la pratique du don, mais cet amalgame entraîne, dans le cas du zona, certaines conséquences. Comme me l'explique Monsieur Garcia, Médecin généraliste du village près duquel habite André.

Monsieur Garcia - Ils viennent nous voir en complément quand ils ont l'impression que le gros du travail à été fait, pour eux le zona, c'est des boutons qui sortent et qui brûlent, donc les gens vont voir un gars qui enlève le feu, les boutons partent, et ils viennent nous voir quelques jours après, et là c'est trop tard pour les médicaments, et les gens peuvent avoir mal pendant des années.

Monsieur Garcia souligne ici la confusion qu'il semble exister entre la vision profane du Zona, qui semble être celle partagée par les coupeurs de feu rencontrés, et celle des praticiens de la médecine conventionnelle. Pour le dire autrement, pour le coupeur de feu, le Zona est ce que l'on en voit, mais mon interlocuteur souligne aussi que l'infection comporte des « boutons qui brûlent », le zona est alors aussi, ce qu'il provoque sur le plan des ressentis. C'est ce que je retrouve lorsque mes interlocuteurs me disent « arrêter le feu », mais aussi « enlever le chaud ». Le don du feu, au-delà de traiter un type précis d'affliction, traite un ressenti, une sensation thermalgique¹⁵ lexicalisée par le terme du « chaud » ou de « feu », identifié par un certain visuel, dont la disparition signifiera la disparition du mal. Il me semble alors, pour reprendre la classification de Schmitz (2006), que ce sera ici davantage le concept d'*illness*, dans le sens du ressenti personnel du mal, qui concernera la plupart des cas où le don du feu sera sollicité.

Si on s'intéresse à l'étiologie des « maux du feu », on constate que la brûlure, au même titre que la tendinite ou le zona, semble survenir par accident, tel un aléa de la vie. Je ne retrouve pas non plus de discours sur de quelconques action sorcellaire, ou sur une dimension agonistique de l'origine de la maladie, comme ont pu l'ethnographier Jeanne Favret-Saada dans le bocage normand (1977), ou Marc Augé en Afrique (1983). Les brûlures, inflammation et infection traitées par le don, semblent en fait partager une même cause, celle contenue toute entière dans le nom de mon objet ethnographique, le don du « feu ». C'est ce « feu », qui est la cause de la douleur, et que le coupeur se donne la responsabilité de faire partir.

Le feu apparaît donc comme ce processus se manifestant la plupart du temps via une sensation de chaud et constatable selon un certain panel d'indices visuels. Et dont Olivier Shmitz (2006) dit qu'il est l'objet d'une « représentation ontologique », dans le sens où il semble doté d'un certain mode d'existence, il « est là », et on « l'arrête ». Les différents moyens usités afin d'agir sur ce feu, sont, sur mon terrain, une imposition des mains, une pensée dirigée vers la personne affectée, ou des gestes manuels conçus comme agissant sur lui, le barrant ou l'enlevant.

15 Sensation de douleur thermique, selon la définition de Heni Piéron dans son livre "la sensation", 1953

2.3.3 : Le thérapeute et son patient, des vases communicants

De telles observations, maintes fois renouvelées dans la littérature anthropologique, conduiront notamment François Laplantine, anthropologue et professeur émérite à l'université Lumière Lyon 2, à s'intéresser dans son article « Feu contre Feu, Terre contre feu », publié dans la revue autrement du troisième trimestre 1978, aux processus sous-tendant un tel soin.

Pour Laplantine, le soin s'effectue en fonction de deux axes opposés, l'homéopathique opposé à l'allopathique, et le soustractif opposé à l'additif.

Le premier axe oppose l'homéopathie, le fait de traiter le mal par affinité, comme dans le cas d'un cataplasme chaud sur une personne fiévreuse ; avec l'allopathie, le fait de traiter un mal par son contraire, dans une logique d'affrontement, comme dans la conception biomédicale où les antibiotiques sont perçus comme détruisant les bactéries responsables de la maladie.

La seconde opposition, celle de l'additif et du soustractif, concerne la conception du soin comme un processus répondant à un manque provoquant une défaillance qu'il faudra résoudre, en ingérant des médicaments par exemple, ou par un trop-plein, auquel cas, il faudra extraire ce qui cause les symptômes chez le patient, comme dans le cas des saignées pratiquées au XVI^e et XVIII^e siècle. Laplantine en arrive à la conclusion que les « guérisseurs » se trouvent plutôt du côté allopathique, en raison des croix ou du souffle effectué sur les brûlures, perçus comme affrontant le feu. Sur l'axe soustractif/additif, il se montre plus prudent et explique que certains gestes, tels que le souffle peuvent être vu comme un moyen de soustraire le feu, tandis que l'utilisation d'un filet de bave appliqué sur la brûlure, variante que je ne constate pas sur mon terrain mais qui reste documentée par Schmitz (2006), serait concevable sous l'angle de l'additif.

Cette grille d'analyse ne permet pas réellement de mieux appréhender mon terrain, mais Laplantine prend comme point de départ de son analyse le postulat que la médecine institutionnelle comme traditionnelle « s'efforce toujours d'établir un lien entre un complexe pathologique (le malade ou l'organe malade) et un complexe thérapeutique (le traitement adéquat qui doit être prescrit) » (p.99).

On s'aperçoit bien que mes interlocuteurs, ne développent pas forcément de telles conceptions du soin, et à l'heure actuelle, je serais bien incapable de classer la pratique d'une coupeuse de feu telle que Josiane. Cette interlocutrice qui m'explique soigner sur la base d'une « véritable intention », et éprouver des sensations différentes au cas par cas. Monsieur Roque, mon interlocuteur qui s'était essayé au soin des agneaux, m'explique, lui, ne pas ressentir de sensations durant le soin, si ce n'est une fatigue une fois le soin effectué. Il m'explique aussi ne pas avoir de gestes pour « se débarrasser

du feu » à la manière de Céline qui agite les mains durant son soin, puisqu'il a personnellement l'impression de « chasser le feu », qui ne le contamine alors pas.

On comprend alors que, s'il est difficile de proposer une typologie du soin de mes interlocuteurs en fonction des catégories proposées par Laplantine, les praticiens que j'ai pu rencontrer fonctionnent bien sur un lien entre un complexe pathologique et un complexe thérapeutique. J'ajoute alors que ce lien fonctionne comme un système de vase communicant, où le feu peut « monter » chez Céline, et où Josiane s'expose, si elle ne prend pas garde à se « nettoyer », à contaminer son patient avec des « choses négatives ».

Ce complexe thérapeutique prend la forme, sur mon terrain, du fluide, de l'onde, ou tout simplement de l'amour, de ce qui m'est désigné par mes interlocuteurs comme ce qui rend la pratique du soin possible. Ce fluide qui semble parfois se trouver de façon différenciée en fonction des personnes, ou qui, au contraire, m'est présenté comme existant en chaque être humain.

2.3.4 : Contraintes et obligations du fluide

Ce fluide est étroitement lié à la conception que mes interlocuteurs ont de leur personne, ils « ont » un fluide. Et en utilisant ce fluide, mes interlocuteurs s'exposent à une contamination par le « feu », à une contamination du patient par des éléments « pathogènes » ou à une sensation de fatigue du fait de son utilisation. Ce fluide apparaît aussi comme un obstacle au soin d'un autre utilisateur du fluide, on peut se rappeler du récit d'André, lorsqu'il nous explique que cette « Maryse », qu'il était allé consulter, lui avait annoncée être dans l'incapacité d'agir en raison du fort fluide d'André.

Cette idée que la compétence d'un praticien du don le rendrait insensible à toute tentative de soin d'un praticien « moins fort » que lui, m'est, sur mon terrain, seulement présenté dans ce récit. Cependant, Monsieur Loddo m'explique qu'il s'agit, de ce qu'il a pu observer, d'une récurrence, à l'origine : souvent, de la découverte de nouveaux guérisseurs.

Daniel Loddo – Ça peut être quelqu'un qui te révèle, il y en avait un qui s'appelait Darret, il a révélé beaucoup de dons à des gens, pourquoi il révèle ? Parce qu'il est en relation avec des gens qu'il ne peut pas soigner « vous avez une énergie trop forte » qui combat la sienne, ou des gens qui ont tellement d'énergie en eux...que c'est une condamnation, et le guérisseur lui dit, « le seul moyen de guérir de ta maladie c'est de soigner. Tu en peux plus, ça te sort de partout.

Cette énergie, ce fluide, cette onde, quelle que soit le nom que l'on peut lui donner, apparaît alors non seulement comme la base de l'efficacité du praticien du don, mais aussi comme une ressource, qui peut bloquer l'action d'un autre fluide de même nature, et qui non exploitée, semble avoir la possibilité de devenir un agent pathogène pour la personne qui l'accumule. Le guérisseur se trouvant alors dans une situation où il faut alors soigner pour éviter de tomber malade. On note ici dans le récit de Monsieur Loddo, une ressemblance avec ce qu'a pu décrire Jeanne Favret-Saada, dans son livre *les mots, la mort, les sorts* (1977), lorsqu'elle traite du concept de « force » chez les sorciers du bocage normand. Dans la conception de Favret-Saada, le sorcier est un personnage disposant d'un trop-plein de force pour son domaine physique, le plaçant dans l'obligation d'attaquer une personne afin d'utiliser cette énergie en trop. Les guérisseurs décrits par Monsieur Loddo apparaissent alors comme fonctionnant sur le même principe, sur un mode inversé, ce trop-plein de force menant ici à une obligation de soigner.

Les coupeurs de feu apparaissent à l'issue de ces pages comme des personnes ayant commencé à pratiquer le soin à la suite d'une transmission ou d'une découverte personnelle d'une potentialité de soin. Les deux cas n'étant pas si fondamentalement différents, car cette transmission, dont certains coupeurs de feu seront dépositaires, ne leur apprendra au final que le « comment faire », tout en leur affirmant via la transmission, une certaine légitimité présente chez le futur coupeur de feu. Mes interlocuteurs devant alors, quel que soit leur mode d'entrée dans la pratique, par eux même, se contraindre à un exercice de pratique répétée afin d'appréhender le don du feu dans sa part sensorielle. La transmission étant elle-même parfois vague sur l'étendue thérapeutique du don du feu, il reviendra alors aussi au coupeur de feu de déterminer lui-même quels maux il est en mesure de soigner, incluant régulièrement dans ses expérimentations, le soin de nouveaux maux.

Le don du feu apparaît finalement comme cette capacité à soigner un certain type d'affliction, celles provoquant le « chaud » chez le patient, souvent à un degré incapacitant ou insupportable. Les témoins visuels de ce ressenti, tel que la rougeur d'un zona, lorsqu'ils apparaissent, semblent parfois être conçus comme l'entière du chaud. Leur disparition signifiant alors la disparition du feu en lui-même. Le traitement du « feu » est rendu capable pour mes interlocuteurs sur la base d'une entité pouvant prendre plusieurs dénominations, telles que le fluide ou les ondes, qui, même si son fonctionnement m'est peu spécifié, semble remplir le rôle d'un complexe thérapeutique, mais dont son utilisation rend aussi possible le déplacement du complexe pathologique vers le guérisseur. Ce fluide, dont le corps du guérisseur est le lieu d'existence, apparaît aussi comme portant la possibilité d'une intoxication de son possesseur dans le cas d'une non utilisation prolongée, ainsi

que l'impossibilité d'un soin par un fluide de même nature, mais d'un degré de « puissance » inférieur.

Partie 3 : Le don : Un rapport aux autres

Cette partie consistera à décrire comment le don s'inscrit au sein des rapports sociaux de mes interlocuteurs. Entre les praticiens et leurs patients, mais aussi entre les praticiens eux-mêmes.

Il sera dans un premier temps question d'observer, dans une perspective diachronique, la place que pouvait occuper le don là où il était majoritairement présent : dans les campagnes françaises, au cours du XIXe et XXe siècle. Cette analyse nous permettra de mettre en exergue la place de la religiosité dans la pratique du don du feu. Je mobiliserai ensuite une ethnographie un peu plus récente, mais se situant toujours en amont de mon terrain, qui nous permettra d'observer les évolutions du don au cours du siècle dernier. La dernière partie sera alors dédiée à ce que j'ai pu moi-même observer sur l'intrication du don avec la vie religieuse et villageoise, nous donnant à voir, ce qui, à l'heure actuelle, constitue la sociabilité du don.

3.1 : L'héritage religieux : un angle diachronique

3.1.1 : Analyse des études des folkloristes

Je vais, pour cette sous-partie, m'appuyer sur le livre de Marcelle Bouteiller, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui* (1987). Le but étant de proposer une description de la pratique du don du feu, dans le contexte du XIXe siècle, dans le but de mieux faire ressortir ce que j'ai moi-même pu observer de la pratique du don sur mon terrain mené au cours des années 2020-2021. Les données que je compte utiliser sont donc tirées de l'ouvrage de Marcelle Bouteiller, qui s'appuie elle-même sur les études menées par les folkloristes s'étant intéressés à la question. Il faut ici noter que l'ouvrage, qui date lui-même de la fin du XXe siècle, reprend des travaux datant pour les plus anciens d'entre eux de la fin du XIXe, avec, par exemple « la revue des traditions populaires » ou même du début du XXe avec « la revue de folklore français et de folklore colonial ». Revues qui se proposent de rapporter une culture présente dans les campagnes françaises au début des années 1800. Il faudra alors garder à l'esprit que les données présentées ici sont issues d'un discours

rapporté provenant lui-même d'observations compilées de sources diverses datant parfois de plusieurs dizaines d'années.

Le livre se propose, dans sa première partie, de décrire les manières dont le don est utilisé et sollicité dans la société rurale française des années 1800. Elle y décrit des campagnes en situation de désert médical où le médecin de campagne, personnage proche du docteur Benassis de Balzac¹⁶, compose tant bien que mal avec le manque d'infrastructure, devant parfois effectuer cinq heures de marche pour rejoindre le plateau d'Aubrac où il est attendu d'urgence. Le pauvre homme n'étant aidé dans sa tâche, la plupart du temps, que par une sage-femme davantage formée par le curé du village sur la façon d'administrer le baptême que sur la façon de mettre un enfant au monde. Le médecin devant, par-dessus tout, composer avec une certaine méfiance des populations soignées, ces dernières reprochant au médecin des soins trop onéreux. Cette critique se trouvant doublée dans certains cas d'un décalage entre un médecin « venu de la ville » et ne comprenant pas le dialecte local, et les paysans locaux, ne parlant parfois pas le français. Jacques E. Merceron, dans son article « sarcasmes, rancœur et regards croisés sur la médecine en milieu rural : Paysans, guérisseurs et médecins au XIXe siècle » (2019) qui traite lui aussi du cas des médecins ruraux au XIXe siècle, rapporte le témoignage, datant de 1832, de François Marie Guillaume Habasque, président du tribunal de Saint-Brieuc :

« Le paysan se casse-t-il un bras, une jambe ? il a recours au bailleul, que dans le pays on nomme rebouteur, qui souvent l'estropie, ce qui ne diminue pas la confiance en son savoir. On en a aucune au contraire dans les médecins reçus dans les facultés. D'abord, on prétend qu'ils se font payer trop cher, et puis ils parlent un jargon que l'on ne comprend pas. On se borne donc à y prendre du vin chaud ou de l'eau-de-vie, dans lesquels on mêle du poivre ou quelque autre ingrédient : ce sont là des spécifiques pour tous les maux. » (p.11)

Dans un tel contexte, c'est bien le praticien « alternatif »¹⁷ qui se présente comme adversaire principal du médecin de campagne. Ce dernier se trouvant à devoir négocier avec une succession de praticiens, qu'ils soient rebouteux, sorciers ou signeurs de maux. Marcelle bouteiller décrit ces divers acteurs qui évoluent en parallèle du médecin de campagne. Elle fait d'abord mention des « guérisseurs ambulants » errants de ville en ville afin de délivrer divers remèdes à base de plantes dépuratives et de « serpents macérés dans des bocaux d'alcools » (p.24). Sont aussi décrits les

16 Balzac, Honoré de, 1833, *Le médecin de campagne*.

17 Si on peut bien donner le même sens au terme dans ce type de contexte

« bienfaiteurs des pauvres », ces châtelains et curés charitables, connaisseurs d'une certaine pharmacopée, qu'ils n'hésitent pas, pour certains d'entre eux, à mettre à disposition de la population locale.

Au sein de cet écosystème, sont décrits ceux que Bouteiller désigne sous le nom de « Guérisseurs magiques » ou « Conjureurs ». Ces possesseurs de formules sont présentés comme répondants à des règles strictes : chrétiens baptisés, ne pouvant exercer leur don que sur des patients pareillement chrétiens baptisés et pratiquants, ou sur des animaux dont le propriétaire sera lui-même chrétien. Le don sera transmis préférentiellement dans un cadre intra-familial, et ne sortira de celui-ci que dans le cas où le guérisseur sera en incapacité de trouver un donataire plus jeune que lui. On retrouve chez Bouteiller, la règle, déjà mentionnée par Céline, de l'interdiction de transmettre le don à quelqu'un de plus vieux que soi. Vient s'ajouter à cela une règle supplémentaire, que Bouteiller présente comme fondamentale, mais que je n'ai jamais rencontrée ou pu relever dans le discours de mes interlocuteurs. Il s'agit de celle interdisant au nouveau possesseur du don de le pratiquer, tant que celui qui lui ayant transmis la formule est encore en vie, au risque de le priver de toute efficacité. On note au passage que chez Bouteiller, un peu comme sur mon terrain, la pratique du don ne passe pas forcément par la possession d'une formule.

Il semble en effet exister de nombreuses conditions pouvant donner à une personne la capacité de soigner certains maux. Celui né le 25 janvier se trouve en capacité de soigner les morsures de vipère, tandis que celui né « par le siège » pourra soigner les entorses. Faire une entaille dans un pommier qui n'a jamais porté de fruit permettrait de remédier à la fièvre et au panaris. On remarque à cette occasion la diversité des maux traitables par les « guérisseurs magiques », diversité que l'on retrouve aussi dans le corpus de formules présenté par Bouteiller. L'auteur énumère un nombre conséquent de « secrets », de formules, qui permettront, non seulement de guérir le corps humain, grâce à des « oraisons » contre le mal d'yeux, les teignes, les échardes, mais aussi d'agir sur d'autres plans, comme préserver un champ de l'orage et de la grêle.

Ce qui transparaît des travaux de Bouteiller, c'est, d'une part un enchaînement fort de l'utilisation du don dans une religiosité spécifique, le christianisme, qui conditionne son utilisation ainsi que les personnes sur lesquelles on peut en faire usage.

Dans un second temps, on remarque une pluralité des maux pris en charge par les « conjureurs », tant et si bien que chaque affliction semble avoir sa formule, ou du moins, son don. On peut aussi remarquer une continuité dans les formules utilisées pour guérir le feu, Bouteiller rapporte l'une des récitations utilisées à cet effet :

O Saint Laurent, sur un brasier ardent
Quand vous grilliez, et n'étiez pas souffrant,
Faites-moi la grâce que cette chaleur se passe,
Feu de Dieu perd ta chaleur
Comme Judas a perdu sa couleur
Quand, pour sa passion juive,
Il trahit Jésus Christ au jardin des Oliviers.

On retrouve dans cette formule, la même référence à l'épisode biblique du jardin des oliviers déjà présente dans la formule dont m'avait fait part Gabriel. Cet épisode étant, dans l'exemple de Bouteiller, doublé d'une référence à un autre saint de la tradition chrétienne, saint-Laurent ou Laurent de Rome, mort en martyr sur le gril. On notera aussi une référence à la « passion juive » de Judas, absente elle aussi de la formule de Gabriel.

J'aimerais ici profiter de ce focus qui nous est offert sur la dimension religieuse du don, pour m'arrêter brièvement sur ce secret qui m'est parfois décrit sur mon terrain sous le terme de « prière ».

3.1.2 : Un mot de la formule

Schmitz, dans son ouvrage de 2006, note lui aussi cette présence du religieux dans la pratique du don. Il explique que les formules présentent la plupart du temps la figure d'un saint ou d'un personnage de la trinité. Comme on peut le constater avec l'exemple de Gabriel, ou celui de Bouteiller, où l'on retrouve Jésus-Christ, Judas, Saint-Laurent, ainsi qu'une scène biblique, celle de la trahison de Juda au jardin des oliviers, parfois renforcé d'un « notre-père ».

On peut alors s'intéresser au statut de ce qui m'est parfois désigné comme une « formule » et parfois comme une « prière ».

Schmitz explique que la plupart des formules fonctionnent sur deux principes. Le premier est l'action conjuratoire qui consiste en l'identification du mal et en son expulsion au nom de la figure religieuse (p.112), « feu, feu, perds tes forces... ». Le deuxième est l'évocation d'un passage des évangiles présentant une analogie avec l'événement pathologique (ibid.), « lorsqu'il a trahi notre Seigneur... », où la référence au martyr de Saint-Laurent, où le mal soigné, le feu, entretiendra un rapport de sympathie avec la vie du personnage évoqué. On peut alors retrouver un des deux

procédés ou les deux dans une même formule, comme dans l'exemple des récitations auxquelles j'ai pu accéder.

La formule peut alors s'analyser, selon Schmitz, comme un acte performatif. Permettant au guérisseur de canaliser une force extérieure transcendantale dont il n'est que le « récipient ». Sur mon terrain, il s'agira de ce fluide, ou de ces « ondes », qui seront ainsi mobilisées via la formule. C'est d'ailleurs, pour Schmitz, à cause de cette fonction performative, que la formule du guérisseur ne peut être considérée comme une prière dans le sens religieux du terme. Là où une formule a pour fonction d'accomplir un acte thérapeutique, un Notre Père n'aura pas le but d'effectuer un acte de langage, mais plus d'exprimer la foi de son énonciateur.

Ce qui est ici intéressant, c'est que cette vision de la formule comme élément catalyseur semble partagée, sur le terrain d'Olivier Schmitz, par les guérisseurs croyants comme non-croyants. Les guérisseurs athées ou agnostiques adhèrent aussi à cette vision, mais ne placent pas la provenance de cette force extérieure dans le divin. Ils ne se présentent cependant pas comme ayant un problème à convoquer leurs forces à l'aide de formules faisant référence à la religion chrétienne. La seule efficacité thérapeutique de la formule leur suffisant à en justifier l'utilisation. Schmitz décrit aussi comment certains de ses interlocuteurs chrétiens affirment ne pas pouvoir soigner les personnes non baptisées, à la manière des praticiens décrits par Bouteiller.

J'aimerais, avant de décrire ce que j'ai moi-même pu observer, rapporter ce qu'a pu constater André Julliard dans la région française de l'Ain, lors de son terrain effectué dans les années 1960. Cette ethnographie, qui tout en s'inscrivant dans un passé plus proche, s'inscrit aussi dans une approche diachronique et nous permettra de nous approcher un peu mieux de mon propre terrain.

3.1.3 : Le don dans la vie paysanne du XXe siècle

André Julliard, docteur en sociologie et anthropologie à Paris V et chargé de recherche au CNRS, s'est intéressé à la question des guérisseurs en milieu rural, réalisant un terrain en Bresse et Bugey, dans le département de l'Ain. L'auteur décrit dans son article « le don du guérisseur, une position religieuse obligée » (1982) une conception du soin qui s'inscrit dans le religieux par deux aspects. Le premier est la connotation religieuse des formules, et le deuxième, la lignée spirituelle dans laquelle s'inscrivent les guérisseurs. Les interlocuteurs de Julliard sont tous catholiques pratiquants et se considèrent comme les héritiers de la pratique du fils de Dieu, Jésus-Christ. Ce dernier était considéré comme le premier guérisseur, en raison de ses actes d'imposition des mains. La pratique

du don, en plus des soins ponctuels aux brûlures et autres verrues, s'articule aussi autour de la vie religieuse de la société paysanne.

Julliard décrit en effet comment le guérisseur va réserver certaines pratiques de soin et de protection contre le mal à des moments particuliers de l'année, comme à la période de Noël ou de Pâques. Les guérisseurs Bugeysiens sont décrits comme des acteurs ordinaires de la société paysanne (ouvriers, paysans), disposant d'un don de soin qui « se loge de par sa constitution interne (prière jeûne, neuvaine, signe de croix...) à proximité des méthodes religieuses de contact avec le sacré » (p.51). On note que, même si la pratique du don semble s'inscrire, et tirer sa légitimité, de la pratique religieuse catholique, elle ne fait pas du guérisseur un « croyant à part ». Ce dernier ne fréquentant pas plus assidûment les bancs de l'église que les autres habitants du village.

En ce qui concerne l'interdiction de soigner les personnes non baptisées, la règle est présentée comme connue, mais peu respectée chez ses interlocuteurs, pourtant tous chrétiens pratiquants. Pour Julliard, cette règle se justifie, ou se justifiait, sur la base du baptême comme signifiant de la « foi en Dieu » (p.54). Le baptême garantissant l'adhésion au christianisme et donc au même système de croyances que le guérisseur, lui aussi croyant, « le baptême comme permission de soigner est pour que le patient ou le thérapeute se réfèrent à un mode archétypal et universel de mentalité et de conduite par rapport au don » (ibid.). Référence préférentielle, mais pas obligatoire, qui semble répondre plus à un besoin de consensus social qu'à un impératif religieux.

On se rend compte que si Julliard décrit sur son terrain une pratique du don se situant à l'intersection des sphères de la vie sociale et religieuse du village Aindinois, l'auteur remarquait déjà que la pratique du soin des brûlures ne présageait pas d'un mode de pratique de la religiosité de la part du coupeur de feu, différent de celui de tout autre membre de la vie villageoise. Il en va de même pour la règle voulant que le patient soit a minima baptisé. Cette condition étant pour Julliard, plus qu'un commandement conditionnant l'efficacité de la pratique, la garantie d'un socle commun de valeurs protégeant le guérisseur de tout mépris de la part de son patient.

On remarque bien que chez Julliard, la question pour les guérisseurs n'est pas tellement de se positionner via une certaine forme de la pratique religieuse, mais bien de s'inscrire dans la vie sociale villageoise dont il est ici un acteur au même titre que le paysan ou l'artisan. Et ce, malgré une pratique toujours marquée par son héritage religieux, comme nous avons pu le constater à travers les formules utilisées ou l'ethnographie de Bouteiller, qui nous permettait de constater un état antérieur de la pratique où la foi du praticien semblait réellement conditionner la pratique du don.

Il est à présent temps de proposer au lecteur, ce que j'ai moi-même pu observer quant à la place que peuvent occuper mes interlocuteurs, vis-à-vis de leurs croyances ainsi qu'envers les membres de leur milieu social.

3.2 : Un état actuel du don

3.2.1 : Une pratique extraite du religieux ?

Je constate sur mon terrain, à l'inverse de ce que j'ai pu décrire dans les ethnographies mobilisées dans la sous-partie précédente, une absence relative de ce qui pourrait, comme le dit Julliard, loger le don « à proximité du religieux ». Lors de nos entretiens, mes interlocuteurs ne mentionnent pas leur appartenance à une religion spécifique et ma seule interlocutrice se réclamant elle-même de la foi catholique, madame Bouffil, me décrit son processus de soins en employant le terme de « chakras ». Lorsque je lui demande ce qu'elle entend par ce mot, elle m'explique qu'elle pourrait tout aussi bien parler d'ondes, mais qu'elle trouve le mot « chakras » plus « joli ». Le terme utilisé par mon interlocutrice apparaît alors plus comme un signifiant flottant, que comme un renvoi à une cosmologie précise à la manière d'un magnétiseur.

Le concept de « signifiant flottant » est utilisé pour la première fois par Lévi-Strauss dans son introduction du livre de Mauss, *sociologie et anthropologie* (1950), Lévi-Strauss cite les mots « trucs » ou « machin », signifiants fourre-tout servant à désigner des signifiés en manque de forme sonore pour les dénoter, ou dont on a « perdu le mot ». Un signifiant flottant est un signifiant, une forme sonore, un mot, servant à désigner un signifié, un concept mental, qui ne possède pas de signifiant bien défini. Et le terme apparaît en fait concerner autant les Chakra de Madame Bouffil, que les ondes et le fluide rencontrés au cours de mon terrain, mots qui servent en fait à me signifier cette sensation observée par mes interlocuteurs au moment du soin, la plupart du temps dans les mains.

De même que pour l'interdiction, que mentionne Bouteiller, de pratiquer le don sur une personne non baptisée, ou de soi-même user du don sans être baptisé, règle qui ne me sera jamais mentionnée par mes interlocuteurs, de même pour celle interdisant la pratique du don tant que le donataire est encore en vie. Il reste une formule, pour ceux de mes interlocuteurs en possédant une, qui contient

des références à des personnages et des épisodes bibliques. Mes interlocuteurs, tout en reconnaissant cet héritage, n'en feront pas grand cas, et si la formule a bien cette fonction de « canaliser » un fluide, un peu sur le même mode que celui constaté par Schmitz, l'opération ne sera pas conçue comme rendue possible grâce à la figure religieuse évoquée.

Monsieur Loddo me fera cependant part de ses observations quant à de nombreux renvois à la tradition religieuse du don. Il m'expliquera avoir eu vent de la règle concernant le baptême ainsi que d'un certain discours plaçant les guérisseurs comme les héritiers de Jésus-Christ, discours aussi présent dans l'article de Julliard. Il m'expliquera aussi le choix de certains guérisseurs de ne pas se faire payer, ces derniers considérant l'argent comme « l'excrément du diable ». Il semble aussi exister cette pratique, déjà renseignée dans la seconde partie de ce chapitre, de baptiser un enfant à une date spécifique afin de lui donner une prédisposition au don. Comportement qui peut mieux se comprendre si on prend en compte l'existence, documentée par Bouteiller, d'une croyance en l'influence de la date de naissance sur les capacités thérapeutiques d'une personne. Un baptême placé stratégiquement dans le calendrier permettant alors de « corriger » la date de naissance. Je ne constaterai cependant pas cette pratique sur mon propre terrain, ni de discours m'informant sur l'influence de la date de naissance sur une prédisposition au don. Il faut en effet bien prendre en compte que cela fait plusieurs dizaines d'années que Monsieur Loddo rencontre divers praticiens du don, plaçant chronologiquement son terrain entre l'ethnographie de Julliard et la mienne. De plus, les anecdotes dont il me fera part ne seront pas systématiquement situées dans le temps, il est donc probable que de nombreux faits qu'il me relatera ne soient plus d'actualité et relèvent d'un état antérieur de la pratique.

Daniel Loddo me fera cependant part d'une anecdote intéressante sur la religiosité de ses interlocuteurs. Il m'expliquera avoir rencontré sur son terrain de nombreux guérisseurs de confession protestante, il aura à ce propos constaté une forte concentration de guérisseurs chez les personnes appartenant à cette branche du christianisme, pourtant très minoritaire dans le sud-ouest de la France où Monsieur Loddo a conduit ses entretiens. Il m'expliquera alors avoir remarqué chez ce type de guérisseurs de nombreuses formules faisant appel à la vierge Marie pour soigner différents types de maux. Fait quelque peu étonnant dans la mesure où le protestantisme ne reconnaît pas la mère de Jésus comme une figure sainte. Il est difficile de faire une analyse sur la base de cette seule anecdote, mais on remarque que la pratique du don, tout en empruntant de

nombreux symboles à la religion chrétienne, semble pouvoir s'accommoder d'ajustements dans le but d'atteindre son but premier, à savoir, soigner.

Plus généralement, ce désencastrement de la pratique du don du religieux peut se comprendre à l'échelle de la société occidentale en général. En se référant par exemple à l'analyse de Michel de Certeau, philosophe, historien, théologien et prêtre jésuite Français, qui traite notamment dans son livre, *L'écriture de l'histoire* (1984) de ce qu'il qualifie de « désenchâssement » de la vie politique, économique et moral de la sphère du religieux. Il décrit dans son ouvrage une désagrégation du pouvoir religieux, de la perte de son pouvoir matériel et de sa capacité à « dire le monde au fidèle ». Cette perte de vitesse du religieux est située par l'auteur comme prenant réellement acte au XVIII^e siècle, à la révolution française. Mais continue dans l'histoire moderne avec une crise de la fonction sacerdotale et une crise de la fréquentation des églises. Le travail de Michel de Certeau est immensément plus vaste, mais son travail permet de mieux comprendre une société où le religieux n'agit plus en « couvrant l'univers des croyances et des comportements » (*op. cit.*, p. 157), et où son rôle n'opère plus en liant de la vie sociale. Nous donnant à voir une situation ou même une pratique dont le fonctionnement semblait profondément dépendre de cette religiosité, ne semble plus reposer sur celle-ci.

Il faut alors s'intéresser au rôle que le don joue au sein de la vie et des liens sociaux du guérisseur, car en l'absence de références à la religion, c'est bien de cela que mes interlocuteurs me parlent.

3.2.2 : Un état actuel de la pratique

Lorsque je demande à mes interlocuteurs de me décrire leur soin. Ils me décrivent spontanément une pratique ancrée dans leurs relations sociales, ne s'attardant que très peu sur les modalités exactes de leur don. La plupart des discours sur lesquels j'ai pu baser mon analyse des pages précédentes, sur des sujets tels que l'apprentissage du don ou les conceptions entourant le « don », sont le fait de questions précises que je posais afin d'orienter l'entretien. Pour mes interlocuteurs, parler du don, c'est me raconter diverses situations où ils ont pu faire montre de leur capacité de soigner. Cette pratique s'inscrivant la plupart du temps dans des rapports sociaux de l'ordre de la famille ou du cercle d'amis proche. Un peu à la manière du soin de Céline qui soignera préférentiellement son cercle d'amis proche, dont fait partie Paula. Au cours de mes entretiens, j'aurais donc accès à de nombreux récits de soin, où le don en lui-même ne constitue pas tant le focus de la description, et où l'on me raconte davantage qui on a soigné, pour quel mal et le résultat

du soin dispensé, mettant en exergue son efficacité. Paul me décrira, par exemple, en « détail » un soin prodigué à l'un des membres de sa famille, ainsi que les circonstances de celui-ci.

Paul – Par exemple mon beau-frère qui est plus là, le pauvre bougre il est décédé, avec ma belle sœur, ils allaient à Castres voir le neveu, ils s'arrêtent, et elle, la belle sœur, elle me dit « il faut soigner le genou à Dennis, parce qu'il gueule, il me réveille toutes les nuits, mais alors c'est insupportable, chaque fois qu'il se tourne ». Alors lui son mari : « ohoh c'est pas la peine, il me fera rien », elle dit : « Mais ça tu le sais pas, tu le sais déjà ? » et bon en gueulant de discussion, ils se sont disputés presque. Et puis il dit « comme il voudra, si ça lui fait plaisir, ce que j'en ai à foutre, tu fais ce que tu veux après tout » et puis la sœur elle a insisté. Je lui soigne le genou, et puis on a bu le café, avant de partir je lui fais « ça va mieux ? », « pouaf » il dit. « Ça va mieux ? », il dit « pouaf, ça fait pareil », bon ils foutent le camp, au revoir, il vont voir le neveu. Ils passent huit ou dix jours après, voir le neveu, ils ont bu le café à nouveau et puis on discute l'un de l'autre, et puis quand ils partaient, ils n'avaient pas parlé du genou. Je lui dis « et là, ton genou ? », « oh qu'on n'y pensait pas, il a rien dit il m'a pas réveillé de la journée », elle dit, « oh j'avais pris de l'aspirine », il dit, bon, vous avez compris l'homme, il y en a comme ça, ils sont nombreux. Mais bon tant mieux il avait pas mal.

On remarque bien que dans le discours de mon interlocuteur, feront l'objet d'une description, la situation, la personne soignée, celle qui sollicitera le soin, les négociations survenant afin de faire advenir le soin ainsi que le résultat de celui-ci. Paul résumera l'entièreté de son action thérapeutique à un frugal « je lui soigne le genou », suivi d'un café. On notera aussi que Paul, devant le refus de son beau-frère de reconnaître l'efficacité du soin, n'insistera pas et préférera s'estimer heureux de l'amélioration de sa situation, et de la disparition de la douleur. Cette emphase sur l'amélioration de l'état du patient se retrouve dans de nombreux autres entretiens, comme lors de cet échange avec Anna :

Anna - La dernière personne, c'est un ami avec un canal carpien qui a été opéré avec des douleurs d'épaules et à la main, on peut pas dire que ça a été complètement guéri mais c'est mieux. Des fois, il faut plusieurs fois, de toute façon même si ça a pas été complètement guéri il y a son soulagement, son retour c'est comme si on l'avait massé comme si...il avait senti un bien-être. Il est resté allongé un quart d'heure, il était bien quoi. C'est quelqu'un qui est hyper anxieux et nerveux et rien que le fait qu'il reste étendu pendant une heure...pendant une heure il a posé toutes ses tensions, tous ses côtés négatifs.

Mon interlocutrice m'explique ici que même si elle reconnaît un effet imparfait de son soin, elle place un intérêt particulier dans son effort de soulager les gens qu'elle soigne. Ce soulagement allant au-delà de l'effet direct du soin, le fait de s'allonger et de se relaxer m'étant présenté comme faisant partie des effets bénéfiques du soin.

C'est ainsi que la pratique du don me sera présentée au cours de mes entretiens, pratiquée préférentiellement auprès d'un entourage proche et tenant grand cas de la souffrance de l'autre et des moyens à mettre en place afin de la faire disparaître. Cette recherche du soin de l'autre pourra même dans certains cas prendre une forme que l'on pourrait qualifier de « concurrentielle ». Comme dans ce récit qui me sera raconté par Madame Bouffil :

Madame Bouffil – Donc au repas, à table, il y un petit gamin qui s'est fait piquer par une abeille, donc de suite ils ont pris le gamin ils sont allés voir Loulou pour qu'il arrête la cuisson de la piqûre, et le gosse il est revenu, il continuait de pleurer. Tant et si bien que sa mère l'a pris dans une pièce à l'intérieur derrière pour lui passer de l'eau, et moi j'étais avec Christine, et je lui ai dit « moi ça m'énerve d'entendre cette gosse pleurer », « mais ils sont allés voir Loulou », « oui mais la gamine elle pleure toujours », enfin c'était une petite fille. Donc moi, je vais aller la trouver, sa mère la portait, elle devait avoir une paire d'années, à peine, je lui ai dit « écoute, tu me permets que je la prenne », « pourquoi ? », « parce que je vais essayer de la calmer », donc je l'ai prise, je lui ai fait mes chakras dessus, je lui ai parlé. La petite, elle s'est arrêtée net de pleurer, ça a été fini. Et quand je suis ressortie, Christine, elle m'a dit, « et ben avec toi au moins ça a été efficace ».

Ce récit prendra place lorsque je mentionnerai par hasard un des guérisseurs connu de la région, le « Loulou » en question. Le récit sera alors de me présenter une situation où mon interlocutrice parviendra à se montrer efficace, par contraste avec « loulou ». C'est en fait le seul mode sur lequel mes interlocuteurs mentionneront d'autres praticiens, sur le mode de la comparaison, comme ici, où mon interlocuteur se revalorisera par rapport à un autre praticien. Il pourra aussi arriver que je témoigne de discours inverses, à la manière de Gabriel qui me parlera de son grand-père particulièrement compétent ou d'André me décrivant la mémé Chamallieux comme sachant tout faire. Il apparaît que le coupeur de feu, sur mon terrain, occupe une place « culturellement objectivée »¹⁸, au sein d'un cercle social proche, où il sera identifié comme possesseur d'un don et

18 La formulation est de Csordas (1994)

sollicité afin de faire profiter de sa capacité à soigner. Il pourra aussi advenir qu'il soit forcé de faire usage du don en cas d'urgence auprès d'inconnus comme dans le cas de l'enfant piquée par une abeille. Cette pratique lui permettant parfois de se mesurer par patient interposé avec les autres praticiens de la région.

J'aimerais, avant de clore cette sous-partie, relater une dernière anecdote qui me sera narrée par Josiane. Celle-ci me décrira une manière de pratiquer le don un peu spéciale que je ne retrouverai que chez elle :

Josiane - Mon amie qui m'a donné le papier, parfois elle nous met tous en réseaux tous ceux qu'elle connaît qui font ça, elle met tous les gens qu'elle connaît sur le coup. Il y avait une histoire comme ça, c'était un bébé, à Paris, qui s'était brûlé avec un liquide bouillant au visage, les mains les bras, elle n'avait pas deux ans. Bien sûr elle a eu les soins qu'il fallait à l'hôpital. Mais à côté, je ne sais pas à combien on s'y est mis, mais on s'y est tous régulièrement mis, à distance, on faisait la barrière. Et la petite ne s'est pas grattée, elle n'a pas eu mal, enfin au début si forcément, mais par rapport aux autres...et elle n'a pas eu besoin de greffe ! Les docteurs trouvaient qu'elle se remettait vite. La copine nous envoyait régulièrement des photos...ben tu vois que la petite n'a pas trop souffert, et quand tu vois ça, ça te donne envie de continuer.

Josiane me décrit ici une forme de soin « collectif » où plusieurs coupeurs de feu seront sollicités par une personne, ici celle ayant donné le don à mon interlocutrice. Afin de soigner à distance un même patient, je relève cette anecdote dans la mesure où Caroline Humphrey et Gregory Delaplace, dans leur article de 2013, « Qu'y a-t-il de nouveau dans le néo-chamanisme ? Assemblages et identités flottantes à Ulaanbaatar ». Les auteurs décriront, chez les chamans mongols pratiquants dans un contexte actuel, un chamanisme pouvant s'exercer à plusieurs, lors d'une action combinée permettant de mieux accomplir les rituels chamaniques. Ce mode de pratique du chamanisme sera décrit par les auteurs comme caractéristique de la modernité. On peut alors se demander si, cette façon de faire qui m'est décrite par Josiane, qui est absente des ethnographies pré-existantes, ne serait pas aussi symptomatique des transformations récentes du don du feu. Mon but n'étant pas ici de tenter une quelconque analyse, mais de rapporter un cas particulier tranchant avec les ethnographies précédentes.

En conclusion, on peut observer une pratique du don du feu qui tranche là aussi avec les recherches effectuées il y a plusieurs dizaines d'années. Là où Julliard décrit une pratique enchâssée dans la vie

villageoise, je constate un don qui s'exerce dans un cercle intime, sauf dans les situations d'urgence. Cette transformation peut s'expliquer par les profonds changements s'étant effectués dans les campagnes françaises et entamés à partir de la seconde guerre mondiale. Processus décrit dans le livre du sociologue Benoît Coquard, *Ceux qui restent* (2019). L'auteur détaille comment l'exode rural ayant eu lieu des campagnes vers la ville, couplé à la disparition progressive des emplois, a transformé la sociabilité des espaces ruraux. Passant d'une vie centrée sur l'unité villageoise à une sociabilité s'étendant parfois hors des limites du département. On peut alors comprendre pourquoi une pratique telle que le don du feu, se trouvera désencastrée d'un tel fonctionnement, qui ne se révèle à l'heure actuelle plus pertinent.

Si j'ai pu montrer dans les sous-parties précédentes, que les structures, religieuses et sociales, qui, jusque-là, encadraient l'exercice du don, ne semblent plus exister dans le contexte de mon terrain actuel. J'aimerais, avant de clore ce chapitre, décrire comment la pratique du don semble conserver un certain type d'obligation, à mi-chemin entre une injonction à l'empathie et cette conception du don comme d'un fluide.

3.2.3 : La responsabilité du don

Je constate un discours chez certains coupeurs de feu qui m'expliquent que la possession d'un don les oblige, quelque part, à en faire usage. Monsieur Roque m'expliquant qu'il ne peut se résoudre à assister à une brûlure ou à un mal dont il posséderait le « don » correspondant, sans tenter d'agir. Paul me tiendra un discours quelque peu similaire lorsque je lui demanderai pourquoi il évite aujourd'hui de trop communiquer sur sa capacité.

Paul - Il y en a qui me le demandent, je peux pas refuser, si je refuse qu'est ce qu'ils vont dire ? « Et putain qu'est ce que je lui ai fait, il m'empêche de profiter de la vie ! ». C'est comme ça, si on peut rendre service aux gens...de souffrir c'est grave, tu sais il y a des gens qui souffrent énormément.

Cette vision de ne pouvoir refuser la pratique du don se retrouve fréquemment sur mon terrain, et elle m'est souvent formulée sous cet angle qui met en avant l'empathie de mes interlocuteurs, qui ne peuvent accepter de laisser souffrir leur entourage. Surtout dans la mesure où ils possèdent ce don permettant de remédier à cette douleur. Mes interlocuteurs se définissent comme des personnes

qui peuvent soigner et qui, par là même, doivent soigner. Certaines des personnes rencontrées ajoutant qu'exercer le don, c'est faire le « bien ».

Les coupeurs de feu me décrivent ainsi une pratique basée sur un impératif moral, mobilisant des notions telles que l'empathie et la responsabilité qui donne à celui qui possède le don, l'obligation de s'en servir.

Les personnes qui peuvent soigner, doivent soigner, et c'est pour cela que certains de mes interlocuteurs choisissent de conserver leur pratique, non pas secrète, mais limitée à leur cercle social proche, ainsi qu'aux situations d'urgence, où ils ne pourront se dérober à leur pratique. Le fait de donner de la publicité à leur pratique risquerait alors de les obliger à pratiquer un don chronophage et dont les séquelles sur le corps, physiques ou sensorielles, me sont présentées comme potentiellement handicapantes.

Cette vision que mes interlocuteurs ont du don me rappelle le concept du *care* ainsi défini par la philosophe américaine Joan Tronto, dans son livre de 2009, *un monde vulnérable. Pour une politique du care* :

« Activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie. »(p.13)

Le *care* est défini par Tronto à la fois comme une aptitude et comme une activité, une qualité morale cultivable se doublant d'une mise en acte. Là où l'analyse de Tronto est pertinente par rapport au don du feu, c'est dans les trois mouvements dont elle dote cette capacité : l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse. Les trois premiers en particulier résonnent avec ce qui pourra m'être décrit sur mon terrain. L'attention, tout d'abord, comme une sensibilité au mal de l'autre, capacité involontaire qui permet à l'autre de surgir dans le champ de mes perceptions à travers sa douleur. Attention appelant une responsabilité vis-à-vis de l'appel d'autrui, responsabilité que Tronto place du côté de l'obligation morale. La compétence sera alors pour l'auteur le pendant pratique du *care*, nécessaire pour réaliser cette inclinaison morale, car c'est dans cette praxis du soin de l'autre que le *care* pourra pleinement exister.

On peut alors observer un don du feu, qui, en donnant la clé du soin des brûlures à celui possédant le « don », le secret, ou l'envie, le pousse à aller jusqu'au bout du *care*. Ce don se passant parfois de transmission, de formule, pour n'exister au final que dans ce soin de l'autre. Provoquant parfois des discours, comme chez Paul, sur la responsabilité du don. Selon la représentation du *care* que nous propose Joan Tronto, le don pourrait être compris comme cet aboutissement en acte de cette prédisposition universelle à la prise en charge de l'autre. Je ne disposerai pas de suffisamment de données pour étayer cette façon de concevoir mon objet anthropologique, mais cet angle nous permettrait de mieux appréhender cette potentialité thérapeutique, qui, même si elle semble hériter d'un certain *modus operandi* ancré dans la religiosité, semble aujourd'hui pouvoir se passer de tout décorum religieux, de toute sociabilité villageoise. Je rencontrerai au cours de mon terrain un bon nombre de personnes ayant commencé à exercer sans avoir été l'objet d'une transmission, pratiquant parfois le don sans formule. Comme lorsque Anna placera le pourquoi et le comment de son don tout entier dans l'amour qu'elle porte aux autres, ou que Louis, mon interlocuteur kinésithérapeute, qui n'utilise pas, lui non plus, de formule, me situera son don au même niveau que son activité de professionnel du soin, c'est « la même chose », m'expliquera-t-il. Le don semble alors, dans le contexte actuel, se suffire à lui-même pour nombre de mes interlocuteurs, qui ne se préoccupent pas de comprendre les justifications de celui-ci, cherchant tout au plus « ce qui marche » et pour certains « comment le faire mieux fonctionner », privilégiant de façon pragmatique ce qui peut leur permettre d'être d'une plus grande aide pour leur entourage.

J'ai mentionné dans l'introduction de ce chapitre, que mes interlocuteurs ne se qualifiaient pas eux-mêmes, de « coupeurs de feu », et je ne suis pas réellement revenu sur cet aspect. On peut cependant, à présent, comprendre avec un peu plus de facilité cette inclinaison qu'auront les coupeurs de feu à m'expliquer que « oui, je fais ça », tout en ne se définissant pas via leur pratique. Le don du feu apparaissant chez ce type d'interlocuteur, comme cette capacité au fonctionnement incertain, mais pertinente au sein du cercle social intime des personnes, de par son efficacité. Capacité qui ne définira pas la façon dont mes interlocuteurs se perçoivent, dans la mesure où elle ne sera pas significative d'un certain statut ou d'une certaine cosmologie, mais tout au plus d'une manifestation de leur envie de soulager la douleur de l'autre.

Conclusion :

Il nous est à présent possible de caractériser mes interlocuteurs se réclamant de la pratique du « don du feu ». Depuis leurs débuts marqués, soit par une réalisation personnelle de leur « don », légitimé soit par une transmission postérieure aux débuts de leur pratique, soit par une transmission agissant comme l'annonce d'une potentialité dans la pratique du soin. Mes interlocuteurs apparaissent comme des autodidactes du soin. Réservant leur don à leur entourage proche ou à des cas d'urgence, mais toujours sur un mode particulier où la rétention du soin n'est pas une option. Mobilisant au cours de la pratique du soin du feu, un panel de gestes, de récitation, ainsi que d'une mise en attention particulière aux ressentis de leur propre corps. Les séances permettant au coupeur de feu d'appréhender de façon plus claire ce soin des brûlures qui leur apparaît souvent au même titre que l'observateur extérieur, comme un mystère. Cette compréhension de leur propre pratique apparaît pour un bon nombre de mes interlocuteurs comme, pour paraphraser Le Meurs (1998), une intention d'ordre cognitif et existentielle.

La diversité des voies d'entrées dans la pratique du don, ainsi que les différentes façons de le pratiquer, témoigne d'une pratique éminemment personnelle et empirique, constituée au fil des essais de l'apprenti guérisseur. Elle s'accompagne d'un relatif silence concernant les mécanismes sous-jacents de la pratique, mes interlocuteurs ne me présentant souvent qu'un « fluide » pour toute explication. Les coupeurs préfèrent la plupart du temps me raconter des anecdotes me retraçant telle ou telle séance, témoignages d'épisodes où ils ont su rendre leur don utile pour leur entourage. Cette attitude tranchera alors avec ces autres utilisateurs du don que sont les magnétiseurs.

J'ai, au cours de mon terrain, lorsque j'étais à la recherche de coupeurs de feu, pu être dirigé vers des personnes se réclamant de la pratique du don du feu, mais qui se définissent sous le nom de « magnétiseurs », et exercent professionnellement une activité thérapeutique alternative.

C'est à eux que j'aimerais m'intéresser dans la seconde partie de mon mémoire. A ces personnes ayant décidé de faire du soin alternatif une activité professionnelle, et qui possèdent, nous le verrons, le « don du feu », dans leur arsenal thérapeutique, au sein d'une myriade d'autres pratiques thérapeutiques alternatives. Il faut être bien clair ici et rappeler que mon objet d'étude reste le « don du feu », mais mon intention est d'observer cette pratique particulière dans un écosystème de pratiques et de représentations différentes.

Chapitre II : Les magnétiseurs

Introduction :

Cette partie sera consacrée à un deuxième type de praticien du soin des brûlures qu'il m'a été possible de rencontrer sur mon terrain. Il s'agit des personnes se réclamant de la pratique du « magnétisme », et qui se reconnaissent sous l'appellation émique de magnétiseurs.

A la différence de mes interlocuteurs que je qualifiais de « coupeurs de feu » un peu malgré eux, tant ils refusaient eux-mêmes de se donner un nom ayant trait à leur pratique thérapeutique, les magnétiseurs que j'ai pu rencontrer exercent de manière « professionnelle », dans un cabinet, et disposent pour nombre d'entre eux d'une carte de visite et d'un site internet. Affichant tous deux clairement la mention de « magnétiseur », parfois accolée d'une seconde appellation spécifique à chaque praticien, telles que « géobiologue », « psychothérapeute », ou « guérisseur tradi-praticien ». Ces interlocuteurs se réclament, comme leur nom l'indique, de la pratique du magnétisme, technique de soin alternative conceptualisée et inventée par le médecin allemand Franz Mesmer, qui introduira l'expression de *magnétisme animal* pour qualifier sa pratique en 1773.

L'histoire du magnétisme, afin de restituer un certain contexte au lecteur sans entrer de manière trop approfondie dans les détails, est celle d'un influent médecin allemand. Ayant trouvé grâce auprès de l'aristocratie française vers la fin du XVIIIe siècle, proposant ses techniques de soin basées sur la manipulation d'un « fluide physique », reliant l'homme à la terre ainsi qu'aux corps célestes, et dont l'observation et la manipulation permettrait d'expliquer et de résoudre de nombreuses maladies¹⁹. Mesmer, à la suite de diverses enquêtes concluant à l'impossibilité de prouver l'efficacité du magnétisme, ainsi qu'à la suite de plusieurs échecs au cours de séances de soin publiques, se verra obligé de fuir Paris. La pratique du magnétisme tombera alors peu à peu en désuétude avant de connaître un regain d'intérêt au cours du XXe siècle, en même temps que le développement des autres techniques de soin *new age* auxquelles on trouvera parfois associé le magnétisme (Charasse, 2019).

19 Ellenberger, Henri, 1979, *A la découverte de l'inconscient, histoire de la psychiatrie dynamique*.

Si j'ai décidé dans cette partie de traiter de ce type de praticien, c'est en raison du fait qu'au cours de mon terrain, alors que je recherchais des « coupeurs de feu », ou des gens qui « arrêtaient le feu », il m'arrivait régulièrement de rencontrer des personnes se réclamant du magnétisme, qui me disaient qu'effectivement, ils arrêtaient le feu. Et si ces interlocuteurs m'expliquaient bien qu'ils avaient la capacité de stopper les brûlures, et ce, en utilisant les mêmes moyens que les coupeurs de feu, je remarquais une pratique qui différait de celle que j'avais pu observer chez les praticiens décrits dans le premier chapitre de ce mémoire. Je retrouvais tout d'abord chez les magnétiseurs un soubassement conceptuel absent de la pratique des coupeurs de feu. De plus, là où j'avais pu observer une pratique du don du feu basée sur l'immédiateté et les relations d'interconnaissance, la pratique du magnétisme apparaissait comme opérant au sein d'une relation de patient à thérapeute. Cette partie sera donc dédiée à comprendre de quelle façon le don du feu est utilisé dans le cadre du magnétisme, afin de dresser une comparaison entre les coupeurs de feu et les magnétiseurs, qui apparaissent n'avoir que peu de choses en commun, mais qui se rattachent tous deux à la même pratique.

La première partie de ce chapitre sera consacrée aux récits de vie de mes interlocuteurs, produits lorsque je les interrogeais sur la manière dont ils s'étaient, au cours de leur vie, orientés vers cette technique thérapeutique. Il y sera question des parcours individuels de deux de mes interlocuteurs, Madame Suquet, magnétiseuse dans un petit hameau Midi-Pyrénéen et de Xavier, pratiquant, lui, dans la région Toulousaine. La description de leurs parcours individuels nous menant à terme à l'inscription de ces chemins de vie dans des logiques collectives, dénotant d'une certaine forme de la pratique thérapeutique.

Il faudra dans un second temps s'atteler à caractériser la théorie du magnétisme, et à comprendre quelle lecture du monde, et de la personne, le magnétisme propose à travers sa pratique. Cette caractérisation me permettra alors d'appréhender quelle place est accordée à la pratique du « don du feu » dans la pratique magnétique, sur un plan pratique et conceptuel.

La dernière partie de ce chapitre sera finalement dédiée à l'observation de trois points apparaissant comme saillants au sein de la comparaison de ces deux types de praticiens du soin des brûlures. A savoir la question de la rémunération du soin, des références religieuses au sein de la pratique, ainsi que le positionnement des coupeurs de feu et de leur pratique vis-à-vis de celle des magnétiseurs, et inversement.

Partie 1 : Acquisition de la pratique

L'enjeu est ici d'effectuer une description des différents trajets empruntés par mes interlocuteurs se désignant comme « magnétiseurs », afin de situer le parcours de deux de mes interlocuteurs privilégiés et d'offrir un parallèle aux récits de vie décrits dans le grand I de ce mémoire.

1.1 : Récits de vie des magnétiseurs

1.1.1 : Xavier

J'ai pu observer dans les récits de vie des magnétiseurs rencontrés, deux types de mécanismes qui semblent guider l'individu vers la pratique du magnétisme. Les deux ressorts mis ici en exergue ne doivent cependant pas être compris comme deux « types d'entrée dans la pratique » exclusifs, comme j'ai pu le décrire dans le premier chapitre de ce mémoire avec les coupeurs de feu, destinataires d'une transmission ou ayants découverts leur don d'eux-mêmes.

J'ai pu remarquer que nombre de mes interlocuteurs avaient grandi dans des familles où se pratiquait déjà le magnétisme. Une partie de ces praticiens m'expliquait en effet être eux-mêmes des fils de magnétiseurs. J'illustrerai ce type de parcours via le récit de vie de Xavier, magnétiseur toulousain exerçant sous l'étiquette de « guérisseur tradi-praticien ».

Xavier me décrit une jeunesse passée à observer son père pratiquer le magnétisme. Il commencera à s'exercer à la pratique du soin lors d'entraînements hebdomadaires avec son équipe de rugby. Mon interlocuteur m'explique qu'à l'époque, il « singe » son père, sans réellement y croire, avec des résultats plus ou moins satisfaisants. Xavier aura dans l'idée, dans un premier temps, de faire une école de médecine, il échouera cependant au baccalauréat, et devra reconsidérer ses objectifs. Au retour du service militaire, son père lui proposera de suivre ses pas et de devenir magnétiseur à son tour. A propos de ce dernier, mon interlocuteur m'explique que c'est son père qui lui a « montré l'exemple », et qui lui a donné envie de faire ce métier. Il insistera cependant sur le fait que :

Xavier – Il [son père] m'a beaucoup appris, mais il n'y a pas eu de transmission du don, il m'a appris des formules, mais il ne m'a pas transmis le don, il m'a donné une éducation, qui m'a poussé à accepter, à comprendre et à peaufiner ce que je fais aujourd'hui.

Xavier commencera donc à exercer sous la tutelle de son père, qui lui transmettra entre autres une formule pour « couper le feu », il fera alors preuve, au cours de séances de soins couronnés de succès, d'une certaine compétence dans l'exercice du magnétisme. Il décidera alors de partir faire une formation de *heilpraktiker*²⁰ en Allemagne, et sera, à son retour « choisi » comme élève par Julien, un guérisseur réputé du sud-ouest de la France. Il effectuera un nouvel apprentissage auprès de cette personne, qu'il qualifie comme « un des plus grands guérisseurs » et le côtoiera durant une quinzaine d'années. Cet apprentissage me sera décrit sur le mode de l'échange et du partage, l'encourageant à construire une réflexion permettant à mon interlocuteur de se forger sa propre pratique.

Xavier me décrit donc un apprentissage en plusieurs étapes, complété par des discussions avec des « figures paternelles » ainsi que d'autres praticiens magnétiseurs, et par la lecture de divers ouvrages. Cet apprentissage m'est décrit comme guidé par une volonté perpétuelle de se forger sa propre pratique en amalgamant de multiples sources :

Xavier – Au début, avec mon père, et pendant ma formation, j'ai appris beaucoup de choses, pour avoir de la crédibilité. Puis j'ai aussi passé beaucoup de temps à désapprendre, notamment avec Julien, parce que chacun doit développer sa propre façon de faire, ses propres croyances. Parfois, c'est en lisant ou en discutant, parfois, je prends une seule ligne, une seule phrase, pour me faire mon propre puzzle.

Une fois sa pratique suffisamment développée, mon interlocuteur installera son cabinet, créant ses cartes de visites et son site internet. Il intégrera aussi un groupement syndical, le GNOMA-SNAMAP, collectif de magnétiseurs dont je dresserai le portrait plus en détail dans le chapitre III de ce mémoire. Il faut souligner que si mon interlocuteur choisira de faire partie de ce groupement, c'est en partie car son propre père sera, à une époque, directeur régional de cette organisation.

Xavier me raconte aussi une anecdote datant de la période où il commençait à réellement exercer la profession de magnétiseur.

Xavier - je me suis laissé emporter par l'ego, j'étais un petit con, j'avais tout le succès que je voulais, toute l'attention. Un jour, j'ai plongé dans la mer comme je le fais depuis que je suis jeune, je me suis retrouvé paraplégique. Je me suis retrouvé avec un déplacement des cervicales, les quatre membres dans 50 centimètres d'eau. On m'a sorti, on m'a opéré, je suis resté un mois

20 Médecine alternative d'origine allemande

sans bouger, j'ai eu le temps, mais j'ai compris la leçon, pour moi rien n'arrive par hasard, ce qui est arrivé, c'est la plus belle expérience de ma vie, maintenant, mon ego je le contrôle, une seule leçon ça va.

Ce récit survient alors en complément d'un discours, de la part de mon interlocuteur, m'alertant de la nécessité pour le magnétiseur de toujours devoir rester humble. Pour Xavier, le fait de pratiquer une activité basée sur le soin de l'autre, exposera le praticien au risque de se considérer comme supérieur, et de voir son ego prendre le dessus. L'accident qui surviendra alors dans la jeunesse de mon interlocuteur me sera alors décrit comme directement lié à un manquement dans le comportement du jeune homme. Pour Xavier, la pratique du magnétisme s'accompagne alors d'un impératif moral, de pratiquer le soin sans laisser cette capacité impacter sur l'ego du praticien. Le cas de Xavier est particulier dans le sens où la dérogation à la règle conduira à une punition, de la part du destin, lui permettant de « comprendre la leçon ».

Cette notion d'évènement marquant, prenant place dans les récits de vie de mes interlocuteurs, se retrouve dans d'autres récits, notamment dans celui d'une de mes interlocutrices, Madame Suquet.

1.1.2 : Madame Suquet

J'ai pu observer certains cas où la pratique du magnétisme prenait pour origine un événement, entendu selon la définition donnée par Bensa et Fassin (2002), c'est-à-dire comme une rupture d'intelligibilité dans la linéarité du temps, du point de vue de celui qui vit cet événement. Sur mon terrain, il pourra s'agir d'une maladie grave qui sera la cause d'une rupture dans la vie de certains de mes interlocuteurs, notamment chez Madame Suquet. Il s'agira plus précisément d'une succession de deux cancers, le premier étant un cancer du poumon, qui touchera la mère de mon interlocutrice.

La famille de Madame Suquet m'est décrite un peu sur le même mode que ce que j'ai pu rencontrer chez Céline. J'entends par là une famille marquée par un fort recours aux praticiens alternatifs, et ayant en son sein quelques praticiens des dons du feu et des verrues. Mon interlocutrice me décrira avoir ressenti elle-même des signes tels que des « mains qui chauffent » dans son enfance, sans y prêter attention sur le moment. Madame Suquet m'explique que sa mère contractera un cancer du poumon, et que suite à l'échec de plusieurs médecins, elle ira consulter divers praticiens des médecines alternatives. Si les magnétiseurs rencontrés s'avéreront eux aussi incapables de la

soigner, la mère de Madame Suquet obtiendra par le truchement de ces praticiens alternatifs un apport de sens.

Madame Suquet - Ils [les magnétiseurs] n'ont pas amené la guérison totale, mais un bien-être. Parce que je ne pense pas qu'elle voulait mourir, mais la maladie veut dire quelque chose, le "mal a dit".

La mère de mon interlocutrice n'obtiendra au final pas de « soin », et décèdera de son cancer, mais la consultation de magnétiseurs, du dire de mon interlocutrice, lui permettra de comprendre ce que sa « maladie », essayait de lui dire.

Madame Suquet sera alors quelques années plus tard, elle aussi, victime d'un cancer, et décidera d'accepter l'opération, mais de refuser la chimiothérapie, et de la remplacer par un travail de « rééquilibrage ». Choix appuyé par sa propre expérience en tant qu'aide-soignante dans une clinique privée, « j'ai travaillé en cancérologie. On va soigner un cancer, mais on va déclencher d'autres problèmes ». Elle se formera alors à la « géo-bio-physique », une pratique de soin alternative se basant sur l'étude des « ondes scalaires », ou « ondes Tesla ». Intégrant alors un cursus de formation de l'IGA, l'Institut de Géobiophysique Appliquée et obtiendra à terme un certificat qu'elle affichera dans son cabinet de consultation. Elle complètera, par la suite, cette formation par l'achat d'un « scanner quantique », puis par une formation en naturopathie. C'est quelque part au cours de ces recherches que mon interlocutrice collectera diverses formules permettant de « couper le feu », qu'elle inclura à son arsenal thérapeutique. Le récit de sa maladie deviendra alors celui de la formation lui permettant d'assurer sa propre guérison. Elle sera elle-même sa première patiente, pour finalement, à terme, atteindre le statut de praticienne à part entière.

Il me semble alors pertinent de mobiliser ici une littérature qui s'est intéressée à la quête de sens du patient au cours de sa cure, et au rôle que pouvait remplir les thérapies de soin alternatives, notamment comme porteuses d'éléments de réponses sur le sens de la maladie et la place du patient dans l'univers.

Mon interlocutrice m'expliquera bien que sa mère n'a pas trouvé, via le recours aux praticiens alternatifs, une guérison, mais bien un sens à sa maladie, comme symptôme d'un dysfonctionnement plus large. C'est ce qu'elle recherchera elle-même lorsqu'elle sera touchée à son tour par un cancer, doublé d'un discours sur la nocivité du traitement proposé par la biomédecine.

Sônia Weidner Maluf (2007) décrit sur son terrain brésilien, le fonctionnement de ces nouvelles pratiques thérapeutiques qu'elle range dans la catégorie du « new age ». L'autrice y souligne bien que le but de ces logiques thérapeutiques n'est pas tant d'identifier des symptômes, des « complexes pathologiques » pour reprendre Laplantine (1978). L'enjeu de ces thérapies est plus, selon Weidner Maluf, d'identifier un « malaise intérieur », causé par des facteurs extérieurs tels qu'une alimentation déséquilibrée, une vie familiale dysfonctionnelle ou le stress de la vie urbaine. Afin de « réordonner une situation chaotique et de (ré)investir l'individu de pouvoir » (p.14). Ce réinvestissement du patient d'un « pouvoir », d'une inventivité, qui pourra aussi se retrouver chez Madame Suquet lorsqu'elle cherchera à redevenir une partie active, via le magnétisme, de son traitement contre le cancer.

Un cas un peu similaire est décrit par Sylvie Fainzang, anthropologue et directrice de recherche à l'Inserm, dans son article « Du sens unique au sens interdit. Les malades et l'épreuve de la maladie » (2010). Elle souligne dans ces pages la place de la subjectivité du patient dans les processus de soin, ainsi qu'au potentiel « hiatus » pouvant s'effectuer entre les ordres de pensée du patient et du médecin. Elle décrit par exemple le cas d'une patiente refusant une chimiothérapie sous prétexte qu'elle n'est pas malade véritablement d'un cancer, mais d'une « persécution », et qu'elle ne nécessite pas l'intervention d'un oncologue, mais d'un « guérisseur ».

Ces exemples soulignent bien l'importance d'une agentivité du patient dans sa quête de soin, l'agentivité étant comprise comme « une relative « liberté » d'action qui s'exerce toujours sans outrepasser les limites structurelles et dans le cadre des possibilités culturelles dont les acteurs disposent » (Bindi, 2012). D'autres travaux conduits sur le sujet des médecines alternatives insistent eux aussi sur la fonction de réinvestissement du patient dans son parcours de soin. Olivier Shmitz, dans son article « Les points d'articulation entre homéopathie et oncologie conventionnelle » (2011), décrit comment la prise de traitements homéopathiques, pris en parallèle d'un traitement conduit par les oncologues, permet au patient d'intégrer à sa vie « de véritables stratégies de réorganisation de la vie prenant la forme d'une lutte organisée contre la maladie » (p.16).

Le récit de vie de Madame Suquet, nous montre le parcours d'une personne ayant baigné dans le milieu des pratiques thérapeutiques alternatives. Pratiques qui seront remobilisées lors d'un « événement de santé », et qui, si elles ne permettront pas la guérison de la mère de mon interlocutrice, lui permettront de comprendre la raison de son mal en le ré-injectant de sens. Lorsque ce sera au tour de mon interlocutrice d'être confrontée à la même problématique. Elle

manifestera l'envie de garder une agentivité au cours de son itinéraire thérapeutique, et d'obtenir le même type de réponses qui ont pu aider sa mère. Elle inscrira alors sa démarche auprès de ce qu'elle percevra comme des « institutions », avec l'obtention d'un diplôme à la clé. Tout en complétant cette formation d'un vaste panel de colloques, lectures d'ouvrages, et collectes de formules. Savoir qu'elle n'hésitera pas à me transmettre, via les nombreux ouvrages que j'emporterai à l'issue de notre première rencontre.

Ce qui est intéressant dans ce qu'elle me décrit, c'est comment cette volonté de garder la main sur son récit personnel vis-à-vis de sa maladie, la conduira à devenir, elle-même, praticienne de la méthode qu'elle aura sélectionné, pour au final la porter aux autres. Rappelant le thème du « guérisseur blessé », du *wounded healer*, concept psychanalytique apporté par Carl Jung²¹, selon lequel les propres « blessures » de l'analyste le prédisposeraient quelque part à « soigner » le patient. L'engagement sur la voie du soin conduira aussi mon interlocutrice à interpréter rétroactivement, la chaleur dans ses mains qu'elle m'explique avoir ressentie étant enfant.

Les deux récits de vie présentés ici recourent la description que peut faire Olivier Shmitz, dans son article « Des corps blessés aux corps agressés » (2013), où il s'intéresse à ce qu'il nomme les « guérisseurs synchrétiques ». Shmitz dénomme par cette qualification l'ensemble des praticiens des médecines alternatives occidentales, dont fait partie le magnétisme, construites sur la base d'un syncrétisme entre techniques traditionnelles telles que le don du feu, et de pratiques issues d'aires culturelles différentes, typiquement chinoise ou indienne.

Shmitz note plusieurs étapes typiques dans le parcours de ces praticiens, qui correspondent à ce que j'ai pu observer sur mon terrain. Ces étapes sont les suivantes (p. 237-238) :

a/ La mise en avant précoce pour ce qui touche au corps, et une sensibilité déclarée à l'écoute d'autrui, qui témoigne d'une « justification rétroactive d'une aptitude qui s'organise au fil des années en pratique sociale » (Laplantine et Rabeyron, 1987, p.57).

b/ l'exercice temporaire d'une profession ou d'une activité para-médicale qui prédispose au soin et à l'attention aux autres (infirmière, kinésithérapeute)

21 Jung, Carl Gustav, 1954, *The Practice of Psychotherapy*. Pantheon Books.

c/ un évènement tragique définissant un avant et un après et qui débouche souvent sur l'installation et la professionnalisation de leur pratique.

d/ l'élaboration d'une conceptualisation théorique évolutive de leur pratique thérapeutique permettant de donner une interprétation cohérente, mais pas forcément plausible au malheur, en recourant tantôt au vocabulaire de la science, tantôt à celui de l'occultisme classique.

On reconnaît ces étapes dans les récits que j'ai pu détailler dans cette partie, il faut cependant ajouter quelques commentaires à ce sujet, même si Olivier Schimtz reconnaît qu'en raison de la diversité des pratiques inhérentes aux médecines alternatives, il est difficile d'établir un profil-type stable.

Tout d'abord, l'étape consistant à l'exercice d'un métier para-médical prédisposant au soin peut-être remplie par une jeunesse passée dans une famille de magnétiseurs, comme je l'ai montré avec Xavier. Il faut comprendre qu'il n'est pas le seul dans ce cas et que j'ai pu échanger avec plusieurs praticiens qui avaient suivi les pas d'un parent qui pratiquait lui-même le magnétisme. Concernant « l'évènement tragique », il me semble que si on observe effectivement chez Madame Suquet une maladie grave qui la lancera sur la voie du magnétisme, chez Xavier, il prendra place peu après le début de son activité, et marquera la frontière non pas entre l'avant et l'après-pratique, mais entre un « avant » et un « après » de la « bonne pratique ».

Le trajet typique du magnétiseur est donc le suivant, un individu prédisposé au soin via l'exercice d'une profession ou d'une éducation, qui décidera d'appréhender le soin sous une nouvelle forme. Se basant sur un système de représentation empruntant à la fois au surnaturel et au scientifique, principalement dans une visée de construire une interprétation du malheur. Une telle trajectoire entraînant dans son sillage l'identification rétroactive d'éléments annonciateurs, présents dans la « vie antérieure » du praticien. En raison de cette fonction d'interprétation du malheur que remplissent les médecines alternatives syncrétiques, les événements marquants de la vie du praticien seront parfois remobilisés dans les récits de vie afin d'y être interprétés avec les outils fournis par ces systèmes de représentation à visées thérapeutiques.

Ces portraits nous permettent ainsi de faire un retour sur ma description des coupeurs de feu. Chez ces derniers, on retrouve aussi les discours récupérant des événements survenus dans la jeunesse de mes interlocuteurs, tels que ceux sur le fluide que Céline possédait étant enfant. Certains de mes interlocuteurs exercent de même des métiers en rapport avec le soin, comme Louis qui est Masseur kinésithérapeute, ou Paul et son activité de « soigneur » de l'équipe de rugby, et c'est même pour

certain, au cours de l'exercice de ces professions qu'ils se rendront compte de leur faculté à exercer sur un mode un peu différent de celui initialement prévu. Ce qu'il « manque » cependant aux coupeurs de feu, ce sont ces discours sur « l'événement ». On pourrait considérer que le moment de la transmission ou de la réalisation pourrait remplir ce rôle, mais mes interlocuteurs ne me présentent pas spécialement un avant et un après dans leur vie, conçu en rapport avec leur pratique du don. Je ne retrouve pas non plus l'élaboration d'un système de représentation explicatif, dans la mesure où chez les coupeurs de feu, la pratique est avant tout empirique, et la constatation d'une efficacité, ou de son absence, se suffit le plus souvent à elle-même.

Ce dont je vais traiter dans les pages suivantes, c'est justement de ce travail de conceptualisation et de la façon dont il s'effectue chez mes interlocuteurs magnétiseurs, et comment, à terme, ce processus implique une rupture conceptuelle et épistémologique, notamment sur le concept du « don ».

1.2 : La constitution d'un savoir

1.2.1 : Initiation et formation

Les magnétiseurs constituent leur pratique sur la base de formations, de lectures et de rencontres avec d'autres praticiens du magnétisme. On trouve aussi par une brève recherche internet de multiples pages internet et vidéos sur le site YouTube, des ressources supplémentaires permettant à l'apprenti magnétiseur de se constituer sa propre pratique synchrétique.

On peut prendre pour exemple les formations de l'IGA²², suivies par Madame Suquet. L'organisme propose deux types de stages. Tout d'abord une formation d'initiation, ouverte à tout public, permettant « d'acquérir sur 2 jours les bases théoriques, scientifiques et pratiques suffisantes pour pouvoir s'exercer dans le cadre familial et amical. ». Ces « initiations », se proposent d'apprendre au néophyte, pour 200 euros, à prendre conscience des « phénomènes physiques en jeux » et de développer une certaine sensibilité. A cette « entrée en matière » qui propose d'aider à acquérir les connaissances suffisantes pour pratiquer le soin dans le cadre familial ou amical, s'ajoute la possibilité d'assister à un deuxième type de stage. Il s'agit des formations à proprement dire, qui me sont décrites par Madame Suquet comme une formation étalée sur un an, presque chaque week-end,

22 Les informations données ici sont tirées de mes entretiens avec Madame Suquet ainsi que du site internet de l'IGA.
URL: <https://iga-asso.fr/qu-est-ce-que-la-geobiophysique>

dans une salle louée par l'IGA. Cette formation permettra à la personne d'acquérir des bases théoriques complètes et une « compréhension plus fine » permettant à l'ex-néophyte/futur praticien, de donner un « sens à chaque geste ». La formation transmettra aussi les connaissances permettant l'utilisation d'appareils de « détection et de mesure sensitifs », tels que le scanner que Madame Suquet m'expliquera utiliser.

La formation complète permettra aussi l'obtention d'un certificat de praticien en géobiophysique, et l'autorisation de pratiquer « à titre professionnel ou bénévole » en se réclamant de l'IGA. La complétion de la formation donnera aussi accès à un large panel de ressources, comprenant le contenu de formation, dossiers thématiques, graphiques ainsi que l'abonnement à une newsletter, donnant la possibilité au nouveau licencié de rester au courant des actualités de l'association et des organismes affiliés. Je ne pourrais pas consulter directement la newsletter de l'IGA, mais Madame Suquet m'enverra une newsletter produite par un autre géobiologue, appartenant donc au même courant que l'IGA. Après consultation, ce mail comprend la promotion pour le numéro 22 du magazine officiel de l'INRESS²³, comprenant un dossier de 22 pages sur la géobiologie, le rappel de la grande invocation 2021 de la pleine lune du taureau, une enquête sur les lieux « accidentogènes » et quelques pages traitant de « la vérité sur le véritable amour ». La diversité des domaines de la médecine alternative couverte par la newsletter, me sera expliquée par Madame Suquet de la façon suivante « En fait, la formation c'est comme un arbre ça te donne le tronc et toi tu peux choisir les branches qui t'arrangent, et te spécialiser ».

Ce qui apparaît à travers ce parcours d'initiation au magnétisme, c'est bien la présence d'un savoir permettant l'exercice du soin. Chez les magnétiseurs, à l'inverse de ce que j'ai pu observer chez les coupeurs de feu, on note la présence d'un système de représentation sous-tendant la pratique, nécessitant d'être explicité, transmis et conservé.

Christian Jacob, anthropologue et historien directeur d'études à l'EHESS, qualifie dans son livre *Lieux de savoir : Espaces et communautés* (2007), le savoir comme un « objet symbolique à la fois trait identitaire, signe de reconnaissance, valeur d'échange, instrument de pouvoir et lien communautaire » (p.20). On voit bien comment le trajet d'apprentissage effectué par Madame Suquet l'amènera à se qualifier de géobiologiste, à tisser des liens préférentiels tels que l'échange de ressources avec d'autres praticiens, eux aussi géobiologues. Cette particularité n'empêche pas Madame Suquet de se revendiquer aussi du magnétisme, mais de façon plus lointaine, car cette

23 L'Institut de recherche sur les expériences extraordinaire, SAS à but lucratif et commercial, fondé en 2007 dans le but d'étudier les « expériences humaines inhabituelles », telles que les expériences de mort imminentes et les phénomènes de rencontre avec des esprits. URL : <https://www.inrees.com/>

qualification ne rend pas compte, selon elle, de façon suffisamment précise des soins qu'elle peut pratiquer. On trouve une posture un peu différente chez Xavier, qui se revendique « guérisseur tradi-praticien ». Ce dernier m'explique que dans sa jeunesse, il se dénommait lui-même comme un « magnétiseur », car l'appellation de « guérisseur » raisonnait, pour lui, comme « un vieux monsieur dans sa campagne », image alors peu séduisante. C'est à la suite de sa formation avec Julien, le magnétiseur qui le prendra sous son aile, et suite à de longues discussions avec ce dernier, qui refuse lui-même l'appellation de magnétiseur, qu'il choisira de se considérer comme un guérisseur. Aujourd'hui, le « magnétiseur » apparaît à mon interlocuteur comme « celui qui a des certitudes », ce que Xavier me dit essayer d'éviter.

On constate dans les parcours de vie de mes interlocuteurs la constitution d'un apprentissage suivant les cadres, pour reprendre les termes de Christian Jacob (2007), du cercle et de la lignée. Le cercle est pour Jacob, le groupe où, s'il n'est pas étranger aux hiérarchies, se réalise davantage dans l'horizontalité et s'actualise à travers l'entièreté de ses membres, et dont chacun occupe une position précise. Ce sont les différentes organisations, à l'image de l'IGA, qui à travers les formations proposées, déterminera l'appellation à partir de laquelle Madame Suquet se définira. La lignée, c'est le plan des filiations, réelles ou électives, des rapports de maître/élève. Comme pour Xavier qui me décrira sa pratique d'abord sur la base d'un apprentissage intégré, en imitant son père, puis par ses échanges avec Julien, avec qui il échangera et avec qui il décidera de se définir d'abord comme un guérisseur. Il me décrira aussi dans son parcours une formation dans une école de *heilpraktik*, montrant là, la nature non-exclusive des deux cadres d'apprentissage de la pratique du magnétisme.

Ce que j'essaye de démontrer à travers ces exemples, c'est que les divers parcours de mes interlocuteurs leur permettront d'acquérir un savoir explicite, à la fois trait identitaire de leur spécialité et vecteur de connotations, mais leur permettant aussi de se reconnaître comme praticiens du magnétisme, au-delà des différences de pratiques.

Les deux types de stages proposés par l'IGA, sous le mode de l'initiation et de la formation permettent aussi d'appréhender l'apprentissage du magnétisme comme disposant d'un mode « plein » ou « professionnel », celui qui arrive suite à une formation sanctionnée par l'obtention d'un diplôme et qui donne le droit d'exercer en se réclamant de l'organisme. Doublée d'une formation qualifiée d'initiatrice et censée donner les clés pour une pratique confinée à la vie privée. Ce type d'initiation apparaît alors comme donnant accès à une forme de pratique périphérique, basée sur une compréhension basique des « phénomènes en jeu », et un développement de la

sensibilité. Ce mode de fonctionnement se retrouve dans de nombreuses autres formations au magnétisme, parfois avec une formation professionnelle divisée en plusieurs niveaux. L'existence des praticiens périphériques, ceux ayant suivi les formations initiatrices, nous donne alors une idée d'où les magnétiseurs licenciés situent la pratique de leurs homologues coupeurs de feu. Je ne dis pas que les coupeurs de feu sont ceux qui suivent des formations initiatrices, ou que ces formations recoupent exactement la pratique que j'ai pu observer chez les coupeurs de feu. Mais ces formations nous renseignent sur la place accordée à ces praticiens, à savoir celle d'une pratique de soin domestique, permettant de remédier aux blessures de tous les jours, basée sur une théorisation moins développée et donnant une place à la « sensibilité ».

1.2.2 : La technique et l'éthique

Chez ceux qui auront suivi les formations professionnalisantes, on observe l'inclusion dans des « communautés de savoir », pour reprendre l'expression de Jacob, fonctionnant en partie sur un mode délocalisé, comme on a pu le voir avec la newsletter de Madame Suquet. Cependant, mes interlocuteurs me racontent aussi prendre part à des conférences ou à des salons, où ils m'expliquent échanger avec leurs confrères. Ces moments seront pour eux l'occasion d'appréhender leur pratique à l'aune de celle d'autres magnétiseurs, comme lorsque Xavier m'explique les différentes discussions qu'il a pu avoir lors de tels événements au sujet de l'utilité de la formule pour couper le feu. On retrouve aussi ce genre de rencontres organisées par le GNOMA-SNAMAP, qui contrairement à l'IGA, ne propose pas de formation, mais organise régulièrement des rencontres, ateliers et des « conférences-débats ». On trouve notamment l'une d'elles relayée dans la Dépêche du Midi sous ces termes :

« Le souci de la transmission de connaissances souvent ancestrales motive les rencontres entre guérisseurs que propose le Groupement national pour l'organisation des médecines alternatives (GNOMA) et le syndicat professionnel (SNAMAP) pour le compte desquels Monsieur B. accueillera, samedi et dimanche une trentaine de professionnels à Tarbes, dans le cadre d'une rencontre régionale. « C'est l'occasion de présenter le travail de chacun et de partager nos expériences, car l'engouement du public est là » note Monsieur B. »

Ces rencontres permettront aux magnétiseurs de comparer leur pratique, mais aussi de s'interroger sur la place de celle-ci, notamment vis-à-vis des praticiens de la médecine. Michel Houseman traite de ce type de liens sociaux entre praticiens dans son article « Vers un modèle anthropologique de la

pratique psychothérapeutique » (2003). Il y décrit les réseaux sociaux qui se constituent entre thérapeutes où ceux-ci « partagent leurs expériences professionnelles et se font part des difficultés auxquelles ils se confrontent » (P.4). Houseman localise les relations sociales, parfois conflictuelles, entre thérapeutes autour de deux grands thèmes, celui de la technique et de l'éthique, deux points qui se retrouvent aussi chez mes interlocuteurs.

Sur mon terrain, en plus de permettre à mes interlocuteurs de se situer dans la pratique du magnétisme et de prendre conscience de leur propre singularité dans cette vaste communauté de pratique, les discours traitant de la technique porteront d'abord sur les différentes manières de soigner un mal en particulier. On trouvera aussi des interrogations portant sur le concept sous-jacent qui permet au magnétiseur d'agir en tant que tel, comme le rappelle d'ailleurs Houseman, qui résume ainsi l'enjeu technique, « dans quelle mesure l'efficacité de la thérapie dérive-t-elle d'un ensemble de procédés techniques ou bien des qualités propres des praticiens ? ». Cette interrogation se basant sur une dichotomie entre la maîtrise de procédés techniques et la possession de qualités intrinsèques au praticien se retrouve dans la pratique du magnétisme, en la présence de cette ressource thérapeutique hautement conceptualisée, pour ses utilisateurs, qu'est l'énergie. Le savoir explicité dans les diverses formations au magnétisme, a un but technique précis, il s'agit d'acquérir une maîtrise la plus fine possible de cette énergie qui permet le soin. Les mécanismes exacts de cette entité sous-tendant le soin seront le sujet de la partie suivante, mais il faut comprendre qu'en raison de sa place centrale dans la pratique, cette énergie sera l'objet de certains discours chez mes interlocuteurs.

Je pourrais constater des discours ayant une portée critique sur l'énergie de tel ou tel praticien, comme un magnétiseur qui m'expliquera, en parlant d'un collègue, que « ah oui son père était très bon, mais je ne peux pas dire pour l'énergie de son fils... ». On retrouvait déjà chez les coupeurs de feu ces évaluations de potentialité, comme lorsque André me parlait de la mémé Chamallieux, dont les enfants étaient « beaucoup moins forts ». Cependant, ce jugement sera chez les magnétiseurs localisé sur l'énergie. Il faut pour cela comprendre que cette énergie est conçue comme présent en chaque être humain, mais en des potentialités différentes : « certains en ont plus que d'autres, tout le monde sait lire et écrire, mais tout le monde n'est pas Victor Hugo, après ça vient en travaillant ». On retrouve ici la définition donnée par Heinich (2013) dans la première partie de ce mémoire, qui met l'accent sur un don composé d'une capacité extraordinaire d'origine transcendante, magnifiée par le travail. Les magnétiseurs me disent à ce sujet qu'il « n'y a pas de don », car tout le monde posséderait cette énergie en soi, mais parfois à un niveau insuffisant pour exercer efficacement.

La notion du « don » chez les coupeurs de feu et les magnétiseurs semble alors se rejoindre tout en différant sur certains points. On retrouve chez les coupeurs de feu, comme chez les magnétiseurs, l'idée d'une technique thérapeutique devant être magnifiée par le travail. Cependant, l'efficacité thérapeutique du magnétiseur dépend d'une capacité transcendante : l'énergie. Les coupeurs de feu me présentent des explications diverses quant à la nature de leur prédisposition au soin des brûlures. Pour certains, il suffit, comme chez Gabriel, de le vouloir pour le pouvoir, tout le monde, sans discrimination, étant capable d'en user. Pour d'autres, qui ont « reçu » le don, il suffit d'avoir été « choisi » et qu'un utilisateur préalable ait jugé de la capacité du futur guérisseur à étayer cette transmission. Pour Josiane, la transmission ne nécessitera pas un discours sur une certaine potentialité précédemment reconnue, il faudra seulement que le destinataire exprime son envie de recevoir le « don ». Cette capacité peut aussi être d'ordre pratique, comme dans des cas où une personne recevra le don, car elle travaille en cuisine, étant par là même souvent sujette aux brûlures. Dans d'autres cas, cette capacité prendra une forme plus proche de celle décrite par les magnétiseurs, à savoir la reconnaissance d'un « fluide » permettant d'user du don.

On remarque alors que les magnétiseurs, tout en refusant le terme de « don », se montrent plus proches de la définition du concept tel que proposé par Heinich que mes interlocuteurs coupeurs de feu. Il me semble que c'est en raison du fait que, lorsque les magnétiseurs affirment qu'« il n'y a pas de don », ils n'effectuent pas une affirmation ontologique, sur l'existence, ou non, d'une capacité transcendante au soin, point sur lequel ils sont en accord avec les coupeurs de feu. Mais bien une différenciation épistémologique de cette capacité, en affirmant que le magnétisme est présent en chaque être humain, et non pas en quelques élus. Ils refusent par là, la notion de « don ». Cependant, en affirmant que cette énergie est présente à des degrés différents en fonction des personnes, ils ne se libèrent pas de l'aspect « électif » du concept du don. Au contraire des coupeurs de feu, qui, même s'ils emploient plus volontiers le terme de « don », ne semblent souvent considérer comme critère que la possibilité, l'inclinaison et la volonté de faire usage, étoffer, le contenu de la transmission du secret.

Comme Houseman le rappelle, les discussions entre réseaux de praticiens auront aussi pour sujet le positionnement éthique du praticien. Concernant les magnétiseurs, les conversations rapportées traiteront principalement du positionnement vis-à-vis de la biomédecine, et plus précisément du moment où le magnétiseur devra accepter ne pas traiter telle ou telle affliction et rediriger le patient vers un médecin. Xavier m'explique par exemple « on fait ce que l'on veut, du moment que l'on ne fait pas de conneries. Moi, j'ai des collègues qui ont eu des procès, ils le méritaient, si je vous dis

d'arrêter une dialyse, comme certains, je suis un assassin. » Un autre sujet de discussion semble être la question du paiement, car si le magnétisme est une activité professionnelle, il n'existe pas de réelles conventions sur la manière de fixer un prix au soin, ni même sur le fait de se faire payer. Là-aussi, le guérisseur tradi-praticien m'explique « Il n'y pas de règles pour se faire payer, j'avais des collègues qui étaient surpris que je me fasse payer. Après il y des gens que je fais pas payer, mais ça, c'est mon choix. ». J'ai aussi pu remarquer une autre réflexion qui concernait le fait d'user de sa capacité thérapeutique afin de faire le « mal ». Il semble en effet que pour les magnétiseurs, cette énergie, utilisée à des fins curatives, puisse aussi être utilisée à des fins néfastes. Mes interlocuteurs se défendent évidemment de toute pratique de ce type, mais il reste qu'elle semble porter en elle cette possibilité, dimension qui n'existe pas chez mes interlocuteurs coupeurs de feu. Il a pu arriver, lorsque j'entamais mon terrain, de poser des questions inspirées par la lecture d'ouvrages sur le sujet de la sorcellerie, et que cherchant à baliser mon terrain, je m'aventurais à poser de telles questions à mes interlocuteurs qui possédaient le don du feu. Elles étaient la plupart du temps accueillies avec une forte incompréhension. Ceux de mes interlocuteurs qui voyaient où je voulais en venir, me présentaient quant à eux la pratique de la sorcellerie comme clairement séparée de celle du don du feu, agissant sur un registre différent, et que le don du feu était bien incapable de guérir²⁴.

Les magnétiseurs m'expliquent, eux, que s'ils n'agissent pas sur le plan de l'agression et de l'antagonisme, ce ne serait théoriquement pas en dehors de leur champ de compétence. Madame Suquet m'expliquera que « tu peux avoir le guérisseur dans le bien, mais tu peux avoir le guérisseur dans le mal aussi ». Xavier me décrira, lui, des cas où il a lui même été sollicité afin de pratiquer de la « sorcellerie », « Moi j'ai des gens qui viennent et qui me demandent des choses, "vous pouvez pas faire des choses au voisin ?", je réponds toujours non, mais je suis sûr qu'il y en a qui disent oui ». La conceptualisation de cette énergie ainsi que la constitution d'un corpus de pratiques et de savoir permettant de manipuler cette ressource apparaît alors comme un moyen pour mes interlocuteurs, de la concevoir sur un mode « inversé » c'est-à-dire néfaste. Question qui rejoint les propres constatations de Houseman, lorsqu'il résume ainsi la considération éthique « Au cœur de « l'enjeu éthique » se trouve la préoccupation suivante : puisque je peux faire le bien, je peux également faire le mal ».

24 On se rappellera cependant du commandement donné à Céline de “ne pas faire de mal”, règle conçue par mon interlocutrice comme “un conseil sur la vie en général”, plus que comme une règle d'utilisation du don.

En résumé, il existe au sein de la pratique du magnétisme la présence d'un savoir, dont l'existence conditionne la pratique du magnétisme et permet de la différencier de celle présente chez mes interlocuteurs maniant le don du feu.

La pratique du magnétisme s'acquiert via l'inclusion dans une communauté de savoir, fonctionnant parfois sur le modèle du groupe ou de la lignée, et parfois des deux à la fois, et qui permettra au praticien du magnétisme d'acquérir une manière de pratiquer le soin, ainsi que l'affiliation à une certaine « école », ou en tout cas à un certain positionnement vis-à-vis de sa pratique. Ces appartenances permettront alors le partage de savoirs entre praticiens, souvent délocalisés au sein de livres, de sites internet ou des praticiens eux-mêmes.

Le savoir contenu dans ces formations, est, en fait, tout à propos de savoir comment mieux « ressentir », point sur lequel ils rejoindront les coupeurs de feu. Les magnétiseurs posséderont cependant un concept d'énergie, apparaissant comme le pendant du « fluide » des coupeurs de feu. Chez les magnétiseurs, l'énergie apparaîtra cependant comme hautement conceptualisée, à la différence du « fluide » agissant la plupart du temps comme un signifiant flottant. Cette énergie apparaîtra alors comme une entité que les magnétiseurs devront apprendre à manier et qui concentrera alors de nombreux jugements inter-praticiens. Mes interlocuteurs se montrant plus critiques sur le potentiel énergétique d'un magnétiseur, que sur les méthodes utilisées pour interagir avec cette ressource, point sur lequel ils font preuve d'une grande tolérance. A l'image d'un de mes interlocuteurs qui m'expliquera, alors que nous discutons de la figure du charlatan : « Oui, il y a des gens mal intentionnés, mais parfois il faut faire preuve d'ouverture d'esprit, il y a des gens qui sont incompris, chacun a sa façon de faire, tant qu'on cherche à faire le bien... ». Ou Xavier qui m'expliquera bien le caractère hautement idiosyncrasique de la pratique du magnétisme :

Xavier - Après chaque guérisseur va avoir sa méthode et sa vision des choses, moi je fait partie du GNOMA qui est un groupement national, on se rencontre souvent en tant que collègues, et chacun a une vision, des croyances, des habitudes de fonctionnements qui sont différents entre les uns et les autres.

Un autre point de « négociation » entre praticiens concernera l'éthique qui accompagne la pratique du magnétisme. Les tarifs d'une séance, à partir de quand un praticien se fait-il « trop » payer ?, ainsi que la juridiction du magnétiseur en tant que praticien du soin, à partir de quand devient-il un « assassin » ?, seront les deux points fréquemment discutés au cours de mes entretiens.

Partie 2 : Magnétisme et don du feu

Il a été traité dans la partie précédente de la constitution du magnétisme en tant que savoir, ainsi que de la relation qu'entretenaient mes interlocuteurs avec ce savoir ainsi qu'avec les autres praticiens du magnétisme. Je voudrais à présent essayer de comprendre, et faire comprendre au lecteur, cette pratique que j'ai pu qualifier de hautement conceptualisée. Il s'agira donc de mieux comprendre le fonctionnement de cette pratique de soin alternative qu'est le magnétisme, et le rôle que joue l'énergie dans ce système de représentation. Le but étant, plus que d'offrir un portrait exhaustif du magnétisme, de pouvoir comprendre comment la pratique du don du feu trouve sa place au sein de cette pratique.

2.1 : Ontologie du magnétisme

2.1.1 : Une description de la pratique

On retrouve chez les magnétiseurs une diversité dans la façon de pratiquer le soin, diversité qui n'est pas sans rappeler celle qui a pu être décrite chez les coupeurs de feu. La différence étant que les magnétiseurs disposent d'un corpus de croyances partagées, accessible à l'ethnologue via un panel de livres et de sites internet. Il apparaît cependant que mes interlocuteurs magnétiseurs effectuent ce mélange que Xavier me décrit lorsqu'il m'explique qu'il « prend des pièces du puzzle », aboutissant à terme à un large panel de pratiques individualisées. Il me semble cependant possible d'identifier ce qui fait le noyau de cette pratique, l'orthodoxie dont chaque magnétiseur se réclame, et à partir de laquelle il fait montre de ses propres bricolages, de « sa version personnelle, plus ou moins lacunaire, plus ou moins distordue, de la doctrine », pour reprendre les mots de Jean-Pierre Albert (2003). Il faut pour cela s'atteler à comprendre les ressorts thérapeutiques du magnétisme, cette entité invisible se trouvant au cœur de la pratique de mes interlocuteurs.

Le magnétisme se révèle, au fil des entretiens, arborer une nature duale qui nous permet de comprendre comment les magnétiseurs conçoivent, dans un premier temps, la manipulation de cette ressource qu'est l'énergie. Il existe en effet deux types de magnétisme, le premier m'est dénommé par Gilles, un magnétiseur rencontré dans son cabinet toulousain, comme le magnétisme « spirituel ». Ce magnétisme m'est décrit comme constitutif de toute chose et selon Gilles, « la matière n'est que le fruit de l'énergie ». Le magnétisme spirituel apparaît alors, aux yeux de mon

interlocuteur, comme cette entité sous-tendant l'entièreté de l'existence. Je retrouve cette idée chez d'autres magnétiseurs rencontrés, d'un magnétisme à double-entente, dont l'un des aspects serait marqué par des traits « collectif » et « englobant ». Le concept apparaît, cependant, être fréquemment renégocié et réajusté en fonction de la version qui m'est offerte. On peut ici prendre pour exemple la littérature produite par et pour les praticiens du magnétisme, à laquelle il a été fait référence *supra*. Un des livres prêté par Madame Suquet²⁵, fait référence à un tel concept. Le deuxième chapitre de l'ouvrage décrivant ainsi le « magnétisme terrestre » :

« Le magnétisme terrestre comprend l'étude des phénomènes liés à notre planète, dont les éléments constitutifs ne peuvent être dissociés des éléments constitutifs du corps humain ; sa composition amène à considérer son influence, car nous savons que la terre, c'est nous, que nous sommes la terre, que nous y retournons et en revenons par un processus continuellement renouvelé. » (P.37)

On retrouve ici, sous le nom de « magnétisme terrestre », la notion d'un magnétisme holiste servant de matière première au réel. Madame Suquet, à qui appartient ce livre, m'expliquera fonctionner conformément aux enseignements de l'IGA, sur la base d'un concept nommé les « ondes scalaires » ou « onde Tesla ». Entités fonctionnant sur le même mode que les autres formes de magnétisme précédemment décrites. On notera tout de même la singularité d'un héritage scientifique revendiqué, à travers le nom du scientifique évoqué dans l'antonomase. Un dépliant de l'association, lui aussi donné par Madame Suquet, attribue d'ailleurs la paternité de la découverte de ces ondes au chercheur austro-hongrois. Cette origine, ancrée dans l'imaginaire scientifique, n'empêche cependant pas mon interlocutrice, avant chaque séance, de convoquer les archanges Gabriel, Uriel, Métatron et Merlin afin qu'ils l'aident et la guident durant le soin.

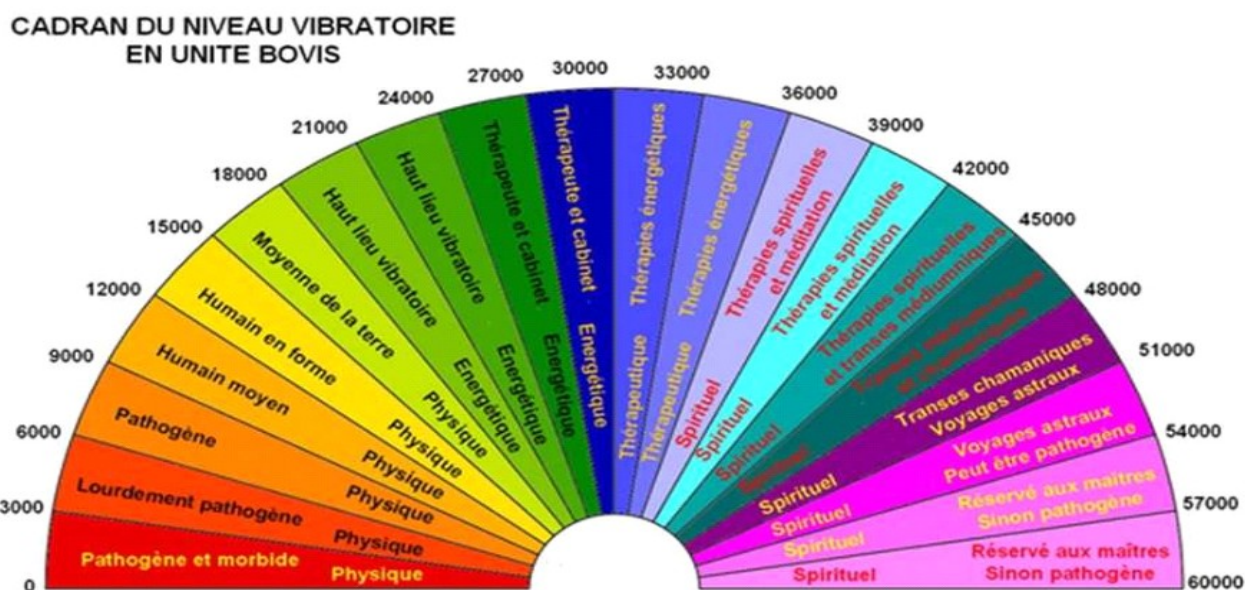
A cette première face du magnétisme, vient s'ajouter ce que Gilles, ainsi que le livre sus-cité qualifient de magnétisme « animal ». Il s'agit du versant « individuel » du magnétisme, d'une potentialité contenue dans l'individu et qui conditionne son utilisation du magnétisme « spirituel ». Ce magnétisme m'est décrit par certains de mes interlocuteurs comme un synonyme du « chakra », concept emprunté à l'hindouisme. C'est de ce magnétisme dont me parlent mes interlocuteurs lorsqu'ils m'expliquent que le magnétisme est présent dans chaque être, mais en des potentialités différentes. Ce sont les personnes disposant suffisamment de ce magnétisme qui sont capables d'accéder, comme l'explique l'ouvrage destiné aux magnétiseurs, à une « consonance des rythmes

25 Balthazar, Monique-Gabrielle, *Le magnétisme, le magnétiseur et le magnétisé*, 1993, Trajectoire.

du corps et de l'esprit, bien accordé à celle de l'univers »(p.34). Cette « consonance » se comprenant chez mes interlocuteurs par une aptitude à sentir et manipuler le magnétisme « spirituel », qui est bien celui des deux qui doit être identifié comme le « complexe thérapeutique ». Gilles m'explique à ce propos qu'il faut comprendre l'articulation des deux comme on considérerait différents types d'ampoules, « il y a les ampoules à 25 W et les ampoules à 100 W ». Le magnétisme s'appréhende donc à la façon d'une entité englobante et infinie, capable d'avoir une action thérapeutique, se manifestant à travers des êtres humains ayant une certaine inclinaison. Cette potentialité pouvant se travailler au cours de la vie d'une personne, à travers divers stages, lectures et rencontres, tel que précisé dans la première partie de ce chapitre.

Le fait, pour les magnétiseurs, de tirer leur pouvoir curatif d'un ensemble transcendantal implique dans leurs discours, un refus de se considérer eux-mêmes comme la source du soin. Mes interlocuteurs insistent particulièrement sur le fait que le magnétiseur n'est qu'un intermédiaire privilégié entre cette énergie et le patient. Les métaphores sont multipliées afin de m'expliquer le rôle du magnétiseur comme celui d'un « passeur », les mains du magnétiseur ne sont « qu'un robinet » et le praticien « se branche sur la prise de l'univers afin d'aspirer le mal comme un aspirateur ». Le magnétiseur apparaît alors plus comme un opérateur privilégié de l'énergie, que comme « quelqu'un qui soigne ». Cet aspect m'est souligné par Xavier qui m'explique bien que : « Celui qui soigne ce n'est pas Xavier, si je soigne en tant que Xavier je ne suis qu'un tout petit, il y a des forces qui me sont bien supérieures, je ne suis qu'un intermédiaire ». L'anecdote que j'ai pu décrire plus haut dans ces pages où mon interlocuteur s'estimera puni pour son ego est en fait reliée à cette conception. Pour Xavier, l'accident surviendra car il s'estimera supérieur du fait de son soin, tirant mérite et bénéfices d'une capacité ne lui appartenant pas, et dont il n'est qu'un vecteur.

J'aimerais, avant de tenter une analyse, traiter de la pratique d'un autre de mes interlocuteurs. Il s'agit de celle démontrée par René, rencontré brièvement lors d'un entretien en visioconférence. Le magnétisme pratiqué par mon interlocuteur comprend lui aussi une partie holistique doublée d'une partie individuelle. La particularité étant que le magnétisme « animal » est, pour René, quantifiable par le biais d'une manipulation consistant à tenir un pendule au-dessus d'un diagramme. Ce dernier étant divisé en tranches, chacune correspondant à un certain nombre d'unités Bovis, unité de mesure du magnétisme animal. La personne tenant le pendule décidera alors d'une convention avec l'objet, oscillation de gauche à droite pour un « oui » et de haut en bas pour un « non », et passera le pendule au-dessus, celui-ci indiquant le nombre d'unités Bovis par un « oui » lorsque passé au dessus la tranche correspondante.



On constate alors, si l'on observe l'image *supra*, que la personne tenant le pendule sera dans un état dit « pathogène » de 0 à 9000 unités Bovis, tandis qu'un magnétiseur devra, lui, se trouver entre 30000 et 36000 unités Bovis, objectivant ainsi cette énergie en unités, et par tranches de catégories. On note alors que, dans la pratique du magnétisme, la pathologie et la pratique du soin se trouvent sur le même continuum, et dépendantes toutes deux, du degré de présence du magnétisme animal. Expliquant peut-être ainsi la facilité pour Madame Suquet de passer d'un versant à l'autre lors de sa recherche de soin. A ce sujet, cette dernière utilisera son scanner quantique pour mesurer son propre taux énergétique, exprimé en ondes Tesla, le pendule faisant aussi partie de son arsenal thérapeutique, mais avec une fonction de localisation du mal sur le corps du patient.

La thérapie va alors s'effectuer par la manipulation du magnétisme spirituel, afin de refaire passer le magnétisme animal du patient dans un état non-pathologique. Le but étant, en corrigeant le magnétisme d'une personne, d'empêcher l'apparition de maladies. Le magnétisme, m'expliquent mes interlocuteurs, fonctionne sur une logique de prévention plus que de réelle guérison, cette prévention s'effectuant via la recherche d'un équilibre du magnétisme dans une personne. Les magnétiseurs sont loin de se dire inefficaces dans des processus de guérison, mais comme Madame Suquet me l'explique « Certains, ils viennent trop tard, ils auraient dû venir 10 ans avant pour se faire traiter ». Le magnétisme fonctionne en fait sur le principe de « l'intoxication », tel que décrit par Claudine Herzlitch dans son ouvrage de 1962, et dont j'ai déjà traité dans le premier chapitre. Herzlitch détaille, au sein d'autres représentations profanes de la maladie, la maladie par

« intoxication ». Il s'agit de celles causées par une accumulation d'éléments perçues comme pathogènes (pollution, fatigue, stress). La maladie se déclarant lorsqu'un certain seuil est atteint, la maladie étant alors le signifiant d'un trop plein : « le mal a dit », comme me l'explique d'ailleurs Madame Suquet au cours de son récit de vie. Le travail du magnétiseur est alors de prévenir ce trop-plein et d'en réparer les dégâts si le patient « s'y est pris trop tard ».

Afin de mieux comprendre comment fonctionnent les processus de guérison chez les magnétiseurs, il me faut expliquer que le magnétisme animal ne constitue pas la seule unité sur laquelle on peut agir chez le patient. Le fait de mesurer via un pendule l'état du magnétisme animal de l'individu apparaît plus comme le diagnostic d'un état pathologique auquel il faudra remédier via une action sur divers composants. Il existe une large « topographie magnétique » présente chez la personne, on trouve ici des éléments tels que : le plexus, la polarité, l'habitus, les vibrations, les corps subtils. C'est sur ce dernier élément que le magnétiseur agit pour traiter les brûlures. Le corps subtil constitue en fait le double « spirituel » d'une personne, et si sa description exacte varie, il apparaît clairement comme le double du corps physique d'une personne. Le corps subtil m'est décrit comme l'endroit où circule l'énergie, à l'image de la circulation du sang dans le corps physique. Gilles m'explique « passer par les corps subtils pour faire de la reconstruction physique ». Le soin du corps physique chez les magnétiseurs semble en grande partie fonctionner par *proxy*, le magnétiseur agissant principalement sur le versant spirituel de l'individu, cette action permettant de mettre le corps physique dans une disposition où il pourra se soigner « tout seul ». L'action sur ces éléments s'effectuera de différentes façons, mais mes interlocuteurs ont l'usage en commun de ce qu'ils appellent des « passes magnétiques ». Ces passes consistent en des passages de la main autour du corps du patient, sans jamais entrer en contact avec celui-ci. Ces actions me sont décrites comme permettant un ressenti et une manipulation de l'énergie. Il existe différents types de passes, telles que les passes saturantes, permettant de charger le corps en énergie réparatrice, les passes « dégageantes », permettant de décongestionner un surplus d'éléments négatifs, ou stimulantes, qui me sont décrites comme « rafraîchissantes » et permettant de remédier à la fatigue. Il en existe d'autres, mais l'important est de comprendre qu'à chaque passe, correspond à un geste particulier. La passe saturante est ainsi décrite dans le livre *Le magnétisme, le magnétiseur et le magnétisé* (1993) :

« Le magnétiseur est debout à côté du magnétisé, assis sur une chaise aussi détendu que possible. Le magnétiseur forme une coupe retournée de ses deux mains qu'il place à 3 ou 4 centimètres au-dessus du plexus coronal, y reste 20 à 25 secondes. [...] tout au long de l'opération, il faut penser « je transmets la force magnétique. »

Je n'ai pas la place de retranscrire ici l'intégralité de la manœuvre. Mais il est important de comprendre que chaque passe associe une forme prise par la main, un mouvement des bras, une position du patient ainsi qu'une intentionnalité du magnétiseur, à un effet précis recherché par cette manipulation de l'énergie.

Si je retrouve l'utilisation de la passe magnétique chez la totalité de mes interlocuteurs, chaque praticien possède en plus de cette technique de manipulation de l'énergie, ses propres techniques, glanées au cours de son apprentissage, lui permettant de se spécialiser dans le traitement d'un type de mal. Si la pratique du magnétisme apparaît comme aussi diverse, c'est à cause de ces différentes voies d'accès utilisées pour influencer sur ces différents composants, tels que le magnétisme d'une personne ou son corps éthéré. Chaque praticien possède, en plus de l'utilisation de passes magnétiques, un arsenal de moyens d'accéder à l'intériorité de son patient. Gilles, qui se qualifie de « chromothérapeute », utilise par exemple un système où chaque couleur correspond à un chakra en particulier. Il me montrera son installation composée d'un système de plusieurs LED de couleurs différentes situées au-dessus d'une table de consultation. Chaque lumière permettant d'éclairer d'une couleur en particulier une partie du corps du patient, partie elle-même associée à un chakra. Interrogé sur la fonction d'une chaîne stéréo posée non loin de la table, Gilles me répond qu'elle permet de faire écouter une « fréquence » sonore en particulier durant le soin. Le soin de mon interlocuteur apparaît alors comme se basant sur la correspondance entre des chakras, présents dans une partie du corps en particulier, que l'on « rééquilibre », grâce à une couleur lui correspondant, couplé à une fréquence hertzienne décrite elle aussi comme permettant le retour à un état non-pathologique.

Madame Suquet, quant à elle, agit sur les corps éthérés et les chakras d'une manière différente. Elle m'explique procéder, en fonction du patient, avec un système de « numérologie », où chaque chiffre apparaît relié à un chakras ou à un état pathologique. Elle m'explique effectuer aussi un travail au niveau de ce qu'elle appelle des « foyers hammer ». Elle me décrit ces foyers comme des kystes émotionnels, causés par des traumatismes, et dont la présence prolongée peut causer des maladies telles que des cancers. Selon madame Suquet, chaque affliction est particulière dans la mesure où le

placement d'une simple tendinite peut changer la signification du mal. Une tendinite placée du côté gauche du corps signifiant un problème avec la vie familiale du patient, tandis que placée du côté droit, elle sera le signe d'un problème dans la vie professionnelle.

2.1.2 : Le magnétisme : Un schème analogique

Il nous est ici possible d'identifier le soin tel qu'il est pensé dans le magnétisme comme un système fonctionnant sur une logique analogique.

J'entends le terme « analogique » dans le sens où Philippe Descola, figure de l'anthropologie américaniste et enseignant à l'École normale supérieure, le conceptualise dans son ouvrage « par-delà nature et culture » (2005). Le terme renvoie à l'un des quatre schèmes intégrateurs de pratique que l'auteur propose dans son ouvrage. Ces schèmes sont pour Descola des types de structures, culturellement acquises, conditionnant notre rapport à l'autre, humain et non-humain. Sur la nature de ces structures, Descola explique qu'elles peuvent être définies comme des « dispositions psychiques, sensorimotrices et émotionnelles intériorisées grâce à l'expérience acquise dans un milieu social donné » (p.151). L'auteur décrit dans son ouvrage quatre grands types de schèmes : naturaliste, totémique, animiste et analogique, c'est bien ce dernier qui semble correspondre au système de fonctionnement du magnétisme.

Descola décrit l'analogisme comme un schème de pensée où se trouvent reliés entre eux des éléments, qui, dans d'autres schèmes, se seraient trouvés séparés. A l'image du physique et du moral, qui, dans un système naturaliste, celui de la biomédecine, se seraient vus compartimentés. Ces correspondances effectuées par l'analogisme permettant alors à chaque composant de trouver sa place dans la chaîne de l'univers grâce à sa proximité ou sa ressemblance, réelle ou symbolique. Le système analogique c'est celui où, dans la recherche d'une cohérence holiste, l'ordre de grandeur des choses compte moins que les liens de sympathie ou de ressemblance perçue. C'est, comme lorsque en astrologie, une personne sera mise en correspondance avec une planète, un signe, en fonction de son lieu, son heure, et sa date de naissance. Traçant des correspondances entre un humain et un agencement d'astres, reliés entre eux par des qualités, des inclinaisons et des récits typiques²⁶. L'astrologie qui est d'ailleurs constituée, de manière similaire au magnétisme, d'une communauté de savoir basée sur une interprétation de l'humain à partir de correspondances d'un ordre de grandeur différent, ici, célestes.

26 Selato, Bernard, 1991, « L'astrologie : Une science humaine ? », *L'Homme*, 119, p.113-118.

L'analogisme, dans le magnétisme, c'est l'ensemble de la matière qui provient de l'énergie partageant alors la même argile originelle, c'est chaque « chakra » relié à une couleur et à un son. Il y a aussi dans la barrière qui n'est pas faite entre le physique et le mental, un aspect de ce schème de pensée qui « émette l'évidence du physique et du moral pour mieux assurer leur jonction » (p.288). Descola identifie le modèle analogique comme celui des médecines traditionnelles chinoises et africaines, ainsi que la théorie occidentale des signatures. Aliénor Bertrand, dans son article « Une critique anthropologique de l'éthique du soin » (2011), met en lien la typologie de Descola avec les différentes conceptions du soin de la personne. Elle décrit les modèles analogiques comme basés sur une logique de rééquilibrage, dans le but de restaurer un équilibre rompu par des perturbations extérieures (vent, humidités) ou intérieures (états mentaux). Tout en négligeant certaines séparations, comme celle du physique et du mental, effectuées par la biomédecine naturaliste. Cet aspect de « rééquilibrage » qui se retrouve donc aussi dans le magnétisme.

2.1.3 : L'action indirecte négative du magnétisme

Il faut, pour finir cette sous-partie, ajouter un dernier pan d'analyse, concernant le mode d'action par lequel les magnétiseurs agissent sur ces déséquilibres. Il s'agit du concept forgé par André-George Haudricourt à travers une série d'articles (1954, 1962, 1964, 1978). Dans ces écrits, l'auteur traite du rapport de l'humain avec la nature, plus particulièrement dans les contextes de l'élevage et de l'agriculture. Il en ressort une opposition entre deux modes de pratique, chaque culture fonctionnant sur l'un ou l'autre des modes. Haudricourt distingue donc le mode de « l'action directe positive », où une action est effectuée par l'humain directement et de façon à entretenir une forte proximité sur l'être cultivé et domestiqué, de manière à lui imposer un cheminement afin de le modeler à sa convenance. C'est la façon, selon Haudricourt dont l'élevage des moutons dans le monde méditerranéen est pensé, où l'animal est attaché, sélectionné et « sur-domestiqué ». L'autre modèle est celui de « l'action indirecte négative », et c'est celui privilégié, par exemple, par les cultivateurs d'igname de Nouvelle-Calédonie. Ce fonctionnement consiste, pour l'humain, à agir davantage sur l'environnement du non-humain en évitant tout contact et toute coercition sur celui-ci. Le cultivateur travaille davantage sur la terre et sur l'espace alloué à la plante cultivée que sur l'igname lui-même. Cette typologie sera appliquée par Haudricourt à l'ensemble des rapports que l'humain entretient avec son environnement, avec les autres humains et notamment dans le domaine de la médecine, dressant une séparation entre la façon dont l'Occident et l'Orient conçoivent leur rapport à l'autre. L'auteur y identifiera la médecine chinoise comme fonctionnant sur le mode de

l'action indirecte négative, l'enjeu étant d'agir sur les composantes de l'individu, les *wan wou*, les dix-milles essences qui forment chaque être, afin d'y restaurer l'équilibre, plus que d'agir sur l'individu lui-même. On reconnaît là aussi le fonctionnement du magnétisme, qui dans sa recherche de rééquilibrage du magnétisme animal ainsi que dans son traitement des composants de l'humain, par exemple du corps éthéré, n'agit jamais directement sur le corps humain. On pourra retrouver un tel fonctionnement, par exemple, dans le qigong, une technique thérapeutique chinoise. Evelyne Micollier décrira dans son article « Un maître “ordinaire” de qigong en chine : entre innovation et transmission », présent dans l'ouvrage collectif *les nouveaux guérisseurs : biographie et thérapeute au temps de la globalisation* (2013), un soin fonctionnant sur une combinaison d'un soin indirect, analogique et rééquilibrant. Elle y explique comment un maître utilisera la projection d'un *qi* positif dans le corps d'une personne viciée par la présence d'un *qi* pathogène, permettant au corps du patient, qui se trouve être malade du VIH, de retarder son déficit immunitaire grâce à un équilibre retrouvé au sein de son être entre le pathogène et le thérapeutique. Si le fait d'user de ce procédé dans le cadre d'un traitement complémentaire au VIH est décrit comme « expérimental », l'affrontement entre un *qi* positif et un *qi* négatif est quant à lui décrit comme « une constante du traitement par qigong » (p.135). Si on s'intéresse un peu plus à la nature de ces *qi*, on se rend compte que cette opposition traverse, dans la cosmologie du qigong, l'entièreté de l'existence, chaque entité étant homologuée en fonction de cette dichotomie. Selon les mots d'un autre anthropologue, Nickola Pazderic, dans son article « Recovering True Selves in the Electro-Spiritual Field of Universal Love » (2004), le qigong « Enunciate a symbolic code in which all beings and events are conceived in terms of a structuring binary discourse ». On retrouve alors dans cette pratique une volonté de rééquilibrer les pendants positifs et négatifs, pathologiques et thérapeutiques, au sein d'un être, cette dualité pouvant se comprendre sur différents ordres de grandeur, dépassant le cadre de l'individu. Et on voit bien à travers l'exemple de Micollier, que le traitement aura pour but de permettre au corps d'être plus performant de lui-même dans son processus de guérison, mettant en lumière l'aspect « indirect » du traitement. On retrouve alors dans cette pratique traditionnelle chinoise, le triptyque déjà mis en exergue dans le magnétisme.

En résumé, le magnétisme apparaît comme un système de soin du corps physique et mental, opérant préférentiellement sur des doubles énergétiques et spirituels de l'individu afin d'agir indirectement sur un état pathologique dont la résolution sera atteinte par un rééquilibrage de ces doubles. L'accès à ces composantes invisibles de la personne sera le plus souvent effectué via une logique analogique reliant un désordre dans les composants de la personne, diagnosticable via le magnétisme animal du patient, à une signification par un processus de contiguïté ou de ressemblance, appelant alors un

remède lui aussi choisi selon une logique analogique. Ce triptyque d'analogique, d'indirect et d'équilibre se retrouve comme fonctionnant de pair dans d'autres systèmes de soin, tels que la médecine chinoise ou la théorie d'origine européenne des humeurs.

La question est maintenant d'observer comment la technique thérapeutique du soin des brûlures se fonde

dans cette pratique riche et complexe, telle que nous apparaît à présent le magnétisme.

2.2 : Pratique du don du feu dans le magnétisme

2.2.1 : Sens et sensation du feu

Tous mes interlocuteurs magnétiseurs pratiquent le « soin du feu », il faut à ce propos préciser que pour un magnétiseur, soigner le feu signifie traiter les brûlures, le zona, ainsi que d'autres inflammations telles que les tendinites, sur un mode un peu différent des coupeurs de feu concernant les deux dernières affections.

Interrogés sur la manière de soigner une brûlure, les magnétiseurs m'expliquent coupler une « passe dégagante » destinée à chasser le feu, à une « passe saturante » permettant une régénération du corps éthéré, et donc, du corps physique. Ils m'expliquent que ce processus est celui effectué de façon « inconsciente » par les coupeurs de feu, ces personnes dépositaires sans le savoir d'un certain magnétisme animal, mais qui n'ont jamais cherché à le cultiver. La formule du coupeur de feu m'est quant à elle parfois présentée comme une forme de « sagesse paysanne » invoquant à travers certains saints chrétiens, un type d'énergie adapté au soin des brûlures. Pour d'autres magnétiseurs, l'utilisation de la formule ne sera pas une nécessité et elle permettra au mieux au praticien de se concentrer via la répétition de la formule, voire de s'auto-suggérer une efficacité.

Il peut cependant arriver, à l'image de Xavier et Madame Suquet, qu'une formule soit ajoutée au processus. Interrogé sur la fonction de cette formule, Xavier me répond qu'il ne sait pas vraiment, mais que l'emploi d'une formule permet un soin des brûlures et du zona efficace ; il l'applique donc de façon « bête et méchante ». Madame Suquet, quant à elle, m'explique que la formule est une façon de convoquer un certain type d'énergie particulièrement apte à chasser le feu. Le soin des brûlures devenant alors, là aussi, plus efficace lorsque doublé d'une formule. Dans les deux cas, ce

sera donc une efficacité empiriquement constatée, qui justifiera de l'ajout de la formule au soin, parfois en y apposant au passage le système de représentation de mon interlocuteur.

Il existe cependant une différence dans le rapport qu'entretiennent les magnétiseurs avec le soin des brûlures et la façon dont ils conçoivent le zona et la manière de le soigner. Là où le soin d'une brûlure causée par une flamme ou la radiothérapie, avec une cause clairement identifiable, nécessitera un simple traitement par passes magnétiques afin de chasser le feu, couplé à un traitement du corps éthéré, le traitement d'un zona entraînera un discours sur la cause de la maladie, mobilisant des correspondances entre la maladie et sa cause. On retrouve sur le site du GNOMA-SNAMAP, le groupement des magnétiseurs mentionnées dans la partie précédente, un article sur le zona, ses causes et la façon de le soigner. On remarque à ce sujet que, contrairement aux coupeurs de feu, les magnétiseurs ont une connaissance relativement aiguë du fonctionnement physiologique de la maladie et de son origine virale. L'article présente aussi, en complément de cette lecture scientifique, une interprétation de la maladie sur un autre mode :

« Votre corps vous fait savoir que vous souffrez des relations ou de la distance qui se creuse entre vous et vos proches (souvent enfants ou petits enfants). Si ce n'est pas votre cas, il fait souvent suite à un sentiment inconscient de culpabilité. Ce peut être aussi : *« Je suis une mauvaise mère, un mauvais grand père... »*²⁷

Le traitement du zona nécessitera alors une opération de « coupage de feu », afin de soulager le patient de sa douleur, couplée à un travail sur la place du patient dans son univers, ici social. On retrouve dans le traitement du zona les dimensions analogiques, équilibrantes et indirectes, contrairement au traitement des brûlures, où seule la dimension indirecte se retrouvait. Peut-être pour la raison que, contrairement au zona, la brûlure ne semble pas nécessiter d'interprétation sur la place du patient dans son monde, fonction préférentielle, nous l'avons vu, dans la première partie, des médecines alternatives. Le zona et les brûlures sont cependant chez mes interlocuteurs, subsumés sous la catégorie des maux du feu, peut-être là aussi comme pour les coupeurs de feu, en raison de la sensation de brûlure et de chaud provoquée par ces deux maux. Cette hypothèse apparaît d'autant plus juste, que, lorsque j'interroge les magnétiseurs sur le soin des tendinites, mal pris en charge par plusieurs de mes interlocuteurs coupeurs de feu en raison de son statut « d'inflammation », les magnétiseurs m'expliquent, que, oui, ils faut « couper le feu » d'une tendinite. Processus nécessaire afin d'épargner au patient une douleur handicapante, seulement, ce processus s'avèrera insuffisant à lui seul, dans la mesure où il faudra, à l'image du zona, trouver la

27 <https://gnoma-snamap.fr/le-zona-et-les-magnetiseurs/>

cause sous-jacente de cette tendinite. La place du soin du feu dans l'arsenal du magnétiseur apparaît alors comme pleinement efficace pour les brûlures dont la cause est clairement identifiée, mais reléguée à un traitement des ressentis associés à la chaleur, lorsque surviendra un besoin d'interprétation du mal.

Madame Suquet m'expliquera à ce sujet que « le truc avec les coupeurs de feu, c'est qu'ils font comme les médecins, ils traitent que les symptômes ».

Interrogés sur la place du soin des brûlures dans leur pratique, mes interlocuteurs m'expliquent que cette technique constitue le B-A.ba du magnétiseur. Le don du feu sera alors une des premières pratiques maîtrisées par le nouveau praticien, et parfois celle par laquelle il « fera ses armes ». La raison qui m'est donnée n'est cependant pas que le soin des brûlures serait, par exemple, « plus simple », malgré son champ d'action plus limité que la pratique du magnétisme en elle-même.

2.2.2 : La preuve par le feu

Il faut, pour comprendre la place du don du feu dans le magnétisme, s'intéresser à une des particularités de cette pratique, que l'on retrouve assez peu chez les coupeurs de feu, à savoir le besoin de visualiser cet outil thérapeutique qu'est l'énergie, et qui fera l'objet, au cours de la séance de soin, d'un double travail d'objectivation et de subjectivation. J'emprunte cette analyse à Fanny Charasse, doctorante à l'EHESS, qui, dans son article « le travail de l'énergie » (2019), propose une ethnographie de la pratique des magnétiseurs. Charasse dresse le portrait d'une énergie, décrite dans l'article comme profondément subjective, dans la mesure où chaque praticien ainsi que chaque patient, est amené à ressentir cette entité échappant à toute identification visuelle, au cours d'une « expérience particulière » (p.50).

Cette énergie fera cependant l'objet d'un processus d'objectivation, notamment via l'utilisation du pendule, utilisé comme un avatar de l'énergie, lors de la consultation. Pratique observable sur mon terrain lors du diagnostic effectué à l'aide du diagramme.

Il est exact que, sur mon terrain, le pendule joue un rôle de présentification de l'énergie, et on pourrait à ce sujet étendre ce rôle à l'ensemble des outils qui jalonne la pratique des magnétiseurs. Il pouvait arriver, lorsque je rencontrais des magnétiseurs dans leur cabinet, que des photographies de personnes soient posées sur le bureau, surmontées d'une pierre. Interrogés sur la fonction de ces pierres, les magnétiseurs m'expliquaient que la pierre permettait de canaliser l'énergie vers la personne sous traitement par le truchement de sa photographie. Cette fonction de canalisation

énergétique de ces pierres semblera réservée à certains types de minéraux, tels que l'améthyste ou le cristal de roche, qui me seront présentés comme ayant des « propriétés ». Il me sera cependant difficile de savoir ce qui, dans ces espèces de pierre, leur permettra une telle action. Leurs potentialités m'étant parfois présentées en rapport à une tradition intra ou extra-européenne, à la manière de l'améthyste, utilisée par les pharaons égyptiens. Ces pierres me seront parfois aussi décrites comme ayant une composition particulière, lui donnant un statut spécial, à la manière de l'hématite, particulièrement riche en fer. Il me sera cependant difficile d'appréhender le fonctionnement exact de ces pierres, le pourquoi de leur efficacité étant la plupart du temps contenu tout entier en des « propriétés » intrinsèques.

Roberte Hamayon, dans son article « du “manque à voir” pour (faire) croire en “l’invisible” » (2019) s'est intéressée à ces avatars de l'invisible que peuvent être le pendule du magnétiseur, les cartes du voyant ou les os jetés par le chaman. Elle y décrit ces objets remplissant le rôle de « récepteurs de signes », servants à construire des relations à trois entre le patient, le praticien et l'objet mobilisé par ce dernier. L'intérêt de ce médium est, pour Hamayon, d'établir un tiers neutre dans la consultation, et de concentrer la *vision* du patient, car c'est bien de cet aspect qu'il est question, vers un objet à disposition du thérapeute, déplaçant alors l'attention du patient, du praticien vers l'outil. Ces « récepteurs de signes » agiront alors comme un troisième acteur au sein de l'interaction entre le thérapeute et le patient, et pourront même produire leur propre discours. L'objet introduit dans la consultation deviendra alors un actant à part entière, concentrant l'attention du patient et occupant la place du foyer énonciatif du diagnostic, masquant la présence même du thérapeute, qui s'effacera au profit de ce nouveau venu, présenté comme un terrain neutre.

Sur mon terrain, ce n'est effectivement pas le magnétiseur qui identifiera un type de pathologie, mais bien le pendule, oscillant en fonction de l'état du magnétisme animal du patient. On peut ajouter à cela qu'en faisant tenir le pendule au patient, comme dans la description de René, le magnétiseur se retire de la consultation, laissant se faire l'interaction du pendule avec le magnétisme animal du patient. L'utilisation du terme de foyer énonciatif pour le pendule apparaît encore plus adapté si on considère le dialogue entre le pendule et son utilisateur, où ce dernier pose des questions, auxquelles le pendule répond « oui » ou « non ».

Pour Hamayon, le fait de créer un troisième actant dans la relation permet d'atténuer les relations de pouvoir de la consultation, ainsi que de pousser le patient à produire un discours sur lui-même, tout en déchargeant une partie de la responsabilité sur l'intermédiaire créé par le thérapeute. Si on revient sur la définition de Charasse, qui, quant à elle, définit l'énergie comme une entité subtile,

« dépendante de l'interaction avec le magnétiseur, et donc indissociable de son contexte d'émergence » (p.66). On peut aussi appréhender l'usage du pendule et des pierres comme un moyen de dépasser le statut subjectif et invisible de l'énergie qui nous apparaît bien comme l'entité sur laquelle repose le soin. La pendule notamment, permettant de faire sortir l'énergie de cette subordination au magnétiseur et de hisser cette ressource au rang d'acteur à part entière du soin, disposant d'une présence et d'un discours se manifestant au cours de la consultation.

Là où ce que j'ai pu observer dépasse les analyses de Charasse et Hamayon, c'est lorsque la relation entre le praticien et ses outils sort du cadre de la consultation. Madame Suquet se servira principalement de son scanner quantique pour son propre usage, dans une optique de vérification régulière de sa propre santé spirituelle. René vérifiera régulièrement son propre taux d'unités Bovis afin de s'assurer de sa bonne santé énergétique. S'il semble probable que le fait de rendre l'énergie « visible », joue un rôle clé dans la consultation, mes interlocuteurs démontrent aussi le besoin de matérialiser cette entité à eux-même, en l'absence du patient. Plus qu'une entité « subtile », la pratique du magnétisme semble nécessiter la présence d'un « para-humain ». J'emprunte le terme à Albert Piette (2012), qui définit par « para-humain » tous les « humains, animaux, collectifs, divins, en tant qu'ils sont présents et observables en situation avec des modes différents, repérables par les gens » (p.11). Le terme me paraît adapté au concept de magnétisme animal et spirituel, dans la mesure où ce que Piette essaye de saisir dans son analyse, c'est bien la dimension interactionnelle de ces actants non-humains, visibles et invisibles qui nous entourent, plus que leur dimension ontologique ou conceptuelle.

Le magnétisme apparaît alors comme une thérapie aux multiples actants para-humains, que ce soit les doubles du patient et du thérapeute que constituent le magnétisme animal, ou le magnétisme spirituel commun à l'ensemble de la création. Cet actant apparaissant même avoir une certaine agentivité, puisqu'il « punira » Xavier de son crime d'ego en le clouant dans un lit d'hôpital. Ces actants nécessiteront alors le besoin d'être visualisable, à travers le dialogue avec le pendule, la manipulation via les passes magnétiques ou la présentification via les pierres posées sur les photos. Roberte Hamayon, dans son article, explique que pour certains voyants ou chamans, le *croire* passe par un manque de *voir*, en mettant le patient dans une situation que Fanny Charasse qualifie de doute « méta-ontologique ». C'est à dire des moments où la composition du monde ne va plus de soi, où la réalité se fissure et s'effrite, où elle demande à être réévaluée » (Delaplace, 2018, p.11-12). Les magnétiseurs que j'ai pu rencontrer semblent, au contraire, fonctionner sur un système nécessitant d'être présentifié et visualisable autant que faire se peut. Pour ces derniers, le

magnétisme n'est pas une affaire de croire, et tout doit être rendu tangible. En passant parfois, comme pour le scanner de Madame Suquet, et ses « ondes Tesla », par un imaginaire scientifique rapprochant plus la pratique du magnétisme d'une science légale.

C'est ici que le don du feu prend son sens, lorsque je demande à mes interlocuteurs pour quelle raison ce don occupe une place de choix dans les outils de base du magnétiseur. On me répondra simplement, « parce que ça se voit », le don du feu permettra en effet pour le magnétiseur débutant, de pouvoir constater les effets immédiats de son efficacité, et plus tard, de prouver sa légitimité à ses patients. Il me faut ici rajouter que les magnétiseurs rencontrés au cours de mon terrain m'expliqueront qu'une des premières expérimentations conseillées au magnétiseur débutant, consistera à un exercice consistant à s'exercer sur une pomme. En effet, pour mes interlocuteurs, en magnétisant une pomme, il serait possible de l'empêcher de pourrir, on suggérera alors au praticien débutant de s'exercer sur un fruit et de le laisser reposer plusieurs semaines. Cette opération rendant possible le fait de *voir* les effets de son magnétisme sur le corps du végétal, prouvant alors l'efficacité du magnétisme. Il me semble alors que l'on peut considérer le don du feu comme la continuité de cet exercice se reposant sur le visuel, appliqué à l'humain, cette fois-ci en constatant la disparition de la brûlure traitée.

En conclusion, le magnétisme apparaît comme un travail de rééquilibrage du corps du patient, intoxiqué par les influences extérieures, qui sera soigné via un travail indirect sur différentes composantes de la personne via des actions effectuées selon une logique de ressemblance et de proximité par rapport à l'élément pathologique. Cette pratique, basée sur des mécanismes invisibles, autant dans les moyens employés que dans les pathologies traitées, souvent confinées sous la surface de la peau du corps humain, fera usage de nombreux moyens lui permettant de quantifier, visualiser et faire visualiser les différentes composantes du magnétisme. C'est en fonction de ce besoin de rendre visible le soin, que le don du feu me sera décrit comme le b.a.-ba du magnétiseur. Souvent acquis dans les débuts de la formation du magnétiseur, cette pratique, qui peut concerner des maladies interprétables selon le mode de pensée du magnétisme, comme de simples affections de surface, lui permettra d'avoir la certitude que son soin fonctionne dans l'immédiateté, et de faire ses preuves auprès de son entourage.

Il me faut à présent traiter dans la dernière partie de ce deuxième chapitre, de trois aspects qui séparent la pratique du coupeur de feu de celle du magnétiseur. Il s'agit des discours entourant la religiosité de mes interlocuteurs, de leurs positionnements vis-à-vis d'une rémunération, ou non, de leur soin, et pour finir, du rapport qu'entretiennent les coupeurs de feu avec les magnétiseurs, et inversement.

Partie 3 : Des cadres différents de la pratique

J'ai pu, dans le premier chapitre, détailler les parcours de vie des magnétiseurs ainsi que la façon dont ils acquéraient leurs techniques thérapeutiques. Dans un second temps il m'a été possible de décrire comment le magnétisme « fonctionnait » sur un plan conceptuel et comment il intégrait une pratique telle que le don du feu dans son arsenal de techniques thérapeutiques. Il me faut à présent remobiliser mon ethnographie concernant les coupeurs de feu, afin d'effectuer une comparaison avec ce que j'ai pu observer chez les magnétiseurs. Cette comparaison se basera sur trois aspects, premièrement, je traiterai de la question du paiement de la séance, aspect que j'avais sciemment omis de traiter lors du premier chapitre en ce qui concerne les coupeurs de feu, et que j'aborderai ici à la lumière du comportement affiché par les magnétiseurs. Deuxièmement, il faudra s'intéresser au processus de syncrétismes dont font montre mes différents types d'interlocuteurs. J'ai déjà abordé cet aspect dans le premier chapitre de ce mémoire, mais la comparaison des magnétiseurs et des coupeurs de feu me permettra ici d'en faire apparaître de nouveaux aspects. Finalement je compte simplement proposer une description des rapports entretenus entre les usagers du don et les praticiens du magnétisme, afin de voir comment chaque thérapeute m'explique concevoir ces autres guérisseurs, dans leurs similitudes et leurs différences.

3.1 : La question du paiement

Les coupeurs de feu que j'ai pu décrire au cours du premier chapitre se refusent tous à monnayer leur pratique, m'expliquant que "ils ne font pas ça pour ça". Il arrive cependant fréquemment que le patient, dans un geste de reconnaissance, laisse « quelque chose » sur la table. Il peut s'agir d'un billet de 20 euros, d'une bouteille de vin, de légumes ou d'une aide manuelle. Paiement « en nature », qui sera la plupart du temps accepté par le coupeur de feu, suite à quelques résistances. Un peu à la manière d'André qui, lorsque Max lui annonce qu'il apportera une bouteille de vin, répond « non, nonn ». L'absence de tout paiement ne me sera pas présenté de la part du guérisseur comme une faute morale de la part du patient, et n'empêchera pas ce dernier de revenir consulter le coupeur de feu. Lorsque je demande à mes interlocuteurs ce qui les empêche de se faire payer, ils me parlent d'un impératif moral qui entoure la pratique du don du feu, Paul m'explique « je ne me fais pas payer, faut faire plaisir aux gens, c'est comme ça ». Madame Bouffil m'explique aussi que « je n'ai pas le droit de dire, « vous me devez tant et tant », je le fais parce que c'est un peu comme un défi pour moi, et en même temps, je peux pas refuser. ». On retrouve alors chez mon interlocutrice la

notion de « défi » comprise comme une volonté de pousser les limites de la pratique et de la compréhension du don à travers ses séances de soin. Doublé de cet appel au soin dont j'ai déjà fait mention dans le premier chapitre, et qui pousse mes interlocuteurs praticiens du don à faire usage de leur pratique en premier lieu car ils le peuvent et non dans la recherche d'une récompense.

Les magnétiseurs quant à eux, en raison de la nature « professionnelle » de leur pratique, font payer leurs consultations. Pour certains des magnétiseurs rencontrés, la pratique du magnétisme constitue leur seul moyen de subsistance. Pour d'autres, comme Madame Suquet, la rémunération des séances permet de compléter les revenus d'un emploi exercé à mi-temps. Les règles suivies par mes interlocuteurs dans l'établissement des tarifs me sont ainsi décrites par Monique, l'amie magnétiseuse de Josiane, dont j'ai parlé dans ma première partie.

Monique - Quand on fait une thérapie, ça se fait pas en 5 minutes il y a un travail avant. Nous on a aussi des choses à faire avant, pendant, après le soin. Après il faut que ça reste logique, une magnétiseuse qui vous prend 100 euros pour un soin il faut partir, ce n'est pas logique. Il faut que ça soit raisonnable voilà. Ok ça permet...d'en vivre non, j'en vis pas, si j'avais que ça mais ça me fait un plus effectivement. Après vous accommodez en fonction...vous êtes quand même dans le don mais beaucoup m'ont dit « c'est normal que je vous donne sinon je me sens redevable ». »

On retrouve ici la notion d'un enjeu éthique entourant le prix de la consultation, et dont j'avais déjà pu traiter dans la première partie de ce chapitre en me basant sur les travaux d'Houseman (2003). La rémunération des séances chez les magnétiseurs apparaît comme la conséquence logique d'un travail qui peut s'étendre au-delà de la séance. Si les tarifs ne font l'objet d'aucune normalisation explicite, comme me le rappelle Xavier, "Il n'y a pas de règle pour se faire payer". Chez certains magnétiseurs, le soin d'une brûlure pourra être légèrement moins coûteux, pour d'autres, le soin des enfants pourra être aussi moins cher d'une dizaine d'euros. Mais il est difficile d'établir des règles générales, même si on constate que, généralement, les prix d'une séance de magnétisme tournent autour de 40 euros. On constate aussi dans le discours de Monique, que le paiement permet au patient de "ne pas se sentir redevable", cette idée de la dette créée par le soin a, en fait, déjà été traitée dans des travaux ayant pour sujet les médecines alternatives.

Clémentine Raineau, chercheuse ayant travaillé sur le sujet de l'anthropologie médicale, et particulièrement sur le sujet des rapports entre le personnel médical et les guérisseurs dans

l'Auvergne rurale, s'intéresse entre autres dans sa thèse « Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui : médecins, guérisseurs et malades : d'un village montagnard à l'hôpital » (2001), à la question de l'échange marchand et à la dette dans le cadre du soin. Elle y décrit deux modes de fonctionnement qui peuvent gouverner la logique du paiement sur son terrain, s'appuyant sur l'article de Roger Callon et Bruno Latour « Tu ne calculeras pas, ou comment symétriser le don et le capital » paru dans le neuvième numéro de la revue du MAUSS du 1er semestre 1979. Raineau explique que le paiement du soin peut suivre deux logiques, deux formatages.

La première logique est celle que Callon et Latour nomment un formatage marchand. Système qui consiste à prendre en compte un nombre d'internalités calculables et mesurables, tel que le temps consacré au soin, et de leur attribuer une valeur marchande, afin d'établir une relation de mise en équivalence entre la pratique du guérisseur et l'argent dû par le patient. Le formatage marchand se conclut par un paiement immédiat, mettant fin à toute dette, et donc à l'obligation de maintenir un lien social. Le formatage marchand suppose une série d'internalités mesurables mais aussi un certain nombre d'externalités, qui échappent à toute quantification et qualification, et qui sont consciemment laissées au-dehors de la mise en équivalence, car empêchant un monnayage de l'activité en question. Callon et Latour ne donnent pas d'exemples précis de ce que peut être une externalité, et définissent le concept comme tout ce qui n'est pas une internalité, et ce sur quoi on ne peut mettre un prix.

Le second mode de fonctionnement est qualifié par Caillon et Latour, de formatage du don. Il s'agit dans ce cas de « prendre en compte » les internalités et les externalités dans leur ensemble à tel point qu'il devient impossible de calculer la valeur monétaire des échanges. Il n'est alors plus possible de régler sa dette de façon immédiate et de s'affranchir du lien social. On est ici dans ce que Callon et Latour nomment, en citant l'« essai sur le don » de Mauss (1925) « l'interdiction de calculer de façon à ce que personne ne puisse jamais se dire quitte » (Callon & Latour, 1979, p.24). Il faut ici noter que chez Callon & Latour, les deux types de formatage ne sont pas mutuellement exclusifs. Les auteurs admettent tout à fait l'apparition de relations d'amitié et de confiance entre acteurs de la vie économique, de la même façon qu'ils reconnaissent que les échanges dans les sociétés « précapitalistes » ne conduisent pas tous à la création de lien social.

Chez Raineau, la relation entre un guérisseur et un patient peut cependant être clairement identifiée comme tenant plus du formatage marchand ou du don, et ce, en fonction du degré d'interconnaissance entre les deux acteurs. Une relation anonyme induit un formatage marchand, où

le soin est payé immédiatement, et où le prix dépend du calcul d'internalités. La dette est dans un tel cas immédiatement réglée et un tel soin n'implique pas obligatoirement l'entretien de rapports sociaux entre le guérisseur et le patient au-delà de la consultation. Dans une relation d'interconnaissance, comme avec un voisin, le formatage du don empêche tout calcul de la valeur de la séance de soin, et on n'exige alors pas un paiement immédiat. La dette ainsi contractée maintient les acteurs en relation, relation qui sera renouvelée lorsque le patient effectuera un contre-don différé, via des légumes du jardin ou un coup de main. La relation ainsi construite dans le soin pouvant durer *ad æternam*, les deux acteurs se retrouvant enchevêtrés dans une dette continue jamais éteinte.

Il est clair, concernant mes interlocuteurs pratiquant le magnétisme sur un mode "professionnel", que l'on est en présence d'une pratique fonctionnant sur le mode du formatage marchand. En raison du statut de "client" de la personne et du faible degré d'interconnaissance entre le thérapeute et son client, l'enjeu sera d'éteindre la dette de la manière la plus efficace. Les prix du magnétiseur seront alors clairement explicités, la plupart du temps directement via son site internet s'il en possède un. Ces prix qui correspondront, pour le magnétiseur, aux internalités mesurées dans le but d'établir un prix "juste", lui permettant parfois d'en vivre. Ces internalités comprennent la séance en elle-même, où prend place la manipulation de l'énergie. Mais il est aussi possible de considérer les médiums du magnétiseur, tels que les pendules, scanners, pierres, que le praticien devra se procurer comme outils de travail comme des internalités quantifiables ayant un prix. De nombreux magnétiseurs m'expliqueront aussi effectuer des travaux de recherche dans certaines situations, notamment dans les cas de figures où le traitement d'un patient nécessitera au magnétiseur de se replonger dans la littérature afin de trouver un moyen d'aider à résoudre le problème de son client. Il pourra aussi advenir que le magnétiseur doive se « ressourcer » via des processus de méditations ou de marches en forêt, qui me sont décrites comme des manières de rééquilibrer son propre magnétisme, autant de comportements qui ne me seront pas présentés comme étant pris en compte au moment du calcul du coût du soin. Autant d'internalités que l'on ne retrouve d'ailleurs pas dans les soins prodigués par les coupeurs de feu, où la séance se constituera d'une imposition des mains couplée éventuellement d'une formule, et où on constatera à la fin si "ça a marché" ou non. Certains magnétiseurs m'expliquent bien qu'il peut leur arriver de faire des "ristournes" ou de ne pas faire payer un patient qu'ils savent en difficulté financière. Mais Caillon et Latour notent bien ce cas de figure à travers l'exemple du "médecin de famille", où des liens interpersonnels se développeront malgré la présence d'un formatage marchand de l'échange.

Comme je l'ai fait remarquer, mes interlocuteurs qui pratiquent le don du feu se gardent bien de demander un paiement en échange de leur soin, qu'il perçoivent d'ailleurs, pour certains, plus comme un "défi". Il existe sur mon terrain des cas où la personne soignée s'avérera être une connaissance, comme dans les deux vignettes ethnographiques présentées au début de cette partie. Le patient sera alors seul responsable de donner ce qu'il estime être la somme acceptable à donner en échange du soin. L'échange s'inscrivant alors dans une succession de dons/contre-dons, jamais tout à fait équivalents et qui, par là, tissent la relation sociale. Mais j'ai pu constater de nombreux récits où le patient n'est qu'une lointaine connaissance, ou un parfait inconnu, amené à solliciter le soin d'un coupeur de feu, par accident ou par oui-dire, comme dans certains exemples du premier chapitre. Ce type de soin ne préfigure donc pas à la mise en place d'une relation qui survivra au soin, et ne fera pas non plus l'objet, contrairement au terrain de Clémentine Raineau, d'une demande de paiement. On assiste alors à un mode de rétribution ne permettant ni l'extinction d'une dette, ni à la mise en place de celle-ci dans le but de tisser des liens sociaux.

Il apparaît cependant que mes interlocuteurs sont bien demandeurs d'une chose, qui ne se présente pas sous la forme d'un paiement, monétaire ou non. Ceux parmi mes interlocuteurs qui sont régulièrement amenés à soigner des patients en dehors de leurs cercles d'interconnaissance, demandent en effet de manière récurrente un *feedback* sur leur soin. J'entends par là que mes interlocuteurs veulent savoir si le soin a fonctionné, n'a eu aucun effet, ou alors seulement partiellement. Anna, mon interlocutrice qui base sa pratique sur un « amour », m'explique toujours attendre « le coup de fil » qui annoncera le résultat du soin. Elle m'exprime d'ailleurs à ce sujet une frustration du fait que de nombreuses personnes ne la tiennent pas au courant de leur état. André quant à lui, m'explique qu'il faut toujours « dire merci à la personne et lui dire si ça a marché ». Madame Bouffil demande la même chose, car elle m'explique qu'elle « veut savoir, et en tirer des conséquences (sic) ». Tout en m'expliquant au cours du même entretien qu'elle ne « cherche pas à comprendre » à l'opposé des magnétiseurs.

Il y a donc bien quelque chose, au-delà d'un paiement ou de la perpétuation d'un lien social, que les coupeurs de feu demandent en retour de leur soin. C'est le fait de pouvoir bénéficier d'un retour sur leur pratique, dans la continuité de l'apprentissage autodidacte par lequel je les ai caractérisés dans le premier chapitre de ce mémoire. A la différence des magnétiseurs, qui entretiennent des relations de thérapeute à patient, où on demandera à ce dernier de s'acquitter pleinement de sa dette. Le patient apparaît comme une aide du coupeur de feu, en sa fonction de bénéficiaire du soin, mais aussi comme détenteur des sensations et des effets causés par celui-ci, ce qui permettra au praticien

du don du feu d'appréhender son "don". C'est bien tout ce que le coupeur de feu demandera la plupart du temps au patient, le fait de savoir « si ça a marché, c'est tout, c'est tout ce que je demande », comme me l'expliquera Madame Bouffil. Ce retour permettant alors au coupeur de feu d'améliorer la connaissance de sa propre pratique, tout en lui garantissant qu'il a bien pu agir sur la souffrance de son entourage, car c'est bien cet objectif, comme nous avons pu le voir lors du premier chapitre, qui m'est présenté comme primordial.

3.2 : Les emprunts de la pratique

Je vais ici m'intéresser aux systèmes de représentations qui sous-tendent la pratique du soin, dans un premier lieu chez les magnétiseurs, puis chez les coupeurs de feu.

J'ai pu décrire, dans les pages précédentes, notamment celles portant sur l'ontologie sous-tendant la pratique du magnétisme, d'une grande propension de la part de mes interlocuteurs, à se référer à des concepts issus d'aires culturelles, notamment asiatiques ou indiennes. Le magnétisme animal peut se rééquilibrer via les « chakras », qui me seront aussi désignés sous le nom de « kudalini », le même élément m'étant tour à tour désigné selon un emprunt à la cosmologie hindoue et taoïste. A cela s'ajoutent les références de Madame Suquet à ses « anges », tels que Gabriel, Uriel, Métatron et Merlin « Comme dans le dessin animé ». Ces emprunts à diverses traditions ne sont pas tellement surprenants, compte tenu du fait que mes interlocuteurs m'expliquent constituer leur pratique comme les pièces d'un puzzle, montrant assez peu de discrimination envers telle ou telle source. Les salles de consultations où se dérouleront la plupart de mes entretiens seront les témoins d'une telle diversité, les statues de la vierge côtoyant les mains de Fatma et les ouvrages de médecine. Xavier, même s'il ne se définit pas comme chrétien, m'explique parfois ouvrir une bible, au hasard, afin d'y trouver des réponses pouvant l'aider dans des situations de soin.

Il serait alors possible de concevoir ces situations comme « syncrétiques », j'entends ce concept tel qu'il est défini par Gisel dans son encyclopédie du protestantisme (1995)

« Par syncrétisme, on entend généralement, et le plus souvent dans un sens péjoratif, l'amalgame d'éléments religieux ou culturels de provenances diverses, ainsi dans certaines acculturations entre le christianisme et telle ou telle religion traditionnelle hors d'Europe. »²⁸

Le terme a une grande tradition anthropologique, notamment depuis la parution de l'ouvrage de Claude Lévi-Strauss, « la pensée sauvage » (1962), qui conceptualise la démarche du « bricoleur »

²⁸ Gisel, Pierre, 1995, « Syncrétisme », in Gisel, Pierre (dir.), *Encyclopédie du protestantisme*, P.U.F.

composant un univers de représentation en assemblant des éléments hétéroclites. Le concept sera enrichi par la suite par les travaux d'anthropologues tels que Roger Bastide ou André Mary. Auteurs qu'il me paraît pertinent de remobiliser dans une analyse sur les systèmes de représentations de mes interlocuteurs.

Chez les magnétiseurs rencontrés au cours de mon terrain, si les termes utilisés sont bel et bien des emprunts, les entités signifiées à travers ces termes d'origines variable restent relativement constantes. On retrouvera une intériorité qui me sera décrite sous les termes de « corps éthérés », de « chakras », de « flux énergétiques », soignables via l'intercession d'une ou plusieurs entités transcendantes auxquelles on donnera le nom d'anges, de magiciens ou du « père » comme l'appelle Gilles. On m'expliquera régulièrement que peu importe le nom qu'on leur donne « c'est la même chose ». Cette polynomie acceptée par mes interlocuteurs se retrouve aussi lorsque certains m'expliquent apprécier la visite de certaines églises. L'attrait pour ces monuments provient, non pas de leur signification dans la religion catholique, mais en raison du fait qu'elles sont, pour beaucoup, construites sur des vortex énergétiques. Il faut cependant comprendre que si une église se trouve sur ce vortex, c'est précisément parce que les personnes l'ayant construite ont « senti » qu'il s'agissait d'un lieu spécial. C'est, en fait, le même raisonnement sous-jacent qui se dessine dans les différents exemples donnés ici. Les différentes religions et « sagesses » ont pu donner différents noms à des concepts que l'humain percevait de façon inconsciente, les dénominations devenant secondaires une fois le concept de base clairement identifié. On retrouve ici une variante du concept de syncrétisme tel que construit par Roger Bastide (1960), reposant sur l'image du masque et du moule. Pour Bastide, le syncrétisme fonctionnerait sur le principe de l'assemblage, par une culture, d'un « masque », d'un signifiant, apposé sur un « moule », un signifié. Le syncrétisme, selon Bastide fonctionnerait alors sur l'assemblage d'un concept porteur de signification sur lequel on apposerait l'apparence extérieure d'entité provenant d'un autre système de représentation, le masque et le moule s'influençant alors l'un l'autre, car pour l'auteur, et c'est une idée fondamentale du syncrétisme depuis Lévi-Staruss, chaque élément emprunté et déplacé d'un système de représentation à l'autre garde en lui des traces de sa place originelle. On trouve par exemple sur le terrain Afro-brésilien, la figure de Saint-Antoine, le masque, apposé sur le concept d'un Dieu guérisseur traditionnel, le moule, le syncrétisme des deux donnant une troisième entité empruntant à la fois aux deux cultures.

Il me semble qu'il est possible de retrouver dans les références aux églises et aux anges, entités provenant de la religion chrétienne, auxquelles mes interlocuteurs prêteront une logique et un fonctionnement différent de leur signification première, un exemple de la théorie de Bastide. J'irais

jusqu'à dire que mes interlocuteurs, en m'expliquant que les différentes religions ne sont qu'une succession de noms différents données aux mêmes entités, me proposent leur propre version de cette théorie. Cette façon de procéder rappelle, elle, ce qu'André Mary a pu constater sur les « bricolages posttraditionnel »²⁹. Pour cet auteur, dont l'analyse succède à celle de Roger Bastide, il existe une différence entre les situations de syncrétisme tel que théorisées par Lévi-Strauss et Bastide, principalement ethnographiées dans des contextes coloniaux, et les phénomènes observés en occident et communément dénommés sous le terme du « retour du sacré ». La différence étant principalement que, pour Mary, là où les logiques syncrétiques se basaient sur l'assemblage d'éléments gardant chacun des traces de son environnement d'origine, donnant à terme un troisième élément original. Le « bricolage » ou « bris-collage » comme l'appelle Mary, ne se soucie pas de l'histoire et de la provenance de l'élément qu'il réutilise, n'en conservant souvent que la forme phonétique, le signifiant pur. Mary explique que ces nouveaux mouvements religieux « puisent comme dans “une boîte à outils” dans les diverses traditions religieuses [...] sans souci apparent de cohérence théologique ou d'unité liturgique » (p. 172). L'utilisation faite du terme de « chakra » totalement coupé de son sens premier, faite par Madame Bouffil apparaît alors beaucoup plus proche de ce type de fonctionnement que l'utilisation qui en est faite par les magnétiseurs.

Ce qui apparaît en fait à travers mon terrain, c'est que les coupeurs de feu, eux, ne semblent pas tracer de liens entre la pratique de leur religiosité, souvent catholique, et leur pratique thérapeutique, mobilisant, notamment au travers des formules des références, catholiques elles aussi. Lorsque je demande à mes interlocuteurs de « m'expliquer comment ça marche », j'obtiendrai principalement des références relevant davantage du « bri-collage », où les entités mobilisées, telles que le chakra, n'auront que peu de lien avec la place occupée dans leurs systèmes de représentation d'origine. Elles n'apparaîtront que comme des tentatives de lexicaliser quelque chose du domaine du ressenti, en utilisant un « signifiant flottant ». A l'inverse, mes interlocuteurs pratiquant le magnétisme apparaîtront comme disposant d'un système de représentation cohérent, mais disposant à chaque fois d'une lexicalisation idiosyncrasique. Bien que ces derniers apparaîtront en premier lieu comme correspondant assez bien à la description que Mary donne des bris-colleurs, à savoir des néo religieux occidentaux, il est difficile de qualifier les magnétiseurs comme des praticiens accordant peu d'importance à la signification originelle des concepts mobilisés. On notera au passage que si les magnétiseurs sont friands de « sagesses orientales », ils feront preuve d'une curiosité envers tout ce qui a trait aux techniques de soins traditionnelles occidentales, comme en témoigne la reconnaissance du don du feu dans le magnétisme, pas tout à fait pratiqué de la même façon par les

29 Mary, André, 2000, *Le Bricolage africain des héros chrétiens*, Éditions du Cerf.

coupeurs de feu que par les magnétiseurs, comme dans toute situation de syncrétisme au fond, mais à mi-chemin entre une pratique magnétique et empirique, entre utilisation de formule et corps éthéré.

3.3 : Deux modes de la pratique ?

Les différents points abordés au cours de cette partie nous ont permis de caractériser une pratique du magnétisme comme prenant racine dans un certain type de parcours de vie et répondant à une logique interne dépendante d'une cosmologie relativement précise. Le « don du feu » apparaîtra alors, lorsque observé chez mes interlocuteurs coupeurs de feu puis chez ceux pratiquant le magnétisme, comme pratiqué de manière différente, et selon un soubassement conceptuel différent. Amenant mes interlocuteurs à avoir une conception différente d'eux-mêmes en tant que praticiens. C'est de cet aspect dont je vais ici traiter, tout en essayant de comprendre où se rejoignent ces deux types de thérapeutes usant d'une même technique de soin.

Il y a, chez les coupeurs de feu, une manière de se positionner vis-à-vis de leur pratique, qui consiste en ce que je qualifierais d'un « ethos »³⁰ marqué par la modestie et un certain « affaiblissement » de leur pratique. J'ai en effet pu constater chez les coupeurs de feu rencontrés une façon de décrire leur soin qui les plaçait sur un certain mode « affaibli », par rapport à d'autres praticiens.

Une bonne part de mes interlocuteurs m'expliquent qu'ils ne « font pas beaucoup ça », et, comme j'ai pu le décrire au cours du premier chapitre, qu'ils limitent en fait leur pratique à leur entourage proche, famille et amis, qu'ils soignent sur le fait, à l'endroit où survient l'accident à l'origine de la brûlure. Dans le cas où ils sont explicitement sollicités pour un soin, c'est dans le salon ou dans la cuisine du praticien que se déroule le soin, sur un mode très informel, autour d'un café, ou comme dans le cas de Céline, au milieu d'une discussion entre amies. Ils m'expliquent aussi que « ce n'est pas grand chose », dans le sens où leur pratique se « limite » à un éventail de maux précis, tels que le feu, et pour certains les coups, le sang et les verrues. Je remarque à ce sujet que parmi les « dons traditionnels », outre le feu que je retrouve systématiquement en raison d'un biais de recherche,

30 le terme ethos étant entendu tel que l'a défini Ruth Amossy, dans son livre *La présentation de soi. Ethos et identité verbales* (2010) à savoir une construction discursive de la présentation de soi dans une visée interactionnelle, à rapprocher du concept de « façade » de Goffman (1956)

c'est le don des verrues qui revient le plus souvent, suivi d'un don des coups et enfin d'un don du sang, rarement pratiqué par mes interlocuteurs, et souvent réservé à l'auto-soin.

Les coupeurs de feu effectuent en fait une différenciation entre leur pratique, souvent centrée sur deux ou trois maux aux contours fluctuants en fonction des praticiens, et celle de personnes qu'ils me désignent comme « fortes ». André me parle, par exemple, de l'existence du « mémé de chamailloux », que l'entourage de mon interlocuteur suspecte être à l'origine de son don. On m'explique au sujet de cette « mémé » que :

« La plus forte c'était la mémé Chamailloux, elle faisait tout, tout ! Et elle l'a donné à son frère et à son fils, mais ils sont pas aussi bons que la mère »

Je retrouve lors de mon terrain une prédominance de ces individus, considérés comme forts par mes interlocuteurs. Ce statut semble aller de pair avec la capacité de ces « guérisseurs » de soigner « tout », et c'est par cette étendue thérapeutique totale que semble se démarquer, sur mon terrain, celui qui est « fort ».

Le magnétiseur, est, parmi d'autres, celui qui possède aussi cette caractéristique de pouvoir « tout » soigner, pas dans le sens où il sera tout-puissant contre tout type de maladie. Mais dans le sens où la conception holiste sur laquelle il base son soin lui permettra d'agir sur les brûlures accidentelles, mais aussi sur les maladies et les problèmes émotionnels. Cette pratique, qui se base sur la manipulation d'énergie, permettra au magnétiseur d'intégrer sans mal, sur un plan conceptuel, le don du feu à sa pratique. Un des magnétiseurs interrogé m'expliquera à ce sujet que « Lorsque tu sais faire le cake aux olives, tu sais faire le cake aux raisins ». Cependant, lorsque j'aborde le sujet du magnétisme avec mes interlocuteurs qui pratiquent seulement le soin des brûlures, les magnétiseurs me sont parfois décrits comme ceux qui peuvent mieux soigner, soigner plus de choses, mais aussi comme ceux qui possèdent un savoir sur le soin.

Madame Boufil me décrit une différence de ce type lorsque je mentionne au cours d'un entretien une magnétiseuse des environs. « Oui, elle a fait une thèse, euh...un mémoire, enfin des études pour pouvoir faire tout ça, moi je ne cherche pas à comprendre, c'est comme ça... ». D'autre part, c'est peut-être pour cela que Josiane, lors de notre entretien, fera venir son amie Monique, « qui vous en parlera mieux que moi ».

Il apparaît que le magnétiseur, du point de vue d'un coupeur de feu, est à la fois celui qui peut posséder quelque chose de l'ordre du don, mais qui l'a cultivé à travers une formation, des études, comme me dit Madame Boufil, afin de pouvoir pratiquer ce don sur un mode différent. Pour le coupeur de feu, il est en fait possible d'identifier trois grands types de praticiens, tout d'abord celui qui « fait », le feu, le sang, les verrues, et qui correspond à mes interlocuteurs que je qualifie de coupeurs de feu. Celui qui est « fort » à l'image du « mémé de Chamailloux », et qui se caractérise par sa maîtrise de nombreux types de maux. Et finalement, le magnétiseur, qui est à la fois « fort » mais qui est surtout celui qui « sait », et qui se fait payer. Les coupeurs de feu ont en effet connaissance du fait que les magnétiseurs demandent un paiement en échange de leur soin, et sans remettre en cause la compétence de ces derniers, ils sont souvent circonspects devant celui qui est convaincu de son efficacité, au point de la monnayer, car c'est aussi de ça dont il est question. J'ai déjà décrit les différents moyens que mes interlocuteurs déployaient pour appréhender leur pratique. Mais ce que je n'ai pas relevé, c'est bien que ces expérimentations continues mettent le coupeur de feu dans une situation où il est sous la menace continue de l'échec. Mes interlocuteurs m'expliquent que le processus d'autoformation décrit dans le premier chapitre de ce mémoire les pousse à adopter une posture de doute permanent sur l'efficacité du don et les mécaniques de celle-ci. Ce doute se manifestant entre autres par un refus de l'idée de se faire payer, ou d'aller pratiquer le soin dans les hôpitaux, démarche qu'aucun de mes interlocuteurs ne me dit entreprendre. Comment prétendre se faire payer, ou se rendre dans le cadre hospitalier, lieux de soin institutionnalisés par excellence, lorsque l'on se trouve dans une situation perpétuelle d'expérimentation et de test où à tout moment peuvent nous être présentés les limites de notre pratique ?

Ce que j'ai pu observer chez mes interlocuteurs semble alors relever d'une volonté de ne pas faire rémunérer une activité qu'ils ne maîtrisent pas. Ce rôle étant plutôt délégué à celui qui se trouve être « fort », qu'il soit un praticien du don qui guérit « tout », ou un magnétiseur qui a « fait des études », mais qui, sur mon terrain, est toujours quelqu'un d'autre.

Le coupeur de feu apparaît alors comme celui qui se place lui-même dans une périphérie de la pratique thérapeutique, où il n'est ni particulièrement compétent, ni particulièrement cultivé sur la question, et où il n'est donc pas légitime à demander un paiement. Or, si on s'intéresse, à l'inverse, au point de vue des magnétiseurs sur les coupeurs de feu, on constate une différenciation qui semble rejoindre cette notion de la pratique du don comme périphérique au sein des techniques de soin alternatives.

Pour les magnétiseurs interrogés, le coupeur de feu sera celui qui pratique le traitement des brûlures, mais surtout celui qui ne cherche pas à comprendre et à développer ses compétences, se limitant au type de soin auquel il aurait eu accès via la transmission d'une formule. On m'expliquera par exemple que les coupeurs de feu sont des gens qui n'ont « pas forcément envie de soigner », ou qui « manquent de curiosité », la distinction étant, à première vue, de l'ordre de « l'envie de soigner ». Seulement, le don du feu est, pour certains magnétiseurs, et j'en ai déjà traité dans la partie sur la place du don du feu dans le magnétisme, confiné dans une efficacité se limitant aux brûlures accidentelles, et au soulagement du ressenti du chaud dans le cas de certaines maladies. Aux distinctions reposant sur le savoir, et sur l'implication dans la pratique, que se reconnaissent les deux types de praticiens. Les magnétiseurs ajoutent une différence relevant de l'efficacité du don du feu, qui devient limité aux maux ne nécessitant pas d'explications et d'interprétations ainsi qu'au domaine du ressenti, plus particulièrement celui du « chaud ».

Toujours selon les magnétiseurs, le passage d'une pratique se limitant aux différents dons, vers une pratique holistique s'effectuerait par une « conscientisation » comme me la lexicalise un de mes interlocuteurs. Cette conscientisation se comprenant en fait comme l'explicitation de ce savoir sous-tendant la pratique du don et son application à l'ensemble du champ des médecines alternatives, lui donnant par là même une fonction explicative du malheur. Si le don du feu est alors si facilement incorporé à l'arsenal thérapeutique du magnétiseur, malgré son efficacité limitée, c'est en raison de ses caractéristiques visuelles, telles que détaillées dans la partie précédente. Le don du feu s'appliquant à des affections visuellement observables, et son efficacité étant, elle-même, immédiatement constatable.

Un autre aspect qui semble démarquer le don du feu des autres pratiques du magnétiseur concerne son utilisation basée sur une forme d'immédiateté. J'ai déjà traité du fait que le don du feu se pratique la plupart du temps en cas d'urgence, sur des brûlures accidentelles, et souvent poussé par un impératif moral. Il se trouve que la pratique du magnétisme, un peu à l'inverse, semble ne pas bénéficier de la même immédiateté potentielle. Madame Suquet m'explique qu'elle ne peut pas soigner « quand elle veut » et qu'il lui faut au préalable se connecter aux énergies, et se mettre en situation, sauf, lorsqu'il lui faut effectuer le soin permis par le don du feu. Le don du feu semble alors bénéficier de la possibilité d'être effectué en tant que « premier secours ». A la pratique d'un magnétisme ayant une fonction d'explication du malheur, et pratiqué principalement sur un mode invisible, le don du feu apparaît alors comme complémentaire, de par ses aspects éminemment visuels et permettant d'agir dans l'urgence, au secours immédiat de son prochain.

Conclusion :

L'étude des trajets de vie relatés dans ce chapitre nous a permis, dans un premier temps, d'observer que l'apprentissage du magnétisme s'effectue via la constitution d'un savoir et d'un apprentissage explicite. Chemin entamé par certains de mes interlocuteurs dans le but d'insuffler du sens dans leurs propres épreuves de vie. Pour d'autres, on observe davantage l'inscription dans un héritage, dans une généalogie, à la fois réelle et élective, qui « prédestinera » le futur magnétiseur à une affinité avec la pratique du magnétisme. Dans les deux cas, on remarque une pratique où le « savoir » accompagne, voire précède, le « faire ». On constate alors, au terme de cet apprentissage appelé par la recherche de connaissance, une pratique disposant d'une cosmologie et d'une pratique professionnelle fonctionnant sur le rapport praticien-patient. Construite sur de nombreux emprunts donnant un aspect syncrétique à la cosmologie qu'il me sera donnée de voir, à chaque fois selon des modalités idiosyncrasiques, mais, il me semble, répondant à chaque fois à la même logique.

Ce sont alors les caractéristiques du don du feu qui apparaissent d'autant plus clairement à la lumière d'une telle comparaison. Le don du feu qui naît d'un « faire », d'une aptitude au soin inhabituelle, qui sera alors la plupart du temps contextualisée dans une tradition thérapeutique par l'entourage du concerné. Ce don du feu se développera par essais successifs, la plupart du temps sur l'entourage du praticien, selon la méthode du *trial and error*, d'essais répétés menant parfois à l'échec, permettant au praticien de connaître les limites du don, ainsi que par le recours occasionnel à des spécialistes possédant, eux, un savoir. Cimentant alors le don du feu comme une pratique empirique et ancrée dans des unités sociales proches, où l'entourage du coupeur de feu sera à la fois bénéficiaire et sujet de test. Où le paiement n'est pas tant, comme chez les magnétiseurs, un moyen d'éteindre la dette, mais un moyen d'en apprendre plus sur les effets de sa propre pratique.

La deuxième partie de ce chapitre nous a permis de décrire le fonctionnement du magnétisme en tant que pratique de soin holiste et basé sur une manipulation indirecte de l'énergie effectuée dans la recherche d'un équilibre de cette entité qu'est le magnétisme animal. Si un tel fonctionnement peut, au premier abord, paraître fondamentalement différent de la pratique du don du feu. Cette technique de soin traditionnelle trouve ses marques au sein du magnétisme de par ses qualités intrinsèques, celles d'une technique remédiant à la blessure accidentelle, nécessitant le traitement immédiat d'afflictions visibles. Le don du feu apparaît alors comme complétant le soin des magnétiseurs, qui se spécialisent dans une pratique ayant pour but de soigner non pas tant le mal que sa cause, et qui vise à « réparer » la place même de l'individu dans son monde. Pratique où le

don du feu apporte alors une caution visuelle, dans un champ thérapeutique profondément ancré dans l'invisible. On remarquera cependant que le don du feu pratiqué par les magnétiseurs est différent en pratique de celui effectué par les coupeurs de feu. Limité au traitement de la sensation de chaud, ainsi qu'aux affections de surface, le don ainsi pratiqué perd une partie de son étendue thérapeutique. On ne retrouvera alors pas le traitement complet de certains maux tels que les tendinites et le zona, qui me sont décrits comme guérissables dans leur entièreté par les coupeurs de feu. La partie de ces maux relevant de « l'intériorité » du corps humain étant prise en charge par le magnétisme qui l'incorporera dans sa recherche de sens.

Il me paraît alors pertinent, dans le dernier chapitre de ce mémoire, de se pencher sur le troisième acteur de la pratique du don du feu. Il s'agit du corps médical, et de ses avatars que sont les médecins et le personnel hospitalier, déjà mentionnés quelques fois au cours de ces pages. Je voudrais observer afin de clore ce mémoire, la façon dont la médecine institutionnelle interagit avec les praticiens des médecines alternatives que sont les usages du don du feu, j'entends par là, les utilisateurs du don du feu ainsi que les magnétiseurs.

Chapitre III : La médecine et le don

Introduction :

L'objectif de cette partie est de continuer à suivre le trajet effectué par le don du feu, au sein du champ thérapeutique de la société française. Il nous a été possible d'observer successivement, le don pratiqué par les coupeurs de feu, puis, dans un second temps, de nous intéresser à la pratique des magnétiseurs et à la façon dont ils appréhendent la pratique du soin des brûlures.

J'ai pu mentionner, à la fin de mon second chapitre, comment les magnétiseurs concevaient le don du feu comme un témoin visible de leur pratique, pour eux ainsi que pour leurs patients. Il se trouve que cette preuve par le visuel se trouvera aussi mobilisée envers un troisième type d'acteur du soin, je parle ici des praticiens de la médecine aussi appelée biomédecine, médecine conventionnelle, institutionnelle, officielle ou allopathique. Le but de cette partie sera alors d'observer comment le don du feu interagit avec ces praticiens, qui s'avèrent, être sur mon terrain, principalement des médecins généralistes officiant en milieu rural.

Ce chapitre sera, à l'image des deux précédents, divisé en trois parties. Je voudrais dans un premier temps m'intéresser à un groupement de magnétiseurs et de praticiens des médecines alternatives : le GNOMA-SNAMAP. J'ai déjà mentionné à quelques reprises ce groupement doublé d'un syndicat dont fait partie Xavier, et dont j'ai été mis sur la piste au cours d'un entretien avec Monsieur Loddo, qui me mentionnera ce « syndicat de guérisseur ». La première partie sera donc dédiée à une courte ethnographie de ce « syndicat », cette description nous permettant d'observer comment les membres de ce groupement construisent ensemble une pratique, et ce, en vue de la légitimer aux yeux du monde biomédical. Il sera ensuite question dans la seconde partie d'observer le rôle du don du feu dans ce face-à-face ayant lieu entre les médecins légaux et le groupement ethnographié, et largement, les praticiens des médecines alternatives.

Je terminerai alors ce chapitre par une réflexion sur la place occupée par les médecines alternatives dans le champ thérapeutique de nos sociétés. Ces quelques pages concluant cette partie ainsi que le corps de ce mémoire permettront alors de proposer une ouverture au lecteur, sur le thème de la médecine institutionnelle et de la place qu'elle accorde aux techniques thérapeutiques alternatives, et notamment à notre objet anthropologique, le don du feu.

Partie 1 : Le GNOMA-SNAMAP

Il sera ici question d'une description ethnographique d'un groupement de praticiens des médecines alternatives. Le collectif étant séparé en deux organismes, le GNOMA et le SNAMAP, je traiterai dans deux parties séparées de chacune des facettes du groupement. La description effectuée nous permettant dans un premier temps de situer le fonctionnement du collectif afin de nous interroger sur sa nature et le but dans lequel il a été créé.

1.1 : Fondation et objectifs du GNOMA

Le GNOMA-SNAMAP, qui me sera désigné par Xavier comme un « groupement national de magnétiseur », est, en fait, l'association d'un « groupement », le GNOMA, et d'un « syndicat », le SNAMAP.

Le GNOMA sera fondé en 1950 par le chirurgien Charles Claque, président du CEBEM (centres d'études biologiques et médicales) en association avec le magnétiseur Charles de Saint-Savin. Le groupement, qui portera dans un premier temps le nom de « Groupement national pour l'organisation de la médecine auxiliaire », sera déclaré en Décembre 1951, à la préfecture de Paris, association loi 1901³¹. Le groupement changera par la suite de nom pour celui de « Groupement national pour l'organisation des médecines alternatives », le GNOMA. Le but de cette organisation sera de rassembler les praticiens de diverses techniques thérapeutiques alternatives, parfois rassemblées sous le vocable de « médecines énergétiques » par mes interlocuteurs, telles que les magnétiseurs, acupuncteurs, guérisseurs ou praticiens du Qi-Gong. Le terme « énergétique » faisant ici référence à cette conception selon laquelle toute matérialité découlerait d'une énergie, un magnétisme « spirituel », manipulé par ces médecines afin d'agir sur un registre différent de la biomédecine. On retrouve ici un ensemble de médecines correspondantes à ce que le ministère des solidarités et de la santé regroupe sous le nom des PSNC³², cet ensemble de pratiques de soin « alternatives », décrites par le site gouvernemental du ministère³³ comme « ni reconnues, au plan scientifique, par la médecine conventionnelle, ni enseignées au cours de la formation initiale des

31 Une association est, selon la loi du 1er juillet 1901, une convention en vertu de laquelle deux personnes au moins décident de partager leurs connaissances et/ou leur activité dans un but autre que le partage des bénéfices ou la recherche de profit. Ainsi, elle se distingue d'une société classique, URL: <https://www.legalplace.fr/guides/association-loi-1901/>

32 Pratiques de Soins Non Conventionnelles

33 URL: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>

professionnels de santé ». Le site internet qualifie de plus ces pratiques comme «diverses, tant par les techniques qu’elles emploient que par les fondements théoriques qu’elles invoquent ».

On remarque à cet effet, que, là où le site du ministère classera comme PSNC toute pratique s’enseignant et se pratiquant en dehors du cadre de la biomédecine, et dont l’efficacité n’est pas prouvée « scientifiquement », à savoir par un test en double-aveugle. Mes interlocuteurs du GNOMA-SNAMAP, ainsi que d’autres praticiens du magnétisme, tendront eux à dresser des parallèles conceptuels entre ces pratiques, d’abord par l’appellation de « médecines énergétiques », utilisée comme synonyme des médecines alternatives. Ainsi que par des affirmations telles que « l’acupuncture ça marche avec l’énergie » ou « l’homéopathie c’est énergétique aussi ! », me présentant alors une ontologie commune à de nombreuses pratiques de soin alternatives³⁴. Reliant sur le plan conceptuel des pratiques qui ne seront considérées liées, par les pouvoirs publics, que par leur « opposition » à la médecine officielle.

J’ai déjà mentionné dans mon second chapitre ces questionnements techniques et éthiques qui prenaient place entre magnétiseurs au cours de diverses rencontres. Le fait, pour ces praticiens, de se rassembler dans une même association leur permettra alors de mettre en place diverses conférences-débats ainsi que des ateliers, dont la programmation sera consultable sur le site internet du groupement.

En plus d’une réunion annuelle ayant lieu à Paris, on trouvera donc sur ce site une annonce concernant une conférence-débat, censée se dérouler en Mars 2021, portant sur le sujet « Guérisseurs, Magnétiseurs : Qui ? Quoi ? Comment ? », rencontre se proposant d’effectuer un retour réflexif sur les techniques de soin des magnétiseurs ainsi qu’une comparaison entre la pratique de ces derniers et celle des praticiens « d’antan ». Cette conférence, très à propos de ce mémoire, sera malheureusement annulée en raison de la pandémie de COVID-19. On trouvera aussi sur le site internet du groupement, un atelier nommé « comprendre et renforcer son magnétisme ». Cet atelier, annulé lui aussi, se proposait de discuter dans un premier temps du concept d’énergie et de ses implications pratiques, telles que d’apprendre au praticien à se recharger efficacement en énergie. De plus, l’atelier avait pour vocation d’inciter à une réflexion auprès des participants sur les implications du « devenir magnétiseur aujourd’hui », ainsi que de proposer des exercices pratiques « supervisés par des membres professionnels du GNOMA-SNAMAP ».

³⁴ Je dois ici reconnaître que je n’ai pu discuter de cette classification qu’avec des magnétiseurs, et que je ne suis pas en mesure d’affirmer qu’un acupuncteur ou un homéopathe aurait la même considération de sa pratique.

Bien que de tels ateliers soient proposés, le but de ce groupement n'est pas, à la différence d'autres organisations telles que l'IGA, de former des praticiens dans le but de leur délivrer un diplôme. Il sera bien spécifié sur le site internet, dans la section F.A.Q, en réponse à la question « pourquoi ne faites-vous pas de formation ? », que le but premier du GNOMA sera « le développement ainsi que la reconnaissance d'utilité publique des médecines alternatives ».

On peut, tout d'abord, considérer que le développement de la pratique pourra s'effectuer via les différentes rencontres et stages organisés par le groupement. Concernant la « reconnaissance de l'utilité publique » On trouve sur la page internet du GNOMA³⁵, les différents objectifs du regroupement, tous présentés comme tendant à l'établissement d'une légitimité de la pratique des médecines alternatives. Le groupement se donnant par exemple l'objectif de « convaincre les pouvoirs publics de l'efficacité des méthodes alternatives et particulièrement le magnétisme, pour le mieux être, d'obtenir la reconnaissance de leur exercice et d'adapter en conséquence le code de la santé publique ». Mais aussi de « d'assurer la représentation et les intérêts des dits praticiens auprès des pouvoirs publics et des médias ».

Les deux interlocuteurs avec qui j'échangeais sur ce sujet sont, d'une part, Xavier, déjà mentionné dans le chapitre précédent, membre du GNOMA-SNAMAP dont le père s'avérera être un ancien directeur du GNOMA. Mon autre interlocuteur sera Jean-Michel Vergnes, actuel directeur régional du GNOMA-SNAMAP, et lui-aussi, fils d'un magnétiseur qui occupait la place de directeur de l'organisation, c'est vers lui que je serais dirigé lorsque j'écirai à l'association afin de leur demander des renseignements.

Le GNOMA me sera donc décrit comme ayant pour but de changer la nature des rapports entre l'ensemble des praticiens des médecines alternatives et le monde de la biomédecine, représenté dans les discours de mes interlocuteurs par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Organisation fondée en octobre 1940, dont le rôle est de définir la relation et le comportement devant être adopté à l'égard de tout ce qui touche à la pratique médicale. J'ai déjà mentionné dans le second chapitre que les magnétiseurs exerçaient leur pratique dans une illégalité et sous le coup de potentielles accusations d'exercice illégal de la médecine³⁶. Cependant, Xavier, qui pratique le magnétisme de manière « professionnelle » depuis quarante ans, m'explique que l'on assiste depuis une cinquantaine d'années à une diminution des affrontements juridiques entre ces deux faces du champ thérapeutique français : « C'est pas légal mais j'ai jamais eu de procès, et puis ça se voit de moins en moins, c'est un peu comme une prostituée, on a pas le droit mais ça se fait ». Cette diminution

35 URL: <https://gnoma-snamap.fr/gnoma-2/>

36 Loi L-372 du code de la santé publique, URL :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006693011/1953-10-07

progressive des attaques en justices, et des condamnations, la plupart du temps instiguées par l'ordre des médecins, me sera ainsi expliquée par Monsieur Garcia, médecin dont j'avais déjà parlé dans la première partie de ce mémoire.

Monsieur Garcia – Comme c'était de plus en plus fréquent, l'ordre des médecins a décidé une bonne fois pour toute qu'il n'allait plus perdre de temps à attaquer, parce que franchement, il faudrait attaquer tous les jours, c'est plus lié à ça qu'autre chose.

Le médecin m'explique ainsi, qu'à l'exception de quelques cas graves relevant de la mise en danger de la vie d'autrui, comme lorsqu'un magnétiseur recommande l'arrêt d'un traitement contre le cancer, l'ordre des médecins a globalement renoncé à toute « chasse aux sorcières », reconnaissant une certaine futilité à la démarche. Monsieur Vergnes, interrogé sur cette question, imputera ce revirement progressif à un « changement des mentalités ». Il m'explique avoir constaté, depuis quelques années, l'arrivée dans son cabinet de patients, orientés dans sa direction par des médecins généralistes. Il m'explique aussi qu'il n'est désormais pas rare de pouvoir croiser des « médecins » dans des événements, telles que les conférences ou les ateliers organisés par le GNOMA-SNAMAP. Le but de l'organisation me sera alors décrit comme étant de favoriser et d'accompagner ce changement de rapport entre les praticiens alternatifs et leurs homologues légaux.

Il faut aussi noter au passage que certains aspects de la loi n'ont pas attendu la dépénalisation officielle de l'exercice du magnétisme pour accepter la pratique de mes interlocuteurs. Xavier m'expliquera en effet que de par son travail, il cotise bien à une caisse de retraite :

Xavier - Du jour au lendemain l'état a décidé de nous mettre à la caisse des commerçants, du jour au lendemain les magnétiseurs on était devenu des commerçants, et on n'avait pas notre mot à dire.

Il semble alors que malgré le fait qu'il exerce une activité théoriquement illégale, mon interlocuteur soit bien en train de cotiser, et de plus, à la caisse de retraite des commerçants, situation que mon interlocuteur m'expliquera ne pas comprendre totalement. Il semble alors que, de fait, la pratique de certaines médecines alternatives se situe réellement dans une zone grise de la légalité. Zone dont mes interlocuteurs m'expliqueront vouloir sortir, pour pouvoir exercer en parfaite clarté et légalité.

1.2 : Entrer dans le GNOMA et se conformer à la charte

Ce travail s'effectuera dans un premier temps via un contrôle strict des praticiens que l'on autorisera à faire partie du GNOMA-SNAMAP.

Afin d'entrer dans le groupement, il sera demandé aux aspirants de fournir une lettre de motivation, renseignant précisément sur le parcours du praticien ainsi que ses motivations pour entrer au GNOMA. Il sera aussi nécessaire que le postulant soit en mesure de fournir au minimum cinq témoignages manuscrits de patients pouvant attester de la « pertinence » des soins du praticien. Il est mentionné sur le site internet du GNOMA, que le groupement se réserve le droit d'effectuer une « enquête de terrain ». Concernant la nature exacte de cette enquête, Monsieur Vergnes m'explique qu'elle consiste à envoyer trois membres du GNOMA en consultation chez le praticien ayant demandé son entrée dans l'association. Ces membres se présenteront en tant que simples patients, sans déclarer leur qualité de membres du GNOMA-SNAMAP, afin de juger de la « pertinence » de la pratique du postulant. S'ensuivra une concertation entre le « jury » qui décidera, ou non, de donner leur approbation, un seul avis négatif bloquant l'entrée du prétendant dans association.

A la question, « comment faut-il pratiquer pour être admis au GNOMA ? », Monsieur Vergnes répondra qu'il s'agit d'une question de « ressenti », et qu'il est impossible de dresser une liste de caractéristiques constitutives ou excluanes entrant en jeu lors de l'enquête. On se rappelle alors que, comme il a pu être décrit au cours du second chapitre, mes interlocuteurs tendent à ne pas produire de jugements sur la façon dont un praticien exerce son propre rapport à l'énergie. La pratique du magnétisme acceptant en son sein un large ensemble d'interactions avec cette ressource permettant un soin holistique de la personne. Il est alors possible de mieux comprendre pourquoi mon interlocuteur m'explique la décision comme étant plus axée sur un ressenti, et non sur une observation de points précis auxquels la pratique devrait correspondre pour être acceptée au sein du GNOMA.

Une fois accepté au sein du groupement, le praticien accédera au statut de « membre stagiaire », devra « porter serment » sur la charte du magnétiseur lors de la conférence annuelle et s'acquitter d'une cotisation annuelle de 260 euros par an. Cette étape durera entre 1 et 3 ans, et permettra au nouveau venu de participer aux événements organisés par le GNOMA. Au terme de cette période probatoire, il sera possible pour le stagiaire de faire la demande afin de devenir membre à part entière. Il pourra ainsi apparaître dans l'annuaire du GNOMA, une liste de coordonnées de praticiens, consultable sur le site internet. Le statut de membre lui permettra aussi de faire partie du SNAMAP, le syndicat associé au GNOMA.

Il faut comprendre que c'est, en partie, par ce procédé que l'organisation se constitue comme un rassemblement de praticiens répondant tous de la même éthique. Car si le processus de sélection décrit par Monsieur Vergnes peut sembler éminemment subjectif, le statut de membre stagiaire permettra en fait d'observer les praticiens ne se conformant pas aux différents points énoncés dans la charte du guérisseur-magnétiseur, qui apparaîtra alors, elle, comme énonçant clairement le comportement à adopter pour une personne souhaitant faire partie du GNOMA-SNAMAP.

Si on s'intéresse un peu plus en détail à ce code de conduite³⁷, on constate que de nombreux aspects de la charte sont positionnés de manière à rendre acceptable la pratique des thérapeutes exerçant sous l'égide de celle-ci.

Le premier point de la charte préconisera tout d'abord de ne pas « formuler de diagnostic », point crucial si on prend en compte le fait que la loi L-372, celle légiférant l'exercice illégal de la médecine, énonce que tombe sous le coup de cette loi :

« Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient [...] »

Il faut noter à ce sujet que si on considère, à la manière du sociologue E.Friedberg (1993), le fait de poser un diagnostic comme celui de poser « l'affirmation d'un écart entre un existant et un état jugé plus souhaitable vers lequel il faudrait se diriger, une prise d'initiative et de responsabilité pour enclencher les actions permettant de réaliser cet état jugé plus souhaitable ». Les magnétiseurs posent bien un certain type de diagnostic, en reliant un état pathologique à une perturbation de l'énergie du patient, ou même lorsque l'on trouve sur le site internet du GNOMA-SNAMAP, comme décrit dans le deuxième chapitre, un article reliant le zona à un dysfonctionnement dans la cellule familiale du patient. Il apparaît en fait que si les magnétiseurs se permettent d'effectuer leurs diagnostics, tout en se considérant en accord avec leur charte, c'est en raison du fait qu'ils ne se réfèrent pas, au cours de ce processus, au même type de tableau clinique que celui utilisé par les médecins. Un tableau clinique étant la correspondance que tracent les médecins entre une *anamnèse*³⁸ doublée d'un examen physique et une pathologie supposée, dans le but d'établir un

37 On retrouvera la charte complète en annexe.

38 Ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée. URL: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anamn%C3%A8se/3248>

pronostic. Marjory Gordon, théoricienne des soins infirmiers, professeure Américaine au Boston Collège, exprime ainsi le processus en ces termes :

« Diagnoses are shorthand ways of referring to a cluster of signs and symptoms that occur as a clinical entity » (1979, p.1298).

Pour les magnétiseurs, le fait de ne pas se référer dans leur explication du mal à une « clinical entity », tel qu'un cancer, mais de se concentrer sur une explication du mal reposant sur la place du patient dans son monde social, leur permet de contourner cette interdiction du diagnostic. Comme l'explique d'ailleurs l'anthropologue Sonia Weidner Maluf dans son article de 2007, déjà mentionné dans le deuxième chapitre :

« Le thérapeute [des médecines alternatives] ne recherche pas les signes d'une maladie, mais les signes des troubles et des déséquilibres de son patient. Comme le regard dans la clinique (Foucault, 1963), la lecture corporelle rappelle un regard anatomique sur le corps. Ici, cependant, on ne cherche pas une topographie physiologique mais une sorte de géographie caractérielle. Le thérapeute ne veut pas trouver la maladie, mais la personne. » (p.13)

Weidner Maluf entend par le terme de « géographie caractérielle » le pendant du tableau clinique de la biomédecine. L'anthropologue explique que, à la manière dont la médecine conventionnelle examine le corps physique du patient, le médecin alternatif examinera le corps social et/ou émotionnel de la personne, identifiant par exemple, à la manière du diagnostic du zona proposé par le GNOMA-SNAMAP, une personne souffrant de problèmes familiaux.

Le premier ainsi que le second point de la charte insistent aussi sur la nécessité pour le praticien de ne jamais interférer avec le diagnostic et le traitement subséquent proposé par le médecin. La charte impose ainsi, dans le premier point, de ne jamais faire suspendre « un traitement médical en cours sans l'accord du médecin traitant ». Le deuxième point appuiera cet aspect en expliquant que le thérapeute du GNOMA « ne suggère jamais à son patient d'interrompre le suivi médical, les examens ou les investigations nécessaires à déterminer ou préciser la /les cause(s) de sa maladie ». Points qui préviendront en quelque sorte, les procès en exercice illégal de la médecine dans la mesure où c'est précisément ce type de comportement qui me sera décrit comme réellement dangereux et digne, même maintenant, de poursuites judiciaires, autant du point de vue de Monsieur Garcia, le médecin, que de Xavier, le magnétiseur.

Le troisième et le dixième point encouragent quant à eux, un travail de coopération entre le magnétiseur, ou tout praticien énergétique en général, et le médecin. Le troisième point exhortant le magnétiseur à rediriger un patient vers un médecin généraliste s'il l'estime nécessaire, le dixième quant à lui expliquant que, afin de se conformer à la charte, le magnétiseur ne « surestimera ni ses compétences, ni ses possibilités. Cette attitude garantira à son patient l'innocuité de son action, celle-ci demeurant strictement complémentaire de l'acte médical. ». On remarque alors, en plus d'une collaboration encouragée entre différents pans du soin, une pratique du magnétisme définie comme n'empiétant pas sur le domaine du soin.

Finalement, le treizième point, lui, annoncera que le magnétiseur « se refuse à assimiler la profession de guérisseur-magnétiseur à une quelconque science occulte, à confondre son art avec celui des arts divinatoires ou de la parapsychologie³⁹. ». Cimentant le magnétisme comme une entité clairement définie et ne devant pas être confondue avec l'occultisme, que l'on devine dans un premier temps comme inacceptable dans le rapport que le groupement cherche à construire avec la médecine institutionnelle.

A ce propos, j'aurai l'occasion de demander à Monsieur Vergnes si le GNOMA-SNAMAP comportait des médiums ou des *armassiers*⁴⁰, ces personnes ancrées dans la culture occitane traditionnelle ayant la possibilité de communiquer avec les âmes. Monsieur Vergnes me confirmera alors que le GNOMA-SNAMAP comporte bien en son sein des « médiums ». Il faut comprendre qu'il est possible, sur le site du GNOMA-SNAMAP, de faire une recherche de praticien, en fonction de leurs « spécialités », et s'il n'est pas possible, sur le site, de rechercher un médium, monsieur Vergnes me confirmera leur existence au sein du groupement, il m'expliquera cependant que le groupement ne comporte pas de « voyants » ou de « tarologues ».

Il faut préciser que lorsque mon interlocuteur m'explique que le GNOMA-SNAMAP comprend des médiums, ces praticiens me sont décrits comme des personnes se rendant dans des lieux de vies telles que des maisons, afin de remédier à la présence problématique « d'entités » perturbant la vie de l'endroit. Un peu à la manière des phénomènes de pollution par les morts tels que décrits par Gregory Delaplace (2011), dans un contexte Mongol.

Je discutais alors de cet aspect quelque peu surprenant, à savoir de cette charte se gardant de toute correspondance avec « l'occulte » tout en tolérant en son sein la présence de médiums, avec Xavier :

39 Étude des phénomènes parapsychiques tels que la clairvoyance la précognition ou la télépathie.

40 De l'occitan *arma*, l'âme.

Xavier - « Oui, vous savez c'est comme quand le SNAMAP nous avait demandé, si on parlait à des journalistes, de ne pas dire que l'on peut soigner à distance, ben c'est comme les médiums, il y a des choses qui ne sont pas explicables, et d'autres encore moins... »

Ce que m'explique en fait mon interlocuteur, c'est bien que la limite tracée par le GNOMA-SNAMAP, dans le spectre des différents praticiens des médecines alternatives ne dépend pas d'une rupture ontologique qui s'effectuerait entre la pratique du médium et celle, disons, du géobiologue. Mais en fonction de la possibilité, pour le champ des praticiens alternatifs, de justifier d'une telle pratique auprès d'agents extérieurs, comme le Conseil de l'Ordre des médecins ou les médias.

Il est alors déjà possible de repérer certaines pratiques qui semblent être conçues comme non recevables au sein de la pratique du GNOMA-SNAMAP, en raison d'une superposition avec le champ de la biomédecine ou en raison d'une incompatibilité avec l'image que cherche à donner le groupement. À savoir, le fait de poser un diagnostic dans le sens médical du terme, l'interférence avec le traitement préconisé par le médecin, la pratique de la voyance et de la cartomancie, ainsi qu'à une certaine époque du moins, le soin à distance.

Le groupement semblera ainsi effectuer une discrimination envers certaines pratiques perçues comme trop « difficiles à expliquer », mais il faut aussi noter l'existence, de l'autre côté, d'un panel de pratiques qui seront perçues comme « présentables » aux yeux des acteurs extérieurs. Xavier me présente notamment l'ostéopathie comme un exemple de pratique ayant réussi à gagner une légitimité. Cette technique thérapeutique alternative étant, depuis la loi du 4 Mars 2002⁴¹, ou loi Kouchner, autorisée et encadrée par l'obtention d'un diplôme, bien qu'elle conserve toujours son statut de pratique de médecine alternative. On me présentera aussi, un peu sur le même plan, la pratique de l'homéopathie, pratique dont on m'expliquera que « l'homéopathie aussi c'est de l'énergie ! ». C'est ce degré de légitimité que chercheront à atteindre les membres du GNOMA-SNAMAP, à savoir une pratique qui, bien que toujours localisée en marge de la pratique médicale, sera encadrée par l'obtention de diplômes reconnus par l'état et dont l'exercice ne sera plus sous le coup de la loi.

Fanny Charasse, dans un autre article dédié à la pratique des magnétiseurs⁴², s'est intéressée à un « autre » groupement de magnétiseurs. J'utilise ici des guillemets, car Charasse décrit un

41 URL : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014/

42 2018, « Modernes parce que traditionnels ».

groupement fondé en décembre 1951, par l'action conjuguée d'un magnétiseur et d'un médecin. L'autrice de l'article, qui explique avoir anonymisé le groupement ethnographié, le dénomme sous le sigle du « GORMA », ou « Groupement Œuvrant pour la Reconnaissance de la Médecine Auxiliaire ». S'il m'est impossible de savoir s'il s'agit bien du même groupement, ou s'il s'agit de deux groupements de magnétiseurs différents, présentant de très nombreuses similitudes, notamment le fait d'avoir été fondés au même mois de la même année. La description que fait Charasse du groupement, et plus particulièrement du travail de positionnement effectué par le GORMA vis-à-vis du monde de la médecine, nous permet de mieux comprendre certains des enjeux se jouant ici.

Charasse décrit notamment comment le GORMA, comprend lui aussi dans sa charte un article spécifiant que « Tout membre du GORMA se refuse à assimiler la profession de guérisseur-magnétiseur à une quelconque science occulte, à confondre son art avec celui des arts divinatoires ou de la parapsychologie. » (p.12). L'auteur note que ce processus de modernisation de la pratique des magnétiseurs, dans le sens d'une recherche d'une rationalisation de la pratique, est, selon des cadres du GORMA, principalement tournée vers un renoncement à la pratique de la « voyance ». Un peu à la manière de Monsieur Vergnes, qui reconnaîtra la présence de médiums au sein du GNOMA-SNAMAP, tout en m'expliquant que la pratique de la voyance, elle, « allait trop loin ». On continue donc de constater au sein des (ou du?) groupements de magnétiseurs, un positionnement visant à déterminer des pratiques plus ou moins acceptables, notamment par des institutions représentatives de la médecine, telle que l'Ordre des médecins.

L'article de Charasse permet aussi d'avoir accès à des jugements rendus à l'encontre de divers praticiens des thérapies énergétiques, comme avec cet extrait du jugement du tribunal correctionnel de Châlon-sur-Marne du 22 février 1954, du dénommé Alain Mazot :

« Les girations du pendule lui permettent de contrôler les vibrations du malade, [...] lorsqu'il est arrivé ainsi à découvrir lui-même l'affection dont est atteint le sujet, il procède au traitement. Ce dernier consiste en des impositions de main et passes magnétiques. [...] Ce qui indique que le nommé A. Mazot procède à des actes qui relèvent de la profession médicale, l'examen de malades aboutissant à de véritables diagnostics, véritables traitements. » (p.7)

Dans cet extrait, qui se soldera par la condamnation du praticien susmentionné, Charasse analyse justement que le reproche fait au praticien est bien de se livrer à un *diagnostic* suivi d'un *traitement*, le plaçant alors sous le coup de l'exercice illégal de la médecine, situation que cherche à éviter le GNOMA-SNAMAP au travers de sa charte. Charasse note cependant par une description de divers procès que le fait de recourir à un discours mystique dans le soin, comme la récitation de prière ou le recours à une iconographie religieuse, chrétienne la plupart du temps, ne conduit pas à une sévérité accrue de la part des tribunaux. Contrairement à l'identification d'un processus de diagnostic ou de traitement, ou encore pire, de l'interférence de ce traitement avec celui proposé par un médecin « légal ».

1.3 : Le SNAMAP

C'est le moment adéquat, il me semble, pour aborder la deuxième partie de l'acronyme du groupement. Il s'agit du SNAMAP, le « Syndicat National des Magnétiseurs et Praticiens des Méthodes Naturelles et Traditionnelles », fondé en 1997 par le conseil d'administration du GNOMA. Le syndicat est ainsi décrit sur le site internet du groupement⁴³ :

« Créé en 1997 à l'initiative du Conseil d'Administration du GNOMA, le SNAMAP répond en tous points aux nouvelles normes européennes qui prévoient, entre autres, l'appartenance à une organisation professionnelle ou corporative obligatoire. »

Sont listés à la suite de cette phrase, les différents objectifs du SNAMAP. On retrouve parmi ces buts affichés celui de « représenter auprès des instances locales, nationales et européennes, les professionnels du Magnétisme et les praticiens des Méthodes Naturelles, Traditionnelles et connexes du Bien-être », ainsi que de « rechercher tous moyens susceptibles d'étendre à l'ensemble de l'Union Européenne une reconnaissance officielle de ses praticiens, déjà existante en tout ou partie dans certains de ses Etats-membres ».

On retrouve, dans les fonctions affichés du SNAMAP, une certaine redondance par rapport à ceux déjà présentés par le GNOMA, qui annonçait déjà qu'un de ses objectifs était d'œuvrer dans le but d'une « reconnaissance d'utilité publique des médecines alternatives ». Cependant, si cette recherche de légitimité est, dans le cadre du GNOMA, poursuivie via un travail de sélection des

43 URL : <https://gnoma-snamap.fr/snamap-2/>

praticiens composant l'association, le SNAMAP aura pour objectif d'œuvrer via un dialogue entretenu avec les pouvoirs publics français et européens. C'est cependant majoritairement un travail d'échelle nationale qui me sera décrit par Xavier, travail soutenu, mais encore en cours à l'heure actuelle :

« On essaye d'être en contact permanent avec le ministère de la santé, mais à chaque fois qu'on a l'impression d'arriver à quelque chose, le gouvernement change...C'est comme quand on avait rencontré Douste-Blazy via Baudis, et à chaque fois « Douste » nous disait, "c'est bon ça va être signé", ça dure un an ou deux et après, paf, ça change. »

Le travail du SNAMAP sera aussi d'agir sur la représentation du groupement dans les médias, comme lorsqu'il conseillera aux magnétiseurs de ne pas mentionner le soin à distance. Monsieur Vergnes m'expliquera aussi qu'il pourra advenir que le syndicat soit consulté dans le cas de figure où un praticien du groupement soit victime d'une attaque en justice. Le syndicat essayant dans de tels cas de se porter, ou non, garant de la « bonne conduite » du praticien, même si ce type de cas s'avère rare, en raison de la baisse du nombre d'actions en justice de ces dernières années.

Finalement, il semble qu'à une certaine époque, le SNAMAP ait tenté de mettre en place des « expériences », qui me sont ainsi décrites par Xavier :

« Le SNAMAP avait commencé à faire des expériences, pour prouver l'efficacité du magnétisme. Ils avaient pris des bouillons de culture, ils en avaient magnétisé certains et regardaient la différence avec ceux qui n'avaient pas été magnétisés, et il y avait des résultats ! Parce que souvent on vous dit que c'est du placebo, que les gens y croient tellement que ça finit par marcher, alors que bon, l'effet placebo, sur un bouillon de culture...Après tout ça ils ont arrêtés, apparemment il n'y avait pas assez de budget, bon... »

On remarque ici que le but de ces expériences sera de remettre en cause ce que j'appellerai « l'accusation de placebo », et qui consiste, à placer l'intégralité de l'efficacité du traitement d'une technique de soin alternative, sur un effet d'auto-conviction de la part du patient. Je traiterai plus en détail de cette affirmation dans la partie suivante, mais il est vrai que je rencontrerais souvent ce point de vue selon lequel les médecines alternatives n'auraient d'effet que celui causé par une auto-suggestion de la part du patient. Cette affirmation sera formulée par des praticiens de la biomédecine mais sera aussi présente dans la doxa communément répandue. On me demandera en

effet la plupart du temps, lorsque je présentais mon sujet en société, si je « croyais », et si je pensais que « ça marchait », et s'il y avait « vraiment un truc », au-delà d'un « placebo ». Cette conception des médecines alternatives comme disposant d'une efficacité certes, mais toute entière contenue dans un effet de suggestion permettant au patient de se soigner lui-même, apparaît comme niant l'action et l'existence du magnétisme en tant que conception du monde. Il semble alors normal que le SNAMAP ai pu avoir comme idée, à une époque, de proposer un moyen de prouver de l'efficacité intrinsèque des techniques thérapeutiques alternatives, même si l'idée apparaît actuellement abandonnée.

1.4 : Le GNOMA-SNAMAP, une communauté de pratique ?

Le système de fonctionnement détaillé dans les sous-parties consacrées au GNOMA, puis au SNAMAP, évoque celui décrit par Étienne Wenger dans ses ouvrages *situated learning : legitimate peripheral participation* (1991), coécrit avec Jean Lave, et *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity* (1998). Wenger y décrit ce qu'il appelle les « communautés de pratiques », ces formes organisationnelles et collectives d'une pratique et de son apprentissage. Ce qui rend le concept de Wenger pertinent, c'est de considérer la pratique, au-delà d'une simple activité qui serait effectuée collectivement, comme « source de cohérence d'un groupe d'individus »⁴⁴. Ces communautés de pratiques sont caractérisées, tout d'abord, par un engagement mutuel dans une pratique qui assure la cohérence du groupe. Cet engagement se traduisant par une manière de faire les choses ensemble et de partager les connaissances, sur un mode harmonieux ou parfois même conflictuel. l'existence d'un savoir partagé où chacun dans la communauté « sait ce que l'autre sait », ainsi que dans certains cas d'un discours reflétant une vision partagée du monde (Wenger, 1998, p. 125-126). La communauté de pratique se caractérise aussi par une entreprise commune et un répertoire partagé, pouvant être constitué d'outils, de mots, de procédures, d'histoires, de gestes ou de symboles communs.

Wenger, dans son ouvrage de 1991, développe aussi le concept de « participation périphérique légitime ». Cette manière, pour les nouveaux arrivants dans une communauté de pratique, de se positionner sur des tâches relativement simples, ne demandant pas le niveau d'expertise d'acteurs centraux de la communauté. Cette manière de pratiquer leur permettant de s'insérer

⁴⁴ Chanal, Valérie, 2000, « Communautés de pratique et management par projet : A propos de l'ouvrage de Wenger », *M@n@gement*, 3 : p.1-30.

progressivement dans la communauté, en effectuant des tâches « secondaires » mais nécessaire et vitales à la communauté.

Contrairement à la pratique des magnétiseurs telle que j'ai pu l'ethnographier dans le second chapitre de ce mémoire, c'est-à-dire une pratique solitaire, bien que basée sur une théorie partagée. Les membres du GNOMA-SNAMAP semblent, à première vue, correspondre au concept de communauté de pratique tel que décrit par Wenger. Ces praticiens apparaissent comme partageant un savoir commun sur lequel ils basent leur pratique, savoirs rediscutés fréquemment par le biais de rencontres, de conférences et de colloques, qui seront d'ailleurs parfois retranscrits dans des blogs, des CD et des livres édités par la maison d'édition du groupement, remplissant ainsi la fonction d'artefact tel que l'entend Wenger. Mes interlocuteurs me décrivent aussi la présence d'une entreprise commune, cependant, cette entreprise ne sera pas de pratiquer le magnétisme en tant que tel, mais bien d'œuvrer pour la « légalisation » de celui-ci. Le groupement semble alors, tout en partageant certaines caractéristiques avec les communautés de pratiques, apparaître davantage comme lié par la défense d'une pratique, que par la pratique de celle-ci.

Cet aspect est d'autant plus visible à travers le statut de « membre stagiaire » décrit plus haut. Ces membres, que l'on pourrait décrire comme périphériques, et qui n'apparaissent pas sur le site officiel du groupement. Ne se trouvent pas dans cette position en raison d'une pratique jugée incomplète par rapport à celle des autres membres, mais en raison d'une fidélité jugée encore incertaine envers la charte du GNOMA-SNAMAP, construite elle-même, comme nous avons pu le voir, dans le but de légitimer les techniques de soin alternatives.

Il me faut cependant reconnaître que je ne pourrai pas témoigner de la « vie intérieure » du GNOMA-SNAMAP. En raison du contexte épidémique dans lequel s'effectuera mon terrain, il ne me sera pas possible d'assister à ces rencontres entre membres que j'ai pu décrire plus haut dans ces pages. Je ne pourrai pas non plus proposer de description approfondie de la place de ces membres stagiaires et de leur place au sein de ces rencontres. Il est vrai que dans la conception des communautés de pratique telle que donnée par Wenger, les relations sociales seront ordonnées via le prisme de la pratique. Malheureusement en raison de la nature de mes données, des entretiens, je ne pourrai pas témoigner de la vie sociale du groupement, ni même de son degré d'existence. Il me semble en effet qu'en dehors des rencontres et des ateliers, les praticiens du GNOMA-SNAMAP se rencontrent assez rarement physiquement. On peut alors s'interroger sur la pertinence même de la mobilisation d'une notion telle que les communautés de pratique, qui met une telle emphase sur le

social. Il reste qu'une telle notion nous permet de mieux mettre en lumière les liens qui tiennent ce groupement opérant de façon conjointe, non pas dans le but de pratiquer, mais de légitimer.

Le GNOMA-SNAMAP apparaît donc, en conclusion, comme un groupement effectuant principalement un travail de positionnement de diverses thérapies alternatives conçues comme fonctionnant pour la majorité d'entre elles sur le concept d'énergie. Cette entreprise s'effectuant d'abord, de la part du groupement, par un travail « vers l'intérieur » pris en charge par le GNOMA, en sélectionnant les praticiens « compatibles » avec ce travail de positionnement. Cette compatibilité s'apprécie principalement par un souci de ne pas interférer avec l'exercice de la médecine officielle, et de se placer « en complément » de celle-ci. On remarque aussi une attention portée au fait de ne pas promouvoir au sein du groupement toute pratique qui pourrait se concevoir comme « occulte » ou « inexplicable » même si des pratiques telles que la médiumnité pourront se retrouver au sein du groupement. Il est probable que cette tolérance constatée, au sein du groupement envers les médiums, soit due au fait que la priorité du groupement soit plutôt de positionner clairement l'action des thérapeutes alternatifs en complément et non pas en concurrence avec la médecine. Les procès rapportés par Fanny Charasse (2018) appuient cette théorie dans le sens où les tribunaux se montreront spécialement intransigeants dans les cas où le praticien se sera essayé à l'exercice d'un diagnostic, tout en ne portant que peu d'attention aux concepts mobilisés durant le soin.

Le SNAMAP, quant à lui, prendra en charge la partie concernant les relations publiques du groupement, via une homogénéisation des discours notamment à destination de la presse, ainsi qu'à travers des rencontres avec des responsables politiques. Il semble aussi qu'il ait pu exister à une époque des velléités de conduire certaines expériences afin de « prouver » de la viabilité clinique du magnétisme, principalement en écartant la possibilité de « l'effet placebo », expériences aujourd'hui abandonnées pour des raisons de budget. Le travail du GNOMA-SNAMAP apparaît à l'heure actuelle comme davantage tourné vers la construction d'une cohabitation avec la biomédecine. Dans le but de donner au magnétisme un statut officiel, où les formations seraient encadrées et reconnues par l'état, sans jamais se substituer à la pratique médicale, à l'image de l'ostéopathie, souhait que Monsieur Vergnes me résume finalement en ces termes « Si on travaille ensemble, les médecins et nous, on peut faire du bon boulot ! ».

Il faut à présent s'interroger sur la place du don du feu dans un tel processus. j'ai déjà pu décrire la place que tenait le soin des brûlures au sein même de la pratique des magnétiseurs. Cependant, il pourrait s'avérer intéressant de tenter d'observer si cette pratique tient aussi un rôle dans le

processus de légitimation des médecines alternatives. La prochaine partie s'attellera donc à décrire le point de vue de mes interlocuteurs magnétiseurs sur cette question, ainsi que de quelques praticiens de la médecine avec qui j'ai pu échanger sur le sujet.

Partie 2 : Le don du feu, une interface avec la médecine ?

J'ai pu, dans la partie précédente, décrire la façon dont le GNOMA-SNAMAP se positionne vis-à-vis de la médecine conventionnelle. Il me paraît approprié de s'intéresser à la position qu'occupe le don du feu dans la négociation qui s'opère entre ces deux différents champs du soin. Je m'intéresserai dans un premier temps à la place donnée par les praticiens du GNOMA-SNAMAP à cette technique du soin des brûlures dans leur propre pratique. Dans un second temps, je m'intéresserai au rôle que joue le don dans le parcours de soin des patients, et la place centrale qu'il y trouve. Pour finir, je traiterai de la vision que peuvent avoir les médecins allopathiques du don, et le traitement particulier qu'ils semblent réserver à cette pratique.

2.1 : La place donnée au don du feu par les magnétiseurs du GNOMA-SNAMAP

2.1.1 : Une pratique tolérée

Lorsque j'interroge Monsieur Vergnes sur la place qu'occupe le don du feu au sein de ce large panel de pratiques, et sur l'image dont il bénéficie auprès des médecins légaux, ce dernier me répond que le don du feu apparaît comme bien plus légitime aux yeux des médecins que la pratique du magnétisme. Mon interlocuteur me décrira un soin des brûlures bien plus accepté dans la société en général et plus particulièrement par les médecins. M'expliquant même que « l'un des objectifs du GNOMA-SNAMAP, ce serait d'amener la pratique du magnétisme au niveau d'acceptation du don du feu ».

Monsieur Vergnes me fournira trois raisons expliquant cet état de fait. Tout d'abord en m'expliquant que contrairement à la pratique du magnétisme, le don du feu bénéficiait d'une certaine image, basée sur des notions telles que la « tradition ». Tandis que le magnétisme, plus perçu comme découlant d'un mode de pensée « new age », tendra à être connoté de façon plus négative.

La deuxième raison qui me sera donnée par mon interlocuteur sera le fait que les brûlures restent encore, à l'heure actuelle, difficilement traitables par la médecine conventionnelle.

« Oui, ça concerne surtout les brûlures, après on peut aller jusqu'au zona, et dans tous les maux où la médecine légale n'a pas de prise, et puis pour les brûlures il y a aussi l'effet d'urgence, il faut agir vite. Par contre on va pas l'appeler pour une entorse, vu qu'il y a déjà plein de personnes qui ont ce savoir-faire. »

Mon interlocuteur me présente donc la technique thérapeutique du don du feu comme plus facilement tolérable par la biomédecine, et ce, en raison d'une connotation plus positive ainsi que d'un champ thérapeutique œuvrant précisément sur des « angles morts » de la médecine. Il faut ajouter à cela une troisième raison, brièvement soulevée par mon interlocuteur, qui consiste à prendre en compte l'effet du soulagement immédiat de la douleur par le don du feu.

Le constat d'une plus grande tolérance, voire d'une acceptation du don du feu par le personnel soignant, apparaît partagé par les autres magnétiseurs, membres du GNOMA-SNAMAP ou non, avec qui je pourrai échanger au cours de mon terrain. Gilles, le magnétiseur utilisant un système « son et lumière », déjà mentionné dans le second chapitre de ce mémoire, m'expliquera, tout en approuvant les raisons citées ci-dessus, que si le don du feu profite de cette place privilégiée, c'est principalement à cause de son aspect visible : « Ben c'est ce qui se voit le plus, pour le patient ET pour le médecin ! C'est imparable. », point de vue qui me sera aussi confirmé par Xavier.

Je retire donc de mon terrain quatre raisons qui me seront présentées comme justifiant de la position privilégiée du don du feu, à savoir un champ d'action agissant précisément dans les zones où la médecine conventionnelle peine à être efficace. Une efficacité doublée de l'immédiateté caractéristique du don du feu, point crucial dans le traitement des brûlures, dont la douleur se caractérise par son intensité. Le don du feu agira de plus sur des affections « visibles » telles que la rougeur d'une brûlure ou la « ceinture » du zona, et apparaîtra finalement comme bénéficiant d'une image connotée positivement, ou du moins ne souffrant pas de stigmates trop prégnants à l'image du magnétisme. Il convient alors d'adresser ces différents points afin de voir ce qu'il peut découler de leur analyse.

2.1.2 : L'incurable, l'immédiat et l'incontestable

Tout d'abord, il est intéressant de constater que l'une des raisons données par mes interlocuteurs s'avère être précisément la même que celle qui déterminera la place du don du feu dans la pratique

des magnétiseurs, à savoir une efficacité prouvable immédiatement sur la base d'indices visuels. Là où le magnétisme s'avérera capable de soigner de multiples maux localisés en profondeur dans le corps humain, la nature même du don, limitée à la partie superficielle du corps, sa peau, lui donnera la possibilité d'avoir une efficacité immédiatement vérifiable.

Les deux autres points soulevés par mes interlocuteurs, à savoir le fait de pouvoir traiter sur un mode quasi-immédiat des maux encore mal gérés par le médecin, apparaissent, notamment dans le cas du GNOMA-SNAMAP, comme particulièrement important. Si on se rappelle des efforts déployés par le groupement afin de situer sa pratique en marge de celle de la médecine, le don du feu apparaît alors comme tout désigné pour exister au sein de ce rapport. En se présentant comme un moyen de guérir rapidement des affections dont le traitement est habituellement long et extrêmement douloureux pour le patient, le don du feu tend ainsi à éviter un conflit de légitimité, qui serait de toute façon gagné par la médecine allopathique.

Dans son article de 2018, Fanny Charasse analyse le travail de positionnement du GORMA avec les outils conceptuels tirés du livre d'Andrew Abbott, *The system of profession: An essay on the division of labor* (1988). Dans cet ouvrage, l'auteur s'intéresse au concept de *profession*, et au lien qu'entretiennent ces professions avec leur objet. Ce rapport, dénommé par Abbott sous le terme de *jurisdiction*⁴⁵, se base sur trois opérations, le *diagnosis* (diagnostic), le *treatment* (traitement) et les *inferences* (inférences). Autrement dit, l'établissement en premier lieu d'un diagnostic ; le terme n'est pas entendu ici comme purement médical, mais davantage comme un lien entre un état donné et un état souhaité, à la manière de la définition de Friedberg (1993) vue *supra*, cette étape permettant de mettre à profit le savoir professionnel afin de structurer le problème observé (Abbott, 1988, p.41). Le diagnostic sera alors suivi du traitement, décrit par Abbott comme « parallèle » au diagnostic dans le sens où le traitement « imposera sa structure subjective sur le problème avec lequel la profession interagit » (p.44). La dernière opération, dernière dans l'énumération mais qualifiée par Abbott de « middle game » agissant entre le diagnostic et le traitement, consiste à prendre en compte la manière pour une profession de se référer à une certaine vision du monde pour dresser des correspondances entre un diagnostic donné et un traitement correspondant.

Charasse explique dans son article que tout le travail du GORMA consistera alors à agir sur ces trois points afin de positionner clairement la *jurisdiction* des médecines alternatives en marge de la médecine (p. 96). En interdisant d'abord tout « diagnostic », compris ici dans le sens médical du

45 Charasse traduit le terme par celui de "territoire"

terme, pour le remplacer par un diagnostic, cette fois-ci dans le sens où Abbott l'entend, d'un autre type, puis en imposant un type de traitement interdisant notamment la prescription de substances actives, action réservée au médecin, et finalement en effectuant un contrôle sur les inférences effectuées par le praticien en essayant d'évacuer du groupement les discours ayant trait à l'occulte. On note ici que dans l'article de Fanny Charasse, le GORMA interdit à ses praticiens de prescrire des substances actives. Interdiction qui n'apparaît pas dans la charte du GNOMA-SNAMAP, l'analyse reste cependant applicable au groupement que j'ai pu décrire, dans la mesure où le GNOMA interdit toute interférence avec un traitement ou une opération prescrite par un médecin.

Si je reprends ici l'analyse de Charasse, qui semble recouper celle que j'ai pu effectuer dans la sous-partie précédente, c'est en raison du fait qu'il me semble possible de compléter cette analyse dans le contexte du don du feu, en mobilisant un autre concept formulé dans « The system of profession ». Il s'agit du concept de « *vacancy chain* » et de « *bump chain* », ces deux concepts, qu'Abbott tire lui-même des travaux d'Harrison White (1970), rendent compte des interactions entre professions d'un même champ d'activité, ici le thérapeutique. Le concept de *bump chain*, est utilisé par Abbott pour rendre compte d'une situation où une profession parvient à établir une juridiction sur un champ d'activité préalablement détenue par une autre profession, au terme d'une « offensive ». La *Vacancy chain*, elle, consistera à l'accaparement par une profession d'un champ d'activité laissé vacant, volontairement ou involontairement par une autre profession. Il apparaît alors que l'utilisation du don du feu permet au magnétiseur de se placer dans une *vacancy chain* laissée par la biomédecine, ici volontairement puisque l'état actuel de la science ne lui permet pas d'être aussi efficace que la pratique du don.

On peut alors un peu mieux comprendre la place du don du feu dans la pratique des magnétiseurs et plus précisément dans celle présentée par le GNOMA-SNAMAP. Il semble que le don du feu, en se plaçant dans une place laissée vacante par la médecine conventionnelle, offre la possibilité aux magnétiseurs d'exercer une partie de leur pratique sur un mode différent, perçu comme valorisant pour mes interlocuteurs, de par son domaine d'application et sa rapidité d'action. Si Monsieur Vergnes m'explique dans un premier temps percevoir cette prédominance du don du feu comme quelque peu « réductrice » : « oui, souvent pour les médecins, le magnétiseur, c'est uniquement celui qui arrête le feu, c'est un peu réducteur ». Il apparaît au fil de la discussion que le fait, pour un thérapeute alternatif de faire preuve d'efficacité, semble lui ouvrir aussi d'autres portes.

« Parfois, vous avez des médecins, ils ont pu voir que ça marchait, sur des brûlures ou sur des zonas, et du coup, ils commencent à se poser des questions, et après, ils vous appellent, et ils vous envoient des gens pour d'autres problèmes, parfois des trucs qu'ils ne comprennent pas, comme sur des douleurs inexpliquées, par curiosité »

Il faut bien noter que ce type de cas ne me sera décrit que par monsieur Vergnes, et que je ne peux en faire une analyse systématique. Mais il apparaît intéressant de considérer cette piste d'un don du feu, rapide, efficace et incontestable, contrairement à la pratique d'autres aspects du magnétisme, œuvrant, comme j'ai pu le montrer dans mon deuxième chapitre, dans le domaine de l'invisible et sur un mode moins immédiat, comme un pied posé dans la porte de la médecine conventionnelle ; ouvrant potentiellement la porte à une plus grande tolérance de la part des médecins ayant pu témoigner de cette pratique.

2.2 : le patient

Il me faut aussi souligner que les justifications concernant la rapidité ainsi que l'efficacité du don du feu qui me sont données par mes interlocuteurs magnétiseurs, se retrouvent aussi dans les discours d'autres acteurs du processus thérapeutique. Olivier Shmitz, dans son ouvrage datant de 2006, détaille les différentes raisons pour lesquelles, sur son terrain, certains patients choisissent d'avoir recours à des praticiens des médecines alternatives, et plus particulièrement à des guérisseurs, terme qu'Olivier Schmitz utilise pour qualifier, entre autres, ceux que je dénomme sous le terme de coupeurs de feu.

L'auteur utilise, afin de rendre compte de ces parcours, le concept « d'itinéraire thérapeutique », concept phare de l'anthropologie médicale, Schmitz citera notamment dans son utilisation du concept, les travaux de Jean Benoist, médecin et anthropologue ayant travaillé sur la question des rapports entre les pratiques médicales occidentales et la culture créole.

Le concept d'itinéraire thérapeutique consiste à considérer le patient comme un acteur amené à faire des choix au sein d'un panel de techniques thérapeutiques en réponse à un état pathologique. Benoist cite lui-même Didier Fassin (1992) afin d'expliquer que ce trajet sera conditionné par des interférences entre le champ de la maladie et celui du social. Un patient choisissant d'orienter sa recherche de soin en fonction, non seulement, de la nature de son affliction, mais aussi en fonction de « causes structurelles », comme la représentation de la maladie dans la société, et de « causes conjoncturelles », telles que la situation financière du patient ou les conseils de son entourage

(Fassin, 1992, 118). L'intérêt du concept étant de mettre en lumière les multiples variables influant le trajet de l'individu en quête de soin, trajet ne pouvant être compris qu'à la seule lumière des caractéristiques nosologiques de la maladie.

Schmitz détaille donc les différentes raisons pouvant mener un individu à requérir les services d'un guérisseur, et énumère notamment ce qu'il nomme les cas de « dernier recours », ainsi que les cas nécessitant une prise en charge rapide. Les cas de dernier recours concernent les cas où le patient se rend chez un guérisseur lorsque, après avoir essayé sans succès de se référer à différents praticiens, le thérapeute alternatif se révélera être son « dernier espoir ». Je rappelle au lecteur une des vignettes du début de ce mémoire, où je décrivais une séance de soin entre mon interlocutrice, Céline, et sa patiente, Paula. Cette dernière m'expliquera que la raison pour laquelle elle a décidé de faire appel à son amie afin de traiter son alopécie, c'est précisément parce que de nombreux médecins généralistes et spécialistes se seront essayés à la guérir, sans succès. Elle se tournera alors vers Céline, dont elle ignorait auparavant la qualité de coupeuse de feu, aiguillée par une amie commune ayant déjà eu recours aux services de leur amie guérisseuse. Concernant les cas nécessitant une prise en charge rapide, Schmitz décrira les maux qui, en raison de la douleur provoquée, nécessiteront une prise en charge immédiate, ne pouvant attendre la prise d'un rendez-vous chez le médecin. Nous rappelons, ici, la capacité du don du feu à soulager immédiatement la douleur causée par la brûlure. On retrouve donc une similitude entre les raisons pour lesquelles les patients se rendent chez les guérisseurs, et les raisons pour lesquelles, selon les guérisseurs, le don du feu apparaît comme toléré par la médecine alternative.

Rien de fondamentalement surprenant, mais il m'apparaît à propos de souligner le lien entre l'agentivité manifestée par le patient à travers le concept d'itinéraire thérapeutique et les raisons pour lesquelles le don du feu semble pouvoir exister sur le même plan que la médecine.

Je compte alors faire apparaître ce lien de manière un peu plus claire, en mobilisant la dernière partie de mon ethnographie, deux entretiens avec deux médecins généralistes, travaillant tous deux en milieu rural, à proximité des coupeurs de feu que j'ai pu rencontrer et décrire dans le premier chapitre de ce mémoire.

2.3 : Un point de vue institutionnel

2.3.1 : Un avis médical

J'ai pu rencontrer, dans un premier temps, le docteur Garcia, que j'ai déjà mentionné dans le premier et dans le troisième chapitre de ce mémoire. Il m'expliquera lors de notre entretien les rapports entretenus avec les praticiens du don du feu :

Monsieur Garcia - Alors moi ça, même si je ne suis pas un grand adepte, c'est pour le zona, enfin les gens ici, ils vont voir tout un tas d'autres gens, mais moi « médicalement », quand les gens m'en parlent ou même que je leur conseille d'aller en voir un, c'est pour le zona, parce que je me rends bien compte que ça soulage. Et puis parce que je me dis que je leur dise d'aller en voir un ou pas, ils iront quand même. Ça me permet de dire, « bon vous allez voir qui vous connaissez, mais prenez les médicaments », ça permet de contrôler un peu, après pour les brûlures et tout, ça se fait aussi, mais en dehors du cercle médical.

Ce que me détaille ici mon interlocuteur, c'est une tolérance, voire une acceptation du don du feu, tout d'abord en raison d'une constatation de l'efficacité de la pratique. Ce qui se révèle aussi être intéressant, c'est le fait que même si Monsieur Garcia peut aiguiller des patients vers des coupeurs de feu, sans toutefois donner précisément de noms, il le fera dans la logique de garder la main sur l'itinéraire thérapeutique de ses patients. Lors du premier chapitre de ce mémoire, j'avais déjà retranscrit un bout de l'entretien avec ce médecin généraliste, où ce dernier m'expliquait que si le don du feu fonctionne sur la partie « visible » du zona, il n'empêchait pas certaines douleurs de persister. Ces symptômes ne pouvant se résoudre, selon Monsieur Garcia, qu'en ingérant des médicaments. Le fait pour le médecin, de cautionner le recours aux coupeurs de feu, permettra alors au médecin généraliste de s'assurer du respect d'une complémentarité des soins entre les différents champs de la médecine. Une complémentarité entre médecine alternative et médecine allopathique, qui s'exprimera ici comme une combinaison entre le traitement des symptômes extérieurs et intérieurs du zona, tirant donc bien sa légitimité de la nature visuelle du don du feu.

J'ai aussi pu rencontrer un autre médecin généraliste évoluant sur la même commune que nombre de mes interlocuteurs coupeurs de feu, il s'agit de Monsieur Bordes, qui m'explique lui aussi avoir une certaine tolérance envers les coupeurs de feu.

Monsieur Bordes - Je suis pas contre, donc ça m'arrive de dire au gens d'aller voir quelqu'un qu'ils connaissent, mais je les laisse faire leur choix. Ce qui se passe, c'est que quand ça concerne des maladies où on est impuissant...Alors que bien souvent eux [les coupeurs de feu] c'est efficace, même si on n'a pas les tenants et les aboutissants de cette efficacité, voilà. Et puis quand on est de la campagne, vous savez on a l'habitude de ce genre de chose. Moi, je leur avais demandé le secret, ça serait plus pratique, comme ça moi, je pourrais tout faire [rire], mais ils n'ont pas voulu.

On retrouve ici un discours se rapprochant de celui de Monsieur Garcia, à savoir une tolérance envers ces praticiens agissant sur un type d'affliction laissant le médecin « impuissant ». On remarque que mon interlocuteur fera référence à la complémentarité entre praticiens alternatifs et légaux, en m'expliquant qu'il essayera d'acquérir le don du feu afin de « pouvoir tout faire », commentaire faisant quelque part écho à la demande de Monsieur Vergnes de faire « du bon boulot » en coopération.

Les commentaires recueillis ici montrent principalement un don du feu toléré en raison d'un champ d'action se situant dans une *vacancy chain* de la médecine, comme les commentaires des magnétiseurs rencontrés le laissait déjà supposer, couplé à une certaine habitude de la pratique en milieu rural, déjà évoquée dans le premier chapitre.

Clémentine Raineau, dans son article « “Talking Fire out of Burns”: Biomedical Transgressions and the Logic of Care” (2013), va, elle aussi, sur son terrain auvergnat, à la rencontre de médecins généralistes ruraux, afin de les interroger sur leur rapport avec la pratique du don du feu. Elle y décrit elle aussi une tolérance limitée à certaines pathologies clairement identifiées et où la médecine allopathique se révélera ne pas avoir de prise. La différence avec mon terrain étant le fait que chez Raineau, les praticiens tiendront un discours ne laissant pas de place à une quelconque efficacité réelle du don du feu. Limitants, eux, l'intérêt de la pratique du don à un « support moral » pour les patients (p.52). Raineau note cependant la très grande variété de positionnements existant sur la question du don du feu, et reconnaît que certains praticiens, même sceptiques, sont obligés de reconnaître certains effets dus à l'utilisation du don.

Les médecins rencontrés dans le cadre de mon terrain m'expliqueront aussi ne jamais recommander un praticien des médecines alternatives en particulier, se contentant de donner leur aval lorsque un patient leur demandera s'il « peut y aller », Monsieur Garcia m'expliquera aller jusqu'à « conseiller » le recours à un coupeur de feu, tout en étant convaincu que le patient finira tôt ou tard par y avoir recours. Raineau note aussi que pour de nombreux médecins interrogés dans le cadre de

son article, il ne sera pas de leur ressort de conseiller le recours à un coupeur de feu dans le cas où le patient n'envisagerait pas, de lui-même, cette possibilité.

La tolérance dont font montre les médecins généralistes exerçant en milieu rural semble alors, autant dans l'article de Clémentine Raineau que sur mon terrain, s'effectuer sur un mode assez spécial. Le praticien de la biomédecine pourra autoriser, voire conseiller le recours au don du feu, dans le cadre de maux délimités, à savoir les brûlures et le zona. Ce passage de main d'une médecine à l'autre s'effectuera cependant sur un mode assez distant ; les médecins généralistes ne conseilleront pas un coupeur de feu en particulier, mais cautionneront tout au plus le recours à un pan différent du champ thérapeutique, dans la mesure où « ils iront de toute façon ». Il apparaît alors que cette tolérance apparaît davantage comme un respect du choix du patient et de son agentivité dans son parcours de soin qu'à une réelle coopération entre praticiens officiels et alternatifs.

2.3.2 : Une tolérance ancrée dans le *care*

Raineau analysera cette permissivité sous l'angle de la « logique du *care* », concept forgé par Annemarie Mol dans son ouvrage éponyme (2008), logique conçue par Mol comme en opposition à celle du « choix⁴⁶ ». Cette logique du choix, se basera, selon Mol, sur une glorification dans la doxa occidentale, et bien au-delà du champ de la médecine, des concepts d'autonomie et de libre-arbitre, et ce depuis l'époque des « lumières » (p. 15-39). Appliquée au champ thérapeutique, elle supposerait comme modèle idéal du soin un patient maître absolu de ses choix, capable de savoir ce qui est bon pour lui, avec une capacité de discernement suffisante pour savoir accepter ou refuser la poursuite et la reprise de ses traitements. Le propos de l'auteur sera alors de mettre en garde face à un tel idéal en soulevant des cas où le patient comateux, mal renseigné, paniqué ou « simplement » dépassé par l'étendue des choix à faire, verra son libre-arbitre à rude épreuve. Raineau résume les problèmes de cette logique en expliquant que la logique du choix « nécessite un corps silencieux, sans douleur, fièvre ou peur, pour fonctionner » (2013, p. 47), en d'autres termes, un corps non-pathologique. Pour Mol, la logique du *care* consisterait, pour le médecin, à ne pas résumer le patient à un corps malade, seulement pris dans des chaînes de causalités physiologiques, mais comme un être doué d'agentivité en quête de conseils et de guidance. La relation patient-médecin se basant alors dans cette logique, sur un effort conjoint tendant vers l'amélioration de la qualité de vie du patient, le praticien prodiguant traitements et pharmacopée tout en le poussant à prendre soin de lui

⁴⁶ *Logic of choice*

et sans le « nourrir de l'illusion du contrôle » (Mol, 2008). L'idée d'une prise en compte fine des sensibilités et des spécificités du patient jouera alors un rôle clé dans ce travail effectué par les deux acteurs du processus, Mol donnant pour exemple le cas de deux diabétiques, le premier, affichant une négligence vis-à-vis de son traitement, se verra fermement mis en garde par son thérapeute sur les risques graves encourus par un laisser-aller délétère. Tandis que le deuxième patient, travaillé par un sentiment de culpabilité face à ses difficultés à maintenir son taux de glycémie en dessous d'un seuil précis, se verra rassuré et appelé à être « moins dur avec lui-même » par le même médecin.

Le recours de Clémentine Raineau au concept de logique du *care* apparaît alors assez clairvoyant, surtout lorsque comparé au discours de mes propres interlocuteurs. Mes interlocuteurs qui m'expliqueront, que, s'ils « laissent faire », c'est en partie en raison du fait que la pratique du don est perçue comme profondément ancrée dans les mœurs des habitants de ces petits villages du Sud-Ouest de la France. Il en résulte alors une prise en compte, de la part de mes interlocuteurs, des choix de leur patient, mais toujours dans une logique du *care*, c'est-à-dire basée sur une guidance de la part du thérapeute. On peut alors envisager sous cet angle les commentaires de mes interlocuteurs lorsque Monsieur Garcia m'explique recommander un coupeur de feu dans le but de pousser le patient à compléter son traitement avec les médicaments adaptés, ou lorsque Monsieur Bordes m'explique avoir essayé d'apprendre le secret dans le but de s'occuper lui-même de cette partie du traitement. Ce que nous apporte en fait ici ce concept, c'est la compréhension d'un phénomène où se mêlent le respect du choix du patient, couplé à une mainmise relativement « lâche » de la part du praticien allopathique, nous évitant de tomber dans une pensée caricaturale où le médecin laisserait son patient dans une logique de choix total vis-à-vis des médecines alternatives.

Cette tolérance envers les praticiens du don du feu s'arrêtera cependant net lorsque le praticien alternatif se révélera traiter autre chose qu'une brûlure ou un zona. Monsieur Garcia et Monsieur Bordes, lorsque je les interrogeais sur leurs opinions à l'encontre des magnétiseurs, auront, envers ces praticiens, quasiment la même réponse :

Monsieur Garcia – Non...Des magnétiseurs j'aime pas trop, c'est un peu trop...Non j'aime pas.

Monsieur Bordes – Non les magnétiseurs, les médiums tout ça...j'aime pas trop.

Mes interlocuteurs ne seront pas en mesure de réellement m'éclairer sur la raison pour laquelle ils se montrent réticents à conseiller des magnétiseurs. On se rappelle les discours, rapportés par Monsieur Vergnes, me décrivant le magnétisme comme bénéficiant d'une « mauvaise image » comparé au don du feu, vision qui se constate donc dans les discours de mes interlocuteurs. Il me semble qu'il est possible de mieux comprendre cette prise de position, notamment suite à la description que j'ai pu faire dans mon second chapitre, de la vision du monde sous-tendant le soin chez les magnétiseurs. Accepter la pertinence du soin des magnétiseurs, pour les médecins légaux, serait alors admettre, du moins en partie, la pertinence d'un système de représentation reposant sur l'existence d'énergie et de doubles spirituels. Position intenable pour les médecins pour qui les médecines alternatives ne provoqueraient, au mieux, qu'un effet placebo. En comparaison, les coupeurs de feu dont la pratique, je l'ai montré au cours du premier chapitre, se tourne davantage vers la constitution d'une pratique de premier secours au service d'un entourage proche, se dotent d'un système de représentation beaucoup moins prégnant. Les coupeurs de feu se basant tour à tour sur une formule, un fluide, une intention ou sur de l'amour pour m'expliquer leur soin, dénotant d'un phénomène que j'ai pu qualifier de bris-collage, selon le terme d'André Mary (2000). Forme de syncrétisme où l'emprunt ne sera pas tant un assemblage conceptuel qu'un assemblage de signifiants flottants utilisés pour essayer de signifier ce qui échappe encore à la théorisation. On comprendra alors que les coupeurs de feu, dont la priorité n'est pas de proposer un système de représentation sous-jacent à leur pratique, soient plus facilement acceptés par les médecins, à l'opposé des magnétiseurs, dont on refusera la vision du monde proposée à travers leur soin. Il me semble que c'est ici une des explications que l'on pourrait donner à la mauvaise image dont souffrent les magnétiseurs en comparaison avec leurs homologues guérisseurs.

Cependant, Madame Suquet, qui se décrit comme magnétiseuse, m'expliquera que Monsieur Bordes a connaissance de l'activité de mon interlocutrice, et ne voit pas de problème à ce que certains patients la consultent dans le cadre du traitement de brûlures et du zona. Je manque ici de données ethnographiques pour tenter une réelle analyse, mais il me semble que la discrimination effectuée par les médecins allopathiques envers les magnétiseurs se situe davantage au niveau de la pratique que des praticiens. Dans le sens où un magnétiseur exerçant un soin du feu ne semble pas poser problème à Monsieur Bordes, permettant parfois, comme me le décrira Monsieur Vergnes, d'ouvrir la porte à une tolérance plus grande envers la pratique d'autres soins, relevant du domaine du magnétisme.

2.3.3 : La pratique en milieu hospitalier, une tentative ratée d'ethnographie

J'aurais aimé, ici, terminer mon analyse par une brève ethnographie de la pratique du don du feu en milieu hospitalier, cependant mes diverses tentatives pour obtenir des entretiens dans ce milieu se sont révélées infructueuses. Les personnes contactées, sans nier l'existence de cette pratique dans les hôpitaux, me renvoyaient systématiquement vers d'autres personnes, d'autres adresses mail, menant inévitablement, à terme, à des impasses. J'ai cependant pu demander à Xavier comment se déroulait une séance de soin en hôpital, processus qu'il me décrira ainsi :

« Moi je vais soigner dans les hôpitaux, je demande toujours au malade de demander au chef de service, pour qu'on ne soit pas gênés, pour l'instant il n'y a jamais eu de refus. Donc j'y vais, je signale à l'infirmière du service des grands brûlés, pour qu'on soit tranquille et elle me dit "vous me dites quand vous avez fini". Avant, il y a 10 ans, j'y allais en tant que faux amis de la famille avec quelqu'un, et il se mettait devant la porte pour surveiller. »

Ce que l'on constate ici, c'est que, si la pratique du don du feu, et plus largement des médecines alternatives dans les hôpitaux, semble exister depuis un certain temps, il existe à présent une certaine tolérance ici aussi de la part des chefs de service et des infirmières travaillant dans les services dédiés. Ici aussi, il sera question d'une reconnaissance des choix effectués par le patient au point de permettre l'action du magnétiseur, exerçant l'acte de couper le feu, au sein même de l'institution hospitalière.

Xavier m'expliquera aussi avoir conscience que certains hôpitaux conservent des numéros de coupeurs de feu, dans l'éventualité d'urgences, ou dans le cas où des personnes souhaiteraient avoir recours aux guérisseurs sans posséder de contact. Une telle pratique sera aussi renseignée par Raineau dans son article de 2012, je n'aurai pas la possibilité, par moi-même, de constater un tel phénomène, mais il reviendra fréquemment dans le discours de mes interlocuteurs coupeurs de feu comme magnétiseurs, utilisé comme exemple des avancés en terme de légitimation des médecines traditionnelles.

Qu'avons-nous donc appris, jusqu'ici de cette brève ethnographie des interactions entre médecines alternatives et médecine officielle ?

Dans un premier temps, nous avons pu observer que le GNOMA-SNAMAP avait pour objectif de construire une pratique des médecines alternatives en marge de la médecine allopathique. Ce

positionnement s'effectuant principalement via une sélection en deux temps, permettant d'abord de juger un praticien sur le critère du « ressenti », pour ensuite observer sa pratique durant une phase où il sera circonscrit dans une pratique périphérique sur le plan de la légitimité. Jusqu'au moment où le groupement pourra témoigner d'une conduite en adéquation avec la charte du GNOMA. Cette liste de comportements à respecter dans le but de s'assurer de pratiquer strictement dans une logique de coopération avec la médecine. Le don du feu apparaît alors particulièrement utile dans la navigation s'effectuant en bordure de la médecine conventionnelle en raison de plusieurs aspects.

Tout d'abord, pour la même raison que le don trouve une place dans la pratique des magnétiseurs, il trouvera une certaine légitimité dans sa visibilité et son champ d'action en grande partie limité aux affections de la peau. Un peu de la même façon dont il permettra au magnétiseur novice de prendre confiance en lui grâce à son rôle de « pratique témoin », le don permettra, comme me l'explique Monsieur Vergnes de justifier de sa pratique auprès des médecins afin de potentiellement légitimer d'autres pratiques de soin alternatives.

Le don du feu agit, de plus, dans un domaine encore mal géré par la médecine allopathique, et le travail de placer cette pratique dans les marges deviendra d'autant plus facile lorsque ces marges reculent, permettant au don du feu d'opérer dans cette *vacancy chain*. Cette permissivité s'exerce finalement sur un mode assez particulier, tenant plus d'une volonté de contrôler à distance le parcours du patient, tout en respectant ses inclinaisons personnelles. Témoignant d'une volonté de ces médecins de campagne de prendre en compte davantage que le seul aspect physiologique de la maladie. La pratique étant d'autant plus tolérée lorsqu'elle s'accompagne d'un vide conceptuel, évitant au médecin de se trouver dans un décalage ontologique entre la vision du monde de la médecine et celle du magnétisme.

Il faudra tout de même noter que ces conclusions ne sont produites que suite à quelques entretiens, il m'apparaît alors difficile de prétendre réellement analyser en profondeur le point de vue de la médecine institutionnelle, d'autant plus que je n'aurais pas eu accès au milieu hospitalier au cours de mon terrain.

Partie 3 : Une réflexion sur le monde médical

J'aimerais, dans cette dernière partie, revenir sur les différentes raisons qui ont pu mener à une acceptation des médecines alternatives de la part des médecins. Il m'a déjà été possible de discuter dans la seconde partie de nombreuses raisons qui ont pu pousser à une tolérance des médecins envers le don du feu. Cependant, toutes ces justifications dépendaient de caractéristiques internes au don du feu, un soin visible, agissant dans une *vacancy chain* de la biomédecine et rapidement efficace. Cette technique thérapeutique étant de plus, souvent pratiquée par des personnes avares en justifications théorique et cosmologique. Je veux alors, avant de clore ce travail, m'essayer à une réflexion et me demander s'il n'existe pas, au sein du monde médical, des caractéristiques endogènes lui permettant d'accepter la pratique du don du feu dans ses marges. Le don du feu n'est-il toléré qu'en raison de ses propres caractéristiques ? Son acceptation graduelle de la part des médecins n'est-elle due qu'à un renoncement de la part de l'ordre de cesser les poursuites judiciaires jugées inutiles ? Les médecins présents lors des rencontres du GNOMA-SNAMAP, et dont Monsieur Vergnes me fait grand cas, ne sont-ils que des occurrences anecdotiques ? Il me semble qu'il existe dans le domaine médical en lui-même, des indices de changements internes pouvant expliquer, à un niveau institutionnel, la place nouvellement acquise par les coupeurs de feu. Je suis conscient que s'attaquer à une réflexion de cette taille dans la dernière sous-partie peut s'avérer déplacée, aussi, je demanderai au lecteur de considérer ces dernières quelques pages pour ce qu'elles sont, une ouverture vers une réflexion, permise par l'ethnographie et l'analyse anthropologique du don du feu.

3.1 : Un refus de la modernité ?

J'aimerais, dans un premier temps, rapporter le point de vue tiré d'un article, « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine Le recours aux thérapies alternatives : une éducation à un « autre corps » ? » (2000), de Anne Marcellini, Jean-Philippe Turpin, Yannick Rolland et Sébastien Ruffié. Les auteurs s'intéressent dans cet article au développement et à la diversification de l'offre en thérapeutes alternatifs. L'article traite alors d'un panel de différents praticiens allant de l'ostéopathe au guérisseur en passant par l'homéopathe en essayant de comprendre la demande accrue dont semblent bénéficier ces nouveaux thérapeutes.

Les praticiens alternatifs sont décrits dans ces pages comme pratiquant un soin basé sur une vision holistique du sujet, aspect déjà traité dans le second chapitre de ce mémoire. L'article remobilise lui aussi le concept d'itinéraire thérapeutique pour mettre en lumière la relation basée sur la complémentarité qui relie la médecine officielle avec les pratiques de soins alternatives, phénomène lui aussi déjà traité dans ce mémoire. Marcellini et al. soulignent d'ailleurs, au sein de ce va-et-vient effectué par les patients entre les différents pans du champ thérapeutique, la fonction de « garde-fou » occupée par la biomédecine. Les patients dont traite l'article seront décrits comme effectuant ainsi un aller retour constant entre traitement alternatif et biomédecine, usant de cette dernière souvent dans un but de vérification des effets de la première. Ceci nous permettant alors de compléter le portrait des relations entre les deux types de médecine proposées dans les parties précédentes, même si j'avais déjà indirectement traité de cet aspect à travers la place de la vérification visuelle dans la construction de la légitimité du don du feu.

A cette fonction sécurisante remplie par la médecine institutionnelle, l'article présente alors les médecines alternatives comme un moyen pour le patient de se « détacher du réel » :

« L'attirance pour les thérapies alternatives, elle, pourrait se lire comme une aspiration au « lâcher-prise » du réel, à une déconnexion du rationnel, du technologique, du scientifique, bref, à une prise de distance vis-à-vis du sérieux et du dramatique du réel, comme une liberté qu'on s'octroierait, une échappée salvatrice, donc thérapeutique, de l'hyper-rationalité ambiante. » (p.11)

L'intérêt des thérapies alternatives tiendrait, pour Marcellini et al., dans cette prise en compte holistique du sujet, doublée d'une possibilité d'échapper à la biomédecine rationnelle et positiviste, comportement lui-même conçu comme thérapeutique pour le patient. L'article mobilise aussi une citation de Ballandier (1994), traitant elle aussi des médecines alternatives comme :

« Une sorte de recherche sauvage ou archaïque de l'inexplicable et du paranormal, une quête de l'impossible qui relève d'une autre et fort ancienne histoire, mais qui pratique le braconnage sur les terres des scientifiques. » (p.107)

Ce que Balandier entend ici par le terme de « braconnage sur les terres des scientifiques », ce sont ces emprunts à une imagerie et à une légitimité des sciences dures et de la biomédecine. On pourra par exemple se rappeler de ce que j'observais chez Madame Suquet, mon interlocutrice qui m'expliquait utiliser les « ondes Tesla », variante de l'énergie dont la découverte sera attribuée au

célèbre scientifique. La formation de l'IGA, l'école de magnétisme dont fera partie mon interlocutrice, se proposera d'ailleurs de donner à acquérir des « bases scientifiques » permettant l'exercice du soin.

Pour l'article du collectif de chercheurs, les deux types de médecine fonctionneraient donc sur un acte de complémentarité, la biomédecine apportant la sécurité et la garantie grâce à sa volonté rationalisante, couplée à des pratiques alternatives agissant comme un exutoire à cette même rationalité.

A une complémentarité basée sur les champs d'action des thérapies que j'ai pu mettre en lumière plus tôt dans ce chapitre, s'ajoute donc une dimension idéologique où, tout en reconnaissant les capacités de la biomédecine, on trouve une volonté d'échapper à ce que l'article qualifie de « modernité ». Cependant, il me semble qu'il est possible de détailler plus en profondeur cet angle de vue, pour dépasser l'angle de vue d'un simple refus du progrès, et par là même de mieux comprendre l'attrait du modèle holistique proposé par les thérapies alternatives.

3.2 : Les manquements de la modernité

Je vais mobiliser ici l'ouvrage de Jean-Jacques Wunenburger, philosophe et professeur émérite à l'université Lyon 3 Jean Jaures, « Imaginaire et rationalité des médecines alternatives » (2008). L'auteur explique qu'à partir du XVII^e siècle, l'occident a commencé à concevoir son modèle médical à la façon d'une machine, c'est-à-dire :

« Un assemblage de parties matérielles, artificielles, montées selon une finalité interne, [...] et dont le fonctionnement est assuré par un cycle invariable des mouvements. » (p. 86)

Cette compréhension du corps humain, pensée à partir du fonctionnement d'artefacts, permettra, par exemple, à Harvey, un biologiste anglais de la fin du XVII^e siècle, de comprendre le fonctionnement de la circulation sanguine en pensant le cœur comme une simple « pompe »⁴⁷.

Cette conception sera en fait grandement permise par les principes énoncés par René Descartes, principes destinés à faire de la médecine une véritable science ; ces principes, rapportés par Wunenburger (p. 86-87), sont les suivants :

⁴⁷ Harvey, Williams, 1990 (1628), *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*, Christian Bourgeois.

- d'une part, on peut tenir pour équivalentes la matière biologique et la matière inerte. Le comportement d'un être vivant peut être assimilé à une chose étendue qu'on peut étudier par figures et mouvements. Cette géométrisation et cette mathématisation des corps sont censées livrer l'intelligence des êtres vivants ;
- d'autre part, les corps matériels peuvent être étudiés sans aucune référence à du psychique, la matière étendue étant une substance, c'est-à-dire une réalité qui existe par soi et peut être comprise par elle-même, sans l'aide d'une autre ;
- enfin l'étude de corps doit être menée selon les règles de la méthode qui consiste à diviser en parties, et donc à isoler des entités, en faisant abstraction de leur intégration dans des totalités.

On remarque déjà, à la simple énumération de ces principes, la séparation préconisée entre les parties d'un même corps mais aussi entre le corps physique et ce qui est ici dénommé sous le terme du « psychique ». Ancrant alors la médecine comme ayant pour sujet d'étude un corps décomposable et seulement appréhendable via un savoir mathématique et rationnel. L'auteur souligne bien que cette vision d'un corps décomposé doit à l'heure actuelle être nuancée, notamment depuis les avancées de la chimie, permettant à la médecine de penser le corps en termes de molécules, niveau élémentaire de la matière et donc de l'entière du corps humain. On notera aussi la prise en compte croissante des maux que l'on qualifie de « psychosomatiques », ou *psyché*, l'esprit sera compris comme ayant une influence sur *soma* le corps. Reste un héritage cartésien qui conditionne encore aujourd'hui la manière de procéder de la biomédecine et que l'on peut encore observer à l'heure actuelle dans l'hyper-spécialisation des praticiens en spécialités répondant chacune à une partie du corps ou à une pathologie spécifique.

On comprend alors d'autant mieux la place que peuvent occuper les thérapies alternatives, ces pratiques reposant sur une intrication fine du physique, du mental et du social. Lorsque le GNOMA-SNAMAP propose comme interprétation du zona, un sentiment de culpabilité provenant d'un manquement ressenti dans sa sphère sociale (je suis un mauvais parent...), le groupement propose en fait de dresser des correspondances, sur un modèle analogique nous l'avons vu, qui serait impensable en biomédecine. Ces correspondances s'étendront d'ailleurs hors du corps de la personne, puisque les traitements énergétiques proposeront de remédier à ces déficiences via le rééquilibrage d'une énergie conçue comme la glaise originelle de toute matière. Là où la biomédecine aura tendance, dans sa conception de la personne, à découper le corps afin de pouvoir

mieux cibler, et donc traiter les pathologies, les médecines alternatives tendront à relier le plus possible les différentes composantes de l'humain, d'abord entre-elles, mais aussi avec des ordres de grandeur différents, la pathologie étant alors conçue comme un déséquilibre dans cet grand ordre des choses.

Nous pouvons à présent comprendre les allers-retours effectués par les patients, non plus seulement comme une alternance entre la sûreté de la biomédecine et l'échappatoire offerts par les thérapies alternatives, mais comme le recours à deux logiques opposées et complémentaires.

On peut alors se demander ce qui pourrait pousser les patients à se référer à une logique telle que celle proposée par le magnétisme. Wunenberg qualifie en effet les médecines alternatives de « signal d'alerte » et de « miroir inversé » (p.82), des erreurs de la médecine allopathique. Dans sa compréhension, ce seront donc bien des manquements présents dans le système rationnel et positiviste, qui seront à l'origine du recours aux médecines alternatives.

Parmi ces manquements, on trouvera ce que Wunenberg qualifie de « déshumanisation ». Ce que l'auteur entend par ce terme, c'est cette vision du corps comme une machine, découpée en parties distinctes qu'il faut soigner individuellement, négligeant le « spectre global des antécédents, sensibilités, fragilités, dégradations de la santé d'un patient » (p.103). Wunenberg ajoute à cela l'opacité du vocabulaire médical, présent lors de la batterie de tests que le patient devra parfois passer. La consultation sera alors parfois pour la personne malade, une expérience le privant d'une compréhension fine de sa propre maladie et du rôle d'acteur dans son processus de soin.

Je trouverai un exemple de ce ressenti lors de ma rencontre avec Paula, la personne dont j'assistais au soin par Céline et présente lors de la seconde vignette du premier chapitre de ce mémoire. Paula m'expliquait avoir été, il y a quelques années de cela, malade d'un cancer, et que c'est justement afin de remédier aux brûlures causées par le traitement par radiothérapie, qu'elle fera pour la première fois appel au don de Céline. Elle m'expliquera à ce sujet avoir eu une très mauvaise expérience avec son oncologue, et se plaindra notamment de son manque de communication et d'humanité. Elle le décrira comme rencontrant extrêmement peu ses patients et se montrant détaché vis-à-vis d'eux, ne prenant même pas la peine de la prévenir sur les brûlures causées par le traitement par rayon. Mon interlocutrice me fera ce récit en me le présentant comme une des raisons pour lesquelles elle se tournera vers un recours aux médecines alternatives.

On trouve aussi des traces de ce discours dans certains travaux menés dans le domaine de la médecine, par exemple dans la thèse en médecine de Manon Maribel « Comprendre le recours aux "coupeurs de feu" après radiothérapie : entretiens avec des généralistes et oncoradiothérapeutes » (2021). Maribel s'intéresse dans sa thèse aux discours des patients sur les manquements notés chez les praticiens conventionnels (p.33-34). Elle relève alors quatre critiques principales : tout d'abord un manque de communication quant aux effets secondaires de la radiothérapie, un peu sur le même mode que ce que décrit par Paula, doublé d'un manque d'explicitation du vocabulaire médical. Deuxièmement, Maribel souligne un « manque de disponibilité » du corps médical, elle cite à cet effet un médecin rencontré dans le cadre de sa thèse qui lui expliquera que :

« La médecine malheureusement c'est du ren... de la rentabilité [...] tout ce qu'on va donner de bien est parfois euh bouffé par tout ce qu'on va pas donner, c'est-à-dire du temps notamment. Les coupeurs de feu, c'est pas des aides-soignantes qui viennent prendre soin pour faire la toilette, c'est une heure passée à avoir l'attention de quelqu'un avec beaucoup de douceur, de tranquillité, de sérénité. » (p.34)

Il y a ici une prise de conscience de la part de ce médecin, cité par Mirabel, d'un impératif de rentabilité présent au sein de la médecine, lequel provoquera un manque de temps dans le soin accordé au patient. La troisième critique rapportée par la thèse porte quant à elle sur la difficulté de la médecine conventionnelle à considérer le patient dans sa globalité. Une critique portant donc sur le manque d'aspect holiste de la biomédecine, que Mirabel illustre par la citation d'un autre médecin :

« Oui oui bon ben voilà, vous avez un cancer, donc bon votre brûlure c'est pas grave. » (p.34)

On reconnaît ici la décomposition du patient en entités distinctes, qu'il faudra soigner, parfois au mépris des dégâts causés à d'autres parties du corps du patient. Finalement, la dernière critique portera sur le manque d'efficacité de la médecine à guérir certains maux, aspect avec lequel le lecteur de ce mémoire sera déjà familier. Mirabel cite alors divers témoignages de praticiens bien conscients de la difficulté pour la médecine de traiter les brûlures causées par son propre traitement destiné à faire disparaître le cancer.

On retrouve alors dans ce travail issu du champ de la médecine, l'ensemble des reproches faits à la biomédecine et déjà énumérés par Wunenberg, nous éclairant sur la lucidité de la médecine allopathique envers ses propres insuffisances.

Il faut noter que Wunenberg ne dit pas que les manquements du domaine biomédical seraient de la responsabilité de médecins insensibles et peu scrupuleux. Il explique que nous vivons actuellement dans des sociétés où la demande en soins se fait de plus en plus importante, en raison du vieillissement de la population couplé à un mode de vie favorisant certaines maladies (cancer, migraines, dépressions). Le propos étant de souligner que la modernité, loin d'avoir réduit l'émergence de nouvelles pathologies, est elle-même génératrice de problématiques pesant de tout leur poids sur le champ de la médecine.

Cette constatation nous amène à la troisième et dernière sous-partie. J'aimerais ici traiter du concept de « modernité réflexive » tel que forgé par Ulrich Beck dans son ouvrage « la société du risque : sur la voie d'une autre modernité » (1986). Il sera, à travers l'utilisation de ce concept, possible de considérer ce qui permet aux médecines alternatives d'opérer dans les marges d'une biomédecine désireuse de remédier à ses propres imperfections.

3.3 : Les gares de triages de la biomédecine

Ulrich Beck, sociologue suisse ayant travaillé à l'université Louis-et-Maximilien de Munich ainsi qu'à la London School of Economics, dresse dans son ouvrage de 1986, le portrait de ce qu'il nomme la « modernité réflexive ». Selon Beck, ce concept doit se comprendre comme un processus, celui d'une « modernisation réflexive de la société industrielle » (p.337). Cette société industrielle, décrite comme ayant supplantée les modes de travail et d'existence de la société féodale, sera en effet sujette à une auto-critique croissante au cours du XXe et XXIe siècle, donnant lieu au « désenchantement de la légende inventée au XIXe siècle » (p.337).

Ce désenchantement, ce doute, s'appliquera alors à différents pans de la société tels que les classes et strates sociales, le modèle familial, les modèles du travail, et c'est cela dont je veux traiter, du modèle scientifique. Beck distingue en effet deux configurations distinctes du domaine de la science, la « scientificisation simple » et la « scientificisation réflexive » (p. 341). Dans le premier processus la science est appliquée au monde naturel et sociétal. Elle s'emploie alors à comprendre et résoudre les problématiques telles que la compréhension des lois universelles, le traitement des maladies et l'exploitation des ressources naturelles. Dans un tel modèle, les experts détenaient l'entière du pouvoir et, tout en appliquant un esprit critique au sein de leur propre discipline, exerçaient une grande autorité quant à la validité de leur savoir envers les profanes. La science est

alors présentée comme forte de ses succès et dans une position dominante vis-à-vis de l'opinion publique.

On trouve cependant, et ce dès le début du XXe siècle, une critique qui ira *crescendo* et dont le propos sera de souligner les insuffisances de la science. Ce travail de critique sera notamment mené par la sociologie et la philosophie des sciences via les travaux de chercheurs tels que Karl Mannheim ou Karl Popper au début du XXe siècle. Ce dernier s'attaque notamment, via son « principe de falsification »⁴⁸ à la propension de la science à énoncer des vérités. Pour Popper, la science devra porter un souci particulier à ne pas manier des « vérités » mais des hypothèses, tout en travaillant à la réfutation de ses propres résultats. Beck soulignera à cet effet qu'il ne s'agit ici que de la continuité logique de l'entreprise de la science, cette fois-ci appliquée à elle-même, la rendant alors elle-même objet de sa propre méthode, via cette critique effectuée entre les différents champs composant le domaine.

Cette remise en cause de la méthodologie et des prétentions de la science se doublera alors de ce que l'auteur de « la société du risque » qualifie de « féodalisation de la pratique scientifique ». Il faut comprendre que si, à la suite de la critique des philosophes et des sociologues, la science a assisté à une dissolution de son monopole sur la vérité, la rendant sujette à une instrumentalisation par le champ du politique et de l'économie. Il est en effet vital pour les politiciens et les économistes de justifier de leurs décisions par le recours à des résultats scientifiques, qui deviennent alors de simples outils dans le débat public. La science dévient alors de son objectif originel de recherche de la « vérité » pour se trouver au service de « vérités » plurielles. Beck qualifie ce processus comme le « déplacement de la prétention à la connaissance vers des instances externes ». On assistera alors à un débat public où les découvertes scientifiques seront mobilisées les unes contre les autres afin de servir des visées politiques contradictoires. Menant, à terme, à la mise en exergue des contradictions internes au domaine, et soulignant alors les manquements de la médecine et sa propension à générer de nouvelles problématiques.

Beck donne l'exemple du débat écologiste, car si les mouvements de protection de la nature existent depuis les débuts de l'ère industrielle, la mise en lumière par la science de nouvelles problématiques et leur entrée dans le débat public a pu révéler les dégâts à grande échelle de l'industrialisme sur l'environnement. Exposant au regard de tous, les conséquences amenées par les nouveaux moyens pour exploiter les ressources naturelles, nouveaux moyens permis par les avancées technologiques. La science est alors décrite par Beck comme « cause (partielle), médium de définition et source de

48 Popper, Karl, 1934, *La logique de la découverte scientifique*, Payot.

solution des risques » (p.341), à la fois cause des problèmes environnementaux, mais aussi capable de les mettre en lumière et disposant des moyens de tenter de les résoudre.

L'enjeu sera alors pour la science de tenter de résoudre les problèmes qu'elle aura parfois elle-même causée, tout en essayant de ne pas en créer de nouveaux, c'est ce que Beck nommera les « gares de triages » (p.394) des problèmes. Afin de remédier, par exemple, à la pollution causée par l'agriculture intensive, décidera-t-on de poursuivre l'usage de pesticides ? Il faudra alors mener des études sur les moyens de réduire leur nocivité sur les humains et les animaux, ce qui amènera à des expérimentations animales, menant à l'instauration d'un débat sur les droits des animaux. On pourra aussi se tourner vers une agriculture « responsable », il faudra alors mener des recherches sur les moyens d'exploiter les sols sans les appauvrir, voire réfléchir à la manière de changer les modes de consommations de nos sociétés. La science devra alors, en accord avec les champs du politique et de l'économie réfléchir à ces « aiguillages vers des avenir sociaux différents » (p.395), où il faudra pondérer les risques et les bénéfices à court et à long terme.

On peut alors se demander s'il ne serait pas pertinent d'appliquer la description que donne Beck de la situation actuelle de la science, et des choix auxquels elle est confrontée, à la situation du champ médical vis-à-vis des praticiens alternatifs.

J'ai pu décrire dans ces pages certaines critiques ayant pu être formulées à l'encontre de certains aspects de la médecine, par exemple dans la critique formulée par Wunenberg sous le terme de « déshumanisation », ou lorsque j'ai mobilisé le livre d'Annemarie Mol et son plaidoyer pour une « logique du *care* ». Ce n'est ici qu'une minuscule partie des recherches ayant pu être menées par les champs de l'anthropologie, de la philosophie ou de la sociologie, sur la manière de pratiquer la médecine dans nos sociétés. Ces recherches qui seront alors parfois mobilisées par le champ du politique. On se souvient par exemple de l'utilisation du terme de *care* par Martine Aubry en avril 2010, dans un entretien donné à Médiapart où la politicienne avait plaidé pour « une société du bien-être et du respect, qui prend soin de chacun et prépare l'avenir » et fustigé « le matérialisme et le tout-avoir »⁴⁹. On constate alors, à la manière de Beck, de nouvelles problématiques semblant émerger, soulevées par certains champs de la recherche, mais aussi, nous l'avons vu par des praticiens des médecines alternatives ainsi que par certains patients, à l'encontre de ce pan de la science qu'est la médecine. Problématiques qui pourront alors être remobilisées dans l'espace public notamment via le discours politique

49 URL: https://www.lemonde.fr/politique/article/2010/05/14/la-societe-du-care-de-martine-aubry-fait-debat_1351784_823448.html

Mon propos serait de considérer les enjeux actuels auxquels se trouve confrontée l'institution médicale et les voies d'aiguillage qui s'offrent à elle.

J'ai déjà pu décrire la façon dont le soin des brûlures, par les guérisseurs, était toléré par les médecins en raison de leur propre manque d'efficacité sur ce type d'affliction. Cette tolérance pouvant aller jusqu'à la coopération entre ces deux types de praticiens au sein même d'établissements hospitaliers. Clémentine Raineau (2012) et Fanny Charasse (2018) décriront d'ailleurs qu'au sein de ces hôpitaux, ce seront précisément les praticiens de la radiologie interventionnelle⁵⁰ qui seront les plus enclins à faire appel à des coupeurs de feu. Précisément pour la raison qu'ils seront conscients des nouvelles problématiques causées par cette méthode utilisée pour traiter le cancer. L'intérêt porté par les médecins au soin des brûlures, et tout particulièrement aux brûlures causées par leur propre pratique, pourrait alors se comprendre sous l'angle d'un effort de la médecine de réfléchir à de nouvelles manières d'appréhender ses « gares de triage » des problèmes. Les coupeurs de feu représentant alors un moyen apparemment efficace, de traiter un effet secondaire de la radiothérapie, effet, de plus, immédiatement constatable via sa dimension visuelle, et surtout, ne créant pas, a priori, de nouveaux problèmes.

On pourrait ajouter à cela les critiques concernant l'aspect déshumanisant de la médecine moderne, amenant peut-être à une plus grande tolérance des médecins quant à l'envie manifestée par les patients de recourir à des pratiques alternatives. Les magnétiseurs et les coupeurs de feu répondant différemment à cette problématique, les premiers donneront un sens à la maladie en lui donnant une explication souvent ancrée dans la vie sociale du patient, lui redonnant alors une agentivité au sein de son parcours de soin. Les coupeurs de feu quant à eux, de par leur soin ancré dans la sphère intime et dans des réseaux d'interconnaissance proche, pratiqueront un soin du « chaud » sur le mode du premier secours. Cette tolérance prenant fin lorsque le modèle conceptuel du soin deviendra trop prégnant et risquera d'interférer avec le discours et le traitement du médecin, expliquant les efforts du GNOMA-SNAMAP pour se placer dans les frontières de la médecine.

Il me semble alors que les changements survenus dans le positionnement de la médecine peuvent être conçus comme un effort de cette dernière pour corriger ses propres manquements. Le don du feu apparaissant quand à lui comme disposant de caractéristiques s'alignant parfaitement avec ce processus de « scientification réflexive » : placé idéalement pour ne pas entrer en conflit avec la biomédecine, que ce soit au niveau des afflictions traitées ou des soubassements conceptuels, et agissant sur un des points faibles de la biomédecine, le social et le sens. Comme l'explique Lola Yecora-Zorzano (2016) dans sa thèse de médecine, citée par Manon Maribel (2021) :

50 Le type de radiologie utilisée pour traiter les cancers.

« L'existence des guérisseurs n'est pas la survivance d'un obscurantisme ignorant mais l'expression d'une dimension constitutive de la maladie : son rapport au social, donc au spirituel et au sens. » (p.56)

L'exercice du don du feu a aussi l'avantage de ne pas présenter à première vue d'effets secondaires capables de générer de nouvelles problématiques, même si, comme le souligne là-aussi Manon Maribel (2021) :

« Si l'on s'intéresse aux risques possibles de l'intervention des coupeurs de feu, certains médecins interviewés mentionnent un risque premier : penser qu'il ne peut y avoir aucun risque. » (p.79)

Tout en conservant donc une certaine méfiance envers cette pratique opérant en dehors du cadre de la médecine allopathique, les médecins semblent à même de composer avec la pratique du don du feu, en raison des caractéristiques intrinsèques de cette technique, mais aussi en raison d'une auto-critique constitutive de la pratique de la science actuelle, critique dont la présence au sein du champ même de la médecine mais aussi dans le débat public, poussera les praticiens de la médecine conventionnelle à, eux aussi, œuvrer pour améliorer leur pratique du soin.

Conclusion

C'est suite à ces trois chapitres, chacun décrivant une forme de pratique de cette technique thérapeutique, que je conclue ce travail.

Au cours du premier chapitre, il m'a été donné la possibilité d'observer une pratique pouvant présenter diverses formes, tantôt une simple imposition des mains pouvant s'enrichir de gestes manuels et/ou d'une récitation, chaque élément nécessitant parfois d'être répété plusieurs fois au cours de l'acte, en fonction des utilisateurs ou des situations. Le premier chapitre m'a permis de comprendre cette diversité à la lumière du processus d'autoformation guidant l'apprentissage du don du feu, car si la technique est parfois transmise, alors accompagnée d'un *package* de recommandations pratiques et éthiques, le parcours effectué par le nouveau praticien relève bien de l'ordre de l'autodidaxie. Le coupeur de feu parcourt le chemin de son apprentissage en se basant sur ses ressentis, aiguisés via des modes d'attention corporels reposant sur la sensation du chaud et l'observation de symptômes, ainsi que sur les retours de ses patients. La constatation de l'efficacité, ou non, de sa pratique, lui permettant de déterminer les limites de sa compétence et les maux pour lesquels il peut s'estimer efficace. Le don du feu apparaît alors comme une technique disposant d'une tradition, largement documentée dans des ouvrages tels que ceux de Bouteiller (1987), Schmitz (2006) ou Laplantine (1978). Une tradition qui s'observe à travers les éléments qui constituent l'objet de la transmission, tels que la formule, les gestes ou les interdictions apposées à l'utilisation du don. Tradition toujours mâtinée d'un chemin individuel, particulièrement visible chez ceux de mes interlocuteurs qui se découvrent par eux même une capacité d'agir sur les brûlures. Capacité qui est, au cours de l'apprentissage, identifiée comme appartenant à cette technique traditionnelle du soin des brûlures par, a minima, l'imposition des mains.

Cette vision du don du feu comme une tradition réactualisée à travers une pratique empirique, qui apparaît comme « un morceau du passé taillé à la mesure du présent » pour emprunter les mots de Lenclud (2002), n'est en soit pas surprenante, mais elle nous permet de percevoir ce qui, dans la pratique de mes interlocuteurs, leur apparaît comme important. Le don, au-delà d'une pratique impliquant une certaine vision du monde, comme on pourrait le supposer à l'aune des références aux figures chrétiennes mobilisées dans les formules, se conçoit d'abord dans son rapport aux autres. Mes interlocuteurs, qui ne se qualifient pas de « coupeur de feu », mobilisent leur pratique

sur le mode du premier secours, la plupart du temps dans un cercle social restreint, la pratique ne leur apparaît que comme l'un des moyens d'exercer leur *care*. Ce qui prime n'est alors pas la fidélité à une cosmologie en particulier, le terme de « fluide » étant souvent utilisé pour me désigner plus un panel de ressenti qu'une certaine vision du monde, mais bien la recherche d'une efficacité accrue, qui s'obtient autant via la référence à la tradition, à travers le soin des verrues et du sang, que les expérimentations sur de nouveaux types de brûlures, telles que la « cuisson » de la piquûre d'abeille.

Un fonctionnement qui ne se retrouve pas dans la pratique de mon deuxième type d'interlocuteurs, ceux que je qualifie sous le terme de « magnétiseurs ». Ces derniers, praticiens d'une technique de soin alternative disposant d'un panel de représentations et des schèmes explicatifs du fonctionnement de l'univers, possèdent alors au sein de leur inventaire ce même don du feu, que celui que je retrouve chez les coupeurs de feu. Mêmété qui me sera affirmée principalement par les magnétiseurs, et qui ne me sera pas réfutée par les coupeurs de feu.

Cependant, le don du feu chez les magnétiseurs semble occuper une place quelque peu différente que chez les coupeurs de feu. En dotant la pratique du don du feu du concept de « magnétisme animal » et de « magnétisme spirituel », les magnétiseurs modifient la manière de pratiquer le soin des brûlures. Le processus d'autodidaxie est dans un premier temps remplacé par un processus de formation ancré dans diverses institutions disposant chacune de sa propre façon de pratiquer le soin et de nommer les ressources mobilisées par le praticien. Le parcours de Madame Suquet, une de mes interlocutrices, me donne ainsi à voir un magnétisme reposant sur les « ondes Tesla » et les « ondes scalaires ». Le magnétisme, à travers ces formations, lieux de savoir et d'échange entre praticiens, se dessine aussi comme une pratique que l'on discute, que l'on négocie, donnant matière à des interrogations, notamment sur un mode d'utilisation « néfaste » de cette énergie ou de sa présence en tel ou tel praticien. De tels questionnements tranchent avec la pratique observée chez les coupeurs de feu, qui ne seront désireux de savoir que s'ils peuvent ou non intervenir sur telle ou telle affliction.

En me penchant de plus près sur cette théorie du magnétisme, il m'est rendu possible de décrire une pratique fonctionnant sur un modèle analogique, selon les mots de Descola (2015), ayant pour objectif « l'équilibrage » des composants de la personne afin de remédier, de façon indirecte, à un état pathologique. Au cours de cette caractérisation, nous est explicitée la fonction explicative du malheur du magnétisme, qui présente comme déséquilibre à l'origine d'une maladie, des situations sociales ou existentielles dans la vie de la personne concernée.

La pratique du magnétisme, hautement conceptualisée, pratiquée sur un mode professionnel et opérant sur un discours dont le but sera de corriger la place de la personne dans son monde social, contrastera alors avec celle des coupeurs de feu qui se soucient peu du « pourquoi » de leur efficacité et n'accompagnent pas leur soin de commentaires explicatifs sur la brûlure traitée. Cela n'empêchera pas le don du feu d'avoir une place prédominante dans l'exercice du magnétisme, non pas en raison d'une plus grande « facilité », mais grâce à la possibilité, via l'exercice par le magnétiseur du soin des brûlures, de se prouver à soi-même sa propre efficacité. Le don du feu étant alors conçu par les magnétiseurs comme un témoin visuel de leur pratique, autrement localisée dans le domaine de l'invisible, et que les praticiens tentent régulièrement, via divers moyens, tels que le pendule, de ramener dans le champ du visible.

Le don nous est présenté au terme de ces deux chapitres comme une technique thérapeutique capable d'être subsumée autant à la pratique de premier secours telle qu'elle nous apparaît lorsque maniée par les coupeurs de feu, qu'à celle des magnétiseurs, hautement conceptualisée et s'inscrivant dans un rapport avec un patient en quête de réponse. Il m'a été possible de dégager diverses raisons qui permettront au don de feu de se développer au sein de ces deux écosystèmes de pratiques. Je pense principalement à l'immédiateté du don du feu, qui, en soulageant immédiatement la brûlure, permet d'avoir un retour immédiat sur le ressenti du patient et la confirmation de la compétence et de l'utilité du praticien. Le coupeur de feu s'assurant alors de la validité de sa pratique au sein de son cercle social et le magnétiseur ayant par là même la confirmation de la validité pratique de sa théorie. S'ajoute alors à cela la nature du mal soigné par le don du feu, qui concerne des affections situées à la surface du corps humain, qui permet de doubler la confirmation de la disparition de la douleur par le patient, d'une vérification visuelle.

Cette thématique d'un don du feu disposant des caractéristiques nécessaires pour évoluer entre plusieurs champs des techniques thérapeutiques alternatives, se poursuivra au cours du troisième chapitre. Nous avons pu dans ces pages, suivre les efforts menés par un collectif de praticiens du magnétisme afin de situer leur pratique dans les marges de la médecine institutionnelle. Le GNOMA-SNAMAP apparaît comme un groupement de thérapeutes pleinement conscients de la nécessité, pour les médecines alternatives, d'éviter toute confrontation directe avec le monde de la médecine allopathique. Refusant de poser tout diagnostic dans le sens médical du terme ainsi que de prescrire des médicaments ou d'interférer avec les traitements proposés par les médecins. Le don du feu se présente là aussi comme bénéficiant de caractéristiques lui permettant d'occuper une place spécifique, à l'interface des pratiques de soins alternatives et de la médecine conventionnelle.

Opérant sur un panel de maux difficilement traitables par la biomédecine, à savoir les brûlures, le don du feu, qu'il soit pratiqué par des coupeurs de feu ou des magnétiseurs, aidé par la rapidité de son action et l'incontestabilité de son action, trouvera sa place en marge de la pratique des médecins. Notamment aidé par un processus opérant au sein même du champ des sciences que je qualifiais de « scientificité réflexive » selon les mots de Beck (1986). Cette réflexivité qui se manifestera par un effort employé à trouver de nouvelles alternatives afin de résoudre des problématiques causées par la science elle-même, sans en causer de nouvelles.

Ce que ce mémoire m'a alors permis d'observer, au-delà de trois portraits de la pratique du don du feu, présentant chacun ses particularités. C'est une pratique disposant d'un mode de fonctionnement suffisamment minimal, une imposition des mains couplée à une intention de soigner, pour pouvoir être intégrée à différents modes de fonctionnement. En mobilisant un assemblage conceptuel moindre et conçu comme un aboutissement du *care*, pour les coupeurs de feu, et comme un outil supplémentaire dans l'arsenal des magnétiseurs, où elle est mobilisée pour servir la fonction explicative du malheur et les discours sur la place de la personne dans son univers produit par ces praticiens.

On observe aussi comment cette pratique est acceptée dans les marges de la biomédecine en tant que traitement des brûlures, ce type de blessure visible, nécessitant un soin immédiat, mais encore mal pris en charge par les moyens conventionnels. Je dois ici ajouter que je n'ai pas rencontré au cours de mon terrain auprès des professionnels de la médecine allopathique, de discours me plaçant le don des verrues ou le don du sang à la même place que le don du feu. Je me demande alors si ce triptyque sur lequel opère le don du feu, que l'on pourrait lexicaliser comme traitant un mal « incurable, urgent et visuellement observable », ne permettrait pas au don du feu d'occuper une place spéciale auprès de la biomédecine, au sein même des thérapies alternatives. Le don des verrues, bien que concernant une excroissance visible, ne nécessite pas une prise en charge rapide causant une douleur aiguë. Quant au don du sang, il concerne un mal visible et nécessitant une prise en charge immédiate, mais aisément solvable par la médecine allopathique. Il serait aussi possible d'envisager, comme me l'explique Céline, que ce traitement de l'écoulement du sang concerne un mal trop impressionnant, trop grave pour être pris en charge par une pratique de premier secours. Le don du feu apparaît alors comme se plaçant aussi dans une certaine bénignité, le rendant abordable pour le thérapeute alternatif. Le don du feu semble aussi bénéficier du fait que, à travers la radiothérapie, la médecine se rend elle-même responsable de brûlures, qu'elle cherche alors à résoudre, n'ayant pour l'heure pas trouvé de meilleurs moyens que le renvoi à des praticiens alternatifs maniant le don du feu. Les innovations techniques du champ de la médecine réactualisant alors le don du feu en lui donnant alors de nouvelles applications.

Le choix effectué dans ces pages, d'étirer mon objet anthropologique à travers les praticiens et les modes de pratiques, sera fait au prix d'une complexité et d'un degré de granularité fine de l'analyse qu'il m'aurait été possible d'atteindre si j'avais choisi de me concentrer sur un praticien ou un cadre de la pratique en particulier ; de nombreuses interrogations naissent alors de ce choix de multiplier les situations. Je pourrais par exemple m'interroger sur ces praticiens que les coupeurs de feu me décrivent comme « forts », à l'image de la mémé Chamailloux, ces guérisseurs qui, sans être des magnétiseurs, me sont décrits comme des experts du don. La rencontre avec de tels praticiens aurait pu apporter à mon mémoire une dimension supplémentaire et nous renseigner sur la place qu'occupent ces personnes ayant acquis une maîtrise élevée du don sans avoir à se référer au système de représentation du magnétisme. Il m'aurait aussi été possible de m'attarder plus longuement sur les formations de magnétisme et sur la façon dont cette pratique a pu subsumer le don du feu en son sein. J'ai pu présenter le magnétisme comme une pratique acceptant volontiers des emprunts de tous types de culture dans un processus que j'ai qualifié de « bris-collage ». Mais il me semble qu'il ne s'agit pas exactement du même type de processus lorsque l'on rattache une cosmologie exogène à son propre système de représentation que lorsque l'on dote une pratique empirique d'un système de fonctionnement sous-jacent, ce que je décris avec le cas du don du feu. Le champ de l'anthropologie de la médecine aurait aussi pu être plus longuement mobilisé, nous offrant une description détaillée du rôle des médecines alternatives, dans les choix qui s'offrent à elles dans leur quête de reconnaissance et de légitimation.

Reste un mémoire qui souhaite offrir une vision d'ensemble de cette technique thérapeutique, de ses origines ancrées dans une tradition du premier secours dans des campagnes en vide médical, mode sur lequel elle est encore pratiquée de nos jours, mais détachée de ses systèmes de représentations, pour donner une plus grande place à l'expérimentation et à son inclusion dans une théorie englobante de la personne. Le don du feu apparaît comme bénéficiant de ses caractéristiques élémentaire pour justifier de son importance aux yeux de ses praticiens et de ses bénéficiaires, s'offrant une place de choix au sein des débats actuels, même par rapport aux autres « dons », en raison de ces caractéristiques élémentaires. On se demande alors quels chemins s'offrent à cette pratique afin d'asseoir une véritable légitimité aux yeux du monde médical, si elle le juge nécessaire. La solution de réfuter « l'accusation de placebo », en testant, via des boîtes de pétri, comme a pu le faire le GNOMA-SNAMAP à une époque, l'action du magnétisme sur les cellules est-elle véritablement la porte de sortie de cette pratique de l'illégalité ? La médecine allopathique est-elle seulement disposée à tolérer une pratique disposant d'un tel bagage conceptuel, dont la cosmologie entre en confrontation directe avec les conceptions du monde occidental ? Il nous est

possible d'envisager que, peut-être, le don du feu trouvera son salut dans ce qu'il sait le mieux faire : prendre soin des autres, dans les interstices de la modernité.

Annexes

Charte du GNOMA-SNAMAP :

La charte du guérisseur magnétiseur

déposée à l'INPI sous la référence 167917-300603

Membres et Responsables du GNOMA et du SNAMAP Soucieux de garantir la sécurité de ses patients et de leur assurer le meilleur résultat possible, le Guérisseur- Magnétiseur s'engage à exercer son activité en respectant les principes fondamentaux cités ci-dessous.

1. Il ne formule pas de diagnostic. Il ne fait jamais suspendre un traitement médical en cours sans l'accord du médecin traitant et ne s'oppose pas à une intervention chirurgicale.
2. Il ne suggère jamais à son patient d'interrompre le suivi médical, les examens ou les investigations nécessaires à déterminer ou préciser la /les cause(s) de sa maladie.
3. S'il le juge nécessaire dans l'intérêt – et pour assurer la sécurité de son patient – il l'adressera à un médecin mieux à même de traiter son cas avec toute la compétence nécessaire.
4. Il ne divulgue les résultats de son intervention qu'avec l'assentiment de son patient.
5. Il est tenu de respecter le secret professionnel et d'observer la plus grande discrétion en toutes circonstances.
6. Il se fait un devoir d'apaiser, de soulager ou d'atténuer, jusqu'à l'extrême limite de ses moyens, la souffrance de ceux qui ont recours à lui.
7. Il prêtera son assistance et sa compétence – bénévolement si nécessaire – aux indigents, aux porteurs de handicaps et aux malades en phase terminale, à la demande ou sur les conseils du médecin traitant.
8. Il ne recevra pas en consultation et ne traitera pas les mineurs ou les déficients mentaux hors de la présence de leurs parents ou de leur tuteur légal.
9. Dans ses relations avec son patient, il restera sobre, honnête et de bonne foi. Il évitera dans son discours les allégations mensongères, les paroles maladroites ou nocives. Il ne bercera pas le consultant d'illusions trompeuses. Il s'interdira de faire appel à des superstitions. Il ne se livrera pas à la prévarication.

10. Dans l'exercice de sa profession, le guérisseur-magnétiseur ne surestimera ni ses compétences, ni ses possibilités. Cette attitude garantira à son patient l'innocuité de son action, celle-ci demeurant strictement complémentaire de l'acte médical.
11. Il devra préserver, discipliner et coordonner ses dons naturels, ses qualités intellectuelles et morales.
12. Il devra se mettre en conformité avec les obligations administratives du/des Etat(s) dans lequel/ lesquels il exerce son activité et s'astreindra à respecter les normes ou les statuts en vigueur.
13. Il se refuse à assimiler la profession de guérisseur-magnétiseur à une quelconque science occulte, à confondre son art avec celui des arts divinatoires ou de la parapsychologie.
14. Il s'engage sur l'honneur et sous serment à respecter les Statuts, le Code de Déontologie et les Règlements du GNOMA et du SNAMAP.
15. Primum, non nocere (d'abord ne pas nuire) telle doit être la devise du guérisseur-magnétiseur.

Bibliographie

Livres & Articles

Abbott, Andrew, 1988, *The system of profession: An essay on the division of labor*, University of Chicago Press.

Albert, Jean-Pierre, 2005, "Hérétiques, déviants, bricoleurs.", *L'Homme*, 173, 1 : p.75–95.

Amossy, Ruth, 2010, *La présentation de soi : Ethos et identité verbales*, P.U.F.

Augé, Marc ; Herzlitch, Claudine, 1983, *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des archives contemporaines.

Balthazar, Monique-Gabrielle, 1993, *Le magnétisme, le magnétiseur et le magnétisé*, Trajectoire.

Bastide, Roger, 1960, *Les religions africaines au Brésil : contribution à une sociologie des interprétations des civilisations*, Presses Universitaires de France.

Balandier, George, 1994, *Le dédale. Pour en finir avec le XXe siècle*, Fayard.

Balzac, Honoré de, 1833, *Le médecin de campagne*, Le livre de poche.

Beck, Ulrich, 1986, *La société du risque, sur la voie d'une autre modernité*, Champs essais.

Benoist, Jean, 1996, *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*, Karthala.

Bertrand, Aliénor, 2011, « Une critique anthropologique de l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, 104 : p.5-22.

Bensa, Alban ; Eric, Fassin, 2002, « Les sciences sociales face à l'évènement », *terrain*, 38 : p.5-20.

Bindi, Serena, 2012, « L' événement dans le domaine de la santé et de la maladie », *Mondes contemporains. Revue d'anthropologie sociale et culturelle*, Association ERASH.

Bouteiller, Marcelle, 1987, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Éditions G-P. Maisonneuve et Larose.

Callon, Michel ; Latour, Bruno, 1997, « Tu ne calculera pas ! Ou comment symétriser le don et le capital », *Revue du MAUSS*, 9 : p.45-70.

Camus, Dominique, 1995, *Rencontres au pays du magique: enquêtes sur les sourciers, voyants, guérisseurs, magnétiseurs, sorciers*, Flammarion.

Caron, Florian, 2011, « vérité de l'autodidaxie. Ethnographie de la transmission guitariste », *Ethnologie française*, 41 : p.531-539.

Chanal, Valérie, 2000, « Communautés de pratique et management par projet : A propos de l'ouvrage de Wenger », *M@n@gement*, 3 : p.1-30.

Charasse, Fanny

-2018 «Modernes parce que traditionnels ? », *Politix*, 123 : p.87–113.

-2019, «Le travail de l'énergie. » *L'Homme*, 230 : p.41–70.

Coquard, Benoît, 2019, *Ceux qui restent*, La découverte.

Csordas, Thomas J

-1993, « Somatic modes of attention », *Cultural Anthropology*, 8: p.135-156.

-1994, *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*, University of California Press.

De Certeau, Michel, 1984, *L'écriture de l'histoire*, Gallimard.

Delaplace, Gregory,

-2018, « Les fantômes sont des choses qui arrivent », *Terrain*, 69 : p.4-23.

-2011, « Enterrer, submerger, oublier : Invention et subversion du souvenir des morts en Mongolie », *Raisons politiques*, 41 : p.87-103.

Descola, Philippe, 2015, *Par-delà nature et culture*, Gallimard.

Dumazedier, Joffre, 1993, *Pour une sociologie de l'autoformation permanente*, Lyon : Voies Livres.

Ellenberger, Henri, 1979, *A la découverte de l'inconscient, histoire de la psychiatrie dynamique*. Fayard.

Fassin, Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique: anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, P.U.F.

Fainzang, Sylvie, 2010, « Du sens unique au sens interdit. Les malades et l'épreuve de la maladie », in Benaroyo, Lazarre & al. (dirs.), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France.

Favret-Saada, Jeanne, 1977, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard.

Frayssinet-Savy, Corinne, 2018, « Expériences sensorielles enfantines du flamenco. Contribution à une anthropologie du sentir », *Cahiers d'ethnomusicologie, Anciennement Cahiers de musiques traditionnelles*, 31 : p.153–168.

Friedberg, Erhard, 1993, *Le pouvoir et la règle*, Le seuil.

Gisel, Pierre, 1995, « Synchrétisme », in Gisel, Pierre (dir.), *Encyclopédie du protestantisme*, P.U.F.

Goffman, Erving, 1956, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Les Éditions de minuit.

Gordon, Marjory, 1979, « Concept of nursing diagnosis ». *Nursing Clinics of North America*, 14: p.487-495.

Harvey, Williams, 1990 (1628), *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*, Christian Bourgeois.

Haudricourt, André-George

-R. de Hetrelon (pseudonyme d'André-George Haudricourt et de Raymon Lafaille), 1954, « Essai sur l'origine des différences de mentalité entre Occident et Extrême-Orient », *France-Asie*, 100 : p.815.

-1962, « Domestication des animaux, culture des plantes et traitement d'autrui », *L'Homme*, 1 : p.40-50.

-1964, « Nature et culture dans la civilisation de l'igname : l'origine des clones et des clans », *L'Homme*, 1 : p.93-104.

-1978, « Écologie et agriculture asiatiques », *La Pensée*, 198 : p.131-132.

Hamayon, Roberte, 2019, « du “manque à voir” pour (faire) croire en “l’invisible” », *Archives de sciences sociales des religions*, 187 : p.191-210.

Heinich, Nathalie

-2013, « Avoir un don. Du don en régime de singularité », *Revue du MAUSS*, 41: p.235-240.

-2016, « L’art en régime de singularité : Quelques caractéristiques sociologiques de l’art contemporain », in Quemin, Alain ; Villas Bôas, Glaucia (dirs.), *Art et société Recherches récentes et regards croisés, Brésil/France* [en ligne], Marseille : OpenEdition Press. Retrieved August 26, 2021, from <https://books.openedition.org/oep/530?lang=fr>.

Herlitzch, Claudine, 1969, « Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale », *Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales*.

Houseman, Michael, 2003, « Vers un modèle anthropologique de la pratique psychothérapeutique », *Thérapie Familiale*, 24 : p.289-312.

Humphrey, Caroline ; Delaplace, Gregory, 2013, « Qu'y a-t-il de nouveau dans le néo-chamanisme ? Assemblages et identités flottantes à UlaanBaatar. », *Études mongoles et sibériennes, centrasiatiques et tibétaines*, D'une anthropologie du chamanisme vers une anthropologie du croire. Hommage à l'œuvre de Roberte Hamayon [hors-série] : p.87-107.

Jacob, Christian, 2007, *Lieux de savoir : Espaces et communautés*, Albin Michel.

Julliard, André, 1982, « Le Don du guérisseur. Une position religieuse obligée », *Archives de sciences sociales des religions*, 54 : p.43-61.

Jung, Carl Gustav, 1954, *The Practice of Psychotherapy*. Pantheon Books.

Laplantine, François, 1978, « Feu contre feu, terre contre feu », *Autrement*, 15: p.98-109.

Laplantine, François ; Rabeyron, Paul-Louis, 1987, *Les médecines parallèles*, P.U.F.

Le Breton, David, 2006, *la saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Métailié.

Le Meur, Georges, 1998, *Les nouveaux autodidactes, néo-autodidaxie et formation*, Sainte Foy : Presses de l'université Laval.

Lemieux, Cyril, 2018, *La sociologie pragmatique*, La Découverte.

Lenclud, George, 2002, « Qu'est-ce que la tradition », in Détiéne, Marcel (dir.), *Transcrire les mythologies*, Albin Michel.

Lévi-Strauss, Claude, 1962, *La pensée sauvage*, Plon.

Marcellini, Anne & al., 2000, "Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives : une éducation à un « autre corps » ?", *Corps et culture* [en ligne], 5, Retrived August 26, 2021, from <http://journals.openedition.org/corpsetculture/710>

Maribel, Manon, 2021, *Comprendre le recours aux "coupeurs de feu" après radiothérapie : entretiens avec des généralistes et oncoradiothérapeutes*, Thèse de doctorat en médecine générale, sous la direction de Ludovic Casanova.

Mary, André, 2000, *Le Bricolage africain des héros chrétiens*, Éditions du Cerf.

Mauss, Marcel

-1925, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, P.U.F.

-1950, *sociologie et anthropologie*, P.U.F.

- Levi-Strauss, Claude, « Introduction » : p.9-52.

- Mauss, Marcel, « Les technique du corps » : p.365-386.

- Mauss, Marcel ; Hubert, Henri, « esquisse d'une théorie générale de la magie » : p.3-141.

Merceron, Jacques E. 2019. « Sarcasmes, rancœur et regards croisés sur la médecine en milieu rural ». *Histoire Sociétés Rurales*, 51 : p.69–123.

Merleau-Ponty, Maurice, 1962, *phenomenology of perception*, Atlantic Highlands, New Jersey: The Humanities Press.

Mol, Annemarie, 2009, *Ce que soigner veut dire: Les patients, la vie quotidienne et les limites du choix*, Presses des Mines.

Pazderic, Nickola, 2004, *Recovering True Selves in the Electro-Spiritual Field of Universal Love* », *cultural anthropology*, 19 : p.196-225.

Perrin, Julie, 2011, « Le savoir-toucher du rebouteux. Réflexions autour d'un apprentissage sensoriel propre à une pratique traditionnelle de guérison en Suisse romande », in Adell, Nicolas ; Pourchez, Yves (dirs.), *Transmettre, quel(s) patrimoine(s)? autour du patrimoine culturel immatériel*, Houdiard Michel Eds : p.99-109.

Piéron, Henri, 1976, *La sensation*, Presses Universitaires de France.

Piette, Albert, 2012, *De l'ontologie en anthropologie*, Berg international.

Popper, Karl, 1934, *La logique de la découverte scientifique*, Payot.

Pouillon, Jean, 1991, « Tradition », in Bonte, Pierre ; Izard, Michel et al (eds.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F.

Pordié, Laurent ; Simon, Emmanuelle (dirs.), 2013, *Les nouveaux guérisseurs, biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*. Éditions EHESS.

- Micollier, Evelyne, « Un maître “ordinaire” de qigong en chine : entre innovation et transmission » : p.131-154.

- Schmitz, Olivier, « Des corps blessés aux corps agressés » : p.235-239.

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 en Anthropologie sociale et culturelle, sous la direction de Marc Augé, EHESS.

-2013, « 'Talking Fire out of Burns': Biomedical Transgressions and the Logic of Care. », *Medical Anthropology*, 32 : p.46–60.

Rice, Tom, 2010, « Learning to listen: auscultation and the transmission of auditory knowledge », *Journal of the royal anthropological institute*, 16 : p.41-61.

Selato, Bernard, 1991, « L'astrologie : Une science humaine ? », *L'Homme*, 119 : p.113-118.

Schmitz, Olivier

-2006, *Soigner par l'invisible: enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*, Imago.

-2011, « Les points d'articulation entre homéopathie et oncologie conventionnelle », *Anthropologie des soins non conventionnels du cancer* [en ligne], 2. Retrieved August 26, 2021, from <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.701>

Stepanoff, Charles, 2019, *Voyager dans l'invisible : Techniques chamaniques de l'imagination*, Empêcheurs de penser en rond.

Tronto, Joan, 2009, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La découverte.

Weidner Maluf, Sonia, 2007, « Des mythes collectifs et des récits personnels : guérison rituelle, travail thérapeutique et émergence du sujet dans les cultures du Nouvel Âge », *ethnographiques.org* [en ligne], 14. Retrieved August 26, 2021, from <https://www.ethnographiques.org/2007/Maluf>.

Wenger, Etienne ; Lave, Jean, 1991, *Situated learning : Legitimate peripheral participation*, Cambridge University Press.

Wenger, Etienne, 1998, *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge University Press.

White, Harrison, 1970, *Chains of Opportunity*, Harvard University Press.

Wunengurger, Jean-Jacques, 2008, *Imaginaire et rationalité des médecines alternatives*, Les Belles Lettres.

Yecora-Zorzano, Lola, 2016, « S'expliquer la maladie: le recours aux guérisseurs révélateurs de la question du sens », *Faculté mixte de médecine et de pharmacie*.

Zempléni, Andras, 1976, « La chaîne du secret », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 14 : p.313–324.

Pages web

Article L372—Code de la santé publique—Légifrance. Retrieved August 26, 2021, from https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006693011/1953-10-07

Association CORDAE/La Talvera | Centre Occitan de Recherche, de Documentation et d'Animation Ethnographiques. Retrieved August 26, 2021, from <https://talvera.org/>

Association loi 1901: Tout ce qu'il faut savoir en 8 points. LegalPlace. Retrieved August 26, 2021, from <https://www.legalplace.fr/guides/association-loi-1901/>

DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles. Ministère des Solidarités et de la Santé. Retrieved August 26, 2021 <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Retrieved August 26, 2021, from <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=br%C3%BBlure>

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Retrieved August 26, 2021, from <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=infection>

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Retrieved August 26, 2021, from <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=inflammation>

Dysphorie. In Wikipédia. Retrieved August 26, 2021, from <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Dysphorie&oldid=181492668>

IGA - Institut de Géobiophysique Appliquée. Retrieved August 26, 2021, from <https://iga-asso.fr/qu-est-ce-que-la-geobiophysique>

INREES | L'extraordinaire dans nos vies. Retrieved August 26, 2021, from <https://www.inrees.com/>

Présentation et objectifs du GNOMA. GNOMA-SNAMAP. Retrieved August 26, 2021, from <https://gnoma-snamap.fr/gnoma-2/>

Présentation et objectifs du SNAMAP. GNOMA-SNAMAP. Retrieved August 27, 2021, from <https://gnoma-snamap.fr/snamap-2/>

“La ‘Société Du Care’ de Martine Aubry Fait Débat.”. Retrived August 26, 2021, from https://www.lemonde.fr/politique/article/2010/05/14/la-societe-du-care-de-martine-aubry-fait-debat_1351784_823448.html

Larousse, Édition. Définitions : Anamnèse – Dictionnaire de français Larousse. Retrived August 26 , 2021, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anamn%C3%A8se/3248>

Larousse, Éditions. Définitions: Idiosyncrasie - Dictionnaire de français Larousse. Retrieved August 26, 2021, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/idiosyncrasie/41446>

Le zona (et les magnétiseurs). GNOMA-SNAMAP. Retrieved August 26, 2021, from <https://gnoma-snamap.fr/le-zona-et-les-magnetiseurs/>.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). Retrived August 26, 2021, from https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014/