

Université Paris 8 – École Doctorale Sciences Humaines et Sociales

Thèse pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN SOCIOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement par

Maï LE DÛ

***Toucher pour soigner.***

***Le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe :***

***un nourrisson entre de bonnes mains.***

Sous la direction de Dominique MEMMI, Directrice de recherches au CNRS.

Soutenue le 9 mai 2017

JURY :

- BENSA Alban, directeur d'études en anthropologie, EHESS, Paris
- CARRICABURU Danièle, professeure des universités en sociologie, Université de Rouen
- MAFFI Irene, professeure en anthropologie, Université de Lausanne
- MEMMI Dominique, directrice de recherches en sciences sociales, CNRS, Paris
- PRUVOST Geneviève, chargée de recherches en sociologie, CNRS, Paris



**Mots-clés :** toucher – soin – nourrisson – individuation – médecines alternatives – ostéopathie.

**Résumé :**

Cette recherche traite de l'évolution, en France, depuis les années 1950, du rapport au toucher des corps dans le soin aux nourrissons. Elle est réalisée à partir d'une enquête de terrain menée auprès de plusieurs centaines de jeunes mères et de nombreux praticiens : guérisseurs traditionnels, ostéopathes et médecins.

Notre société est marquée par l'accentuation régulière du processus d'individuation interdisant progressivement le toucher des corps y compris dans l'univers médical. Dans notre analyse nous distinguons deux formes de toucher répondant à des attentes différentes et aux enjeux nettement distincts. Le premier est un toucher « manipulation », intrusif, enjeu de domination entre soignant et soigné. Le second est un toucher « affectif », mêlant contact corporel et affect, impliquant la maîtrise des pulsions au sein d'une civilisation de plus en plus régie par un fort autocontrôle libidinal.

Dans le cas du soin au bébé, ces deux facettes du toucher ont évolué selon une trajectoire inversée : le toucher manipulateur, longtemps jugé indispensable, a été progressivement discrédité à partir des années 1970 jusqu'à être condamné à partir de la décennie 90. Dans le même temps, le toucher contact, selon une dynamique exactement inverse, est passé de la stigmatisation à la valorisation.

Dans ce contexte, l'ostéopathie apparaît comme une voie de compromis entre des injonctions sociétales contradictoires : toucher mais sans entrer, être efficace mais avec douceur, agir rapidement mais en prenant le temps de l'écoute des mots et des maux, s'impliquer personnellement tout en gardant une distance professionnelle, et, par-dessus tout, s'adapter à l'individualité du patient en tenant compte de son contexte global familial, économique et émotionnel. Le succès de cette pratique et de ce type de toucher met en lumière des attentes sociales complexes et sophistiquées et au-delà d'elles, un ensemble de représentations du corps de la personne à « accompagner ».



**Keywords :** touch – care – infant – individualisation – médical alternatives – osteopathy

**Abstract :** **The healing touch. The traditional healer the physician and the osteopath. An infant in good hands.**

The purpose of this research is to study how caregivers in France have evolved since the 1950s in the way they touch a patient's body, especially in the case of infants. It is based on a multi-centred field survey of young mothers and practitioners: traditional healers, osteopaths and physicians.

Our society is marked by the steady rise in the process of individuation which increasingly forbids us from touching one another, even in the medical environment. To analyse this process, we distinguish two forms of physical manipulation that respond to different expectations with regard to distinctly different issues. The first is an intrusive "manipulative" touch, whereby a relationship of domination between the caregiver and his/her patient is established. The second is an "affective" touch mixing body contact and warmth, implying control of the drives within a civilization which is increasingly governed by a strong libidinal self-control.

In the case of baby care, these two facets of touch have evolved in France following a reverse trajectory: the manipulative touch, long considered essential, has been progressively discredited since the 1970s leading to its condemnation in the 1990s. At the same time, the contact touch, following an exactly opposite dynamic, has gone from stigma to valorization.

In this context, osteopathy appears to be a way achieving a compromise between contradictory societal injunctions: touching without penetrating, being effective while being gentle, acting quickly while taking time to listen to the patients' claims, getting involved personally while maintaining a professional distance and, above all, adjusting to the individuality of the patient, while taking into account the overall family, economic and emotional contexts. The success of this approach highlights a series of complex and sophisticated popular expectations and, beyond them, a set of representations regarding of the body and the patient's identity.



*« À sa manière d'accueillir le nouveau-né, une société révèle ses ressorts profonds, sa conscience de la vie. »*

Jacques Gélis, *L'arbre et le fruit*, 1984

*« Les idées nouvelles sont filles de l'Esprit du temps, de l'héritage reçu et acquis, mais peut-être d'abord des énigmes inscrites dans le corps avant d'être symbolisées puis reprises par le travail de l'intellect. »*

René Kaës





## Remerciements

Merci à Dominique Memmi pour m'avoir ouvert grand sa porte alors que j'y avais timidement frappé, arrivant de nulle part, juste équipée de ma curiosité et de mon furieux désir d'apprendre. Sa main toujours tendue, son soutien sans faille, son incroyable disponibilité, sa délicate humanité m'ont permis de venir au monde de la recherche et de lentement grandir jusqu'à poser ce travail qui est, pour moi, bien plus qu'une thèse.

Merci à Claudie Haxaire, ma toute première enseignante en ethnologie, qui m'a donné l' « envie ».

Merci à Marie-France Morel, Paul Cesbron et tous les amis de la Société d'Histoire de la Naissance pour avoir répondu à toutes mes sollicitations tout au long de ma recherche.

Merci aux amies sages-femmes parmi lesquelles Chantal Birman, Farida Hammani, Jacqueline Lavillonnière, Laurence Platel, Hélène Sautriau, répondant toujours dans la minute à mes questions les plus insolites.

Merci aux femmes et aux praticiens de tous horizons qui m'ont accueillie pour répondre à mes questions et observer leurs pratiques.

Merci à Marika et Michael pour leur aide précieuse tout au long de ma recherche.

Et Jeanne, bien sûr.

Et puis...

Merci à ma mère à qui – et j'ignorais à quel point jusqu'à ce que ce travail me le révèle – je dois d'être ce que je suis. Son toucher et ses mots m'ont donné cette inébranlable confiance en la vie.

Merci à mon père, correcteur et infatigable conseiller sans qui je ne serais pas venue au bout de ce travail.

Merci à Jb, pour cet intense épisode de vie partagée.

Merci à mes fils pour l'enseignement de la vie qu'ils me donnent à chaque instant, depuis leur arrivée dans ce monde, avec des surprises toujours renouvelées...



Toucher pour soigner.

Le toucheur traditionnel, le médecin et  
l'ostéopathe :  
un nourrisson entre de bonnes mains.



# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>9</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>13</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>21</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>23</b>
<b>PROLOGUE</b> .....	<b>25</b>
<b>Genèse de la problématique : le terrain comme évidence</b> .....	<b>27</b>
<b>De la pratique clinique à la recherche, un parcours initiatique</b> .....	<b>28</b>
La découverte d'un Nouveau Monde .....	29
L'éveil .....	30
Choisir un chemin, entre la technique et l'humain .....	31
D'un exotisme à l'autre .....	32
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>35</b>
<b>Problématique et sources</b> .....	<b>37</b>
<b>État du champ étudié</b> .....	<b>44</b>
Le toucher dans le soin : des recherches dominées par l'abord psychologique et l'évaluation de pratiques professionnelles. ....	44
Le toucher traditionnel : un champ historiographique complexe .....	47
Un monde médical hostile .....	49
Une ethnographie et une historiographie sporadiques .....	51
L'ostéopathie : une historiographie très professionnelle .....	55
Des ouvrages d'adeptes .....	55
Un objet peu encore exploré par les sciences sociales .....	57
<b>PREMIERE PARTIE : LE TOUCHEUR, LE MEDECIN ET L'OSTEOPATHE :</b> <b>TROIS BONNES FEES AU-DESSUS DES BERCEAUX</b> .....	<b>59</b>
<b>Chapitre 1 – Le toucher traditionnel: une médecine populaire à l'épreuve du temps</b> .....	<b>63</b>
Le contexte de Sablé-sur-Sarthe : une ruralité et une sédentarité propices à la pérennité des traditions .....	63
Une population sédentaire, des pratiques traditionnelles préservées .....	63

Une population locale issue des classes populaires-----	65
Une enquête menée auprès de mères, de toucheurs, de professionnels de santé et de gens d'Église -----	68
Pourquoi cette nécessité de recours complémentaire au parcours de soin conventionnel ?-----	72
Un recours massif à une pratique dissimulée -----	73
Un recours thérapeutique additionnel au parcours de soin conventionnel -----	82
Du « carreau et chapelet » à la colique : le spectre de la mort remplacé par la crainte de la douleur. -----	86
Un recours magico-religieux -----	92

## **Chapitre 2 – Une nouvelle venue dans le parcours de soins du nouveau-né :**

<b>l'ostéopathie-----</b>	<b>109</b>
Historique de la pratique : l'ostéopathie, entre art et technique-----	109
L'inspiration anglo-américaine : entre religiosité et naturalisme-----	109
Une démarche holistique -----	109
Fuir la violence de la médecine et l'empoisonnement des drogues-----	110
La rupture définitive d'avec la médecine conventionnelle -----	111
« Give me the age of God, and I will give you the age of osteopathy » -----	112
Du succès populaire à la succession frondeuse : la douloureuse émancipation de l'ostéopathie-----	113
Ostéopathie et pédiatrie : des destins liés -----	115
La France et l'ostéopathie -----	116
De l'exercice illégal à la loi de 2002 -----	116
Des pionniers d'avant la Grande Guerre à la douloureuse institutionnalisation des années 1950 -----	116
Un essor important mais fortement combattu (1980-2002)-----	117
2002 : L'autorisation d'exercer pour les non médecins ou la sortie de l'illégalité -----	118
Une démographie professionnelle qui s'envole -----	119
Le traitement médiatique de l'ostéopathie dans la presse écrite : un indice de popularité -----	120
Le rapport avec les médecins conventionnels : une tolérance difficile-----	122
Réalité du recours à l'ostéopathie: une grande inconnue des statistiques-----	124
Une structure de population proche de la population générale -----	126
Une pratique largement connue dans la population enquêtée -----	128
Une connaissance largement partagée par toutes les catégories socio professionnelles -----	129
Un recours fréquent -----	130
Un recours fréquent pour toutes les catégories sociales-----	130

La moitié des bébés précédents ont été examinés par un ostéopathe-----	131
Une « récurrence » incontournable-----	135
Un prix de consultation finalement peu dissuasif-----	136
Un conseil partagé entre les proches et les professionnels de santé-----	140

**Chapitre 3 – Analyse comparée de deux pratiques de soins aux nouveaux : le toucher traditionnel et l'ostéopathie ----- 145**

Récit d'observation des séances-----	145
La toucheuse-----	146
Le toucheur-----	150
L'ostéopathe-----	155
Le médecin-----	159
Analyse comparée des deux pratiques-----	161
Espace domestique, espace dédié-----	161
Les gestes et positions-----	164
Chasser l'invisible en se lavant les mains-----	164
L'espace, la main ou l'instrument-----	165
Écouter ses sensations-----	166
La relation soignant-soigné-----	167
Les indications de consultation : une permanence de la représentation traditionnelle du petit humain ?-----	167
Trouver le bon thérapeute : un réseau d'intimes-----	170
La rémunération comme élément de rationalisation ?-----	171
Dire l'invisible-----	173
L'implication personnelle-----	174
Le toucher pour accompagner l'humain en devenir : un baume apaisant pour les angoisses maternelles-----	175

***SECONDE PARTIE : TOUCHER POUR SOIGNER : ENTRE IMPENSABLE ET INDISPENSABLE----- 181***

**Chapitre 1 – Le toucher interdit : une tendance générale----- 185**

L'interdit du contact, hors du monde du soin-----	185
L'injonction hygiéniste-----	185
La crainte de la domination sexuelle-----	186
L'interdit de l'emprise par corps dans la famille-----	189
Les traces juridiques-----	189
Les pratiques françaises-----	191
Dans le monde-----	193

L'éviction du toucher direct dans le monde du soin-----	194
Le déclin de l'examen clinique -----	195
Les progrès de la technique -----	198
La protection de l'hygiène -----	200
Le respect de l'intimité -----	202
La manipulation du corps féminin à l'hôpital : une critique qui s'ébauche-----	206
Toucher le bébé : un privilège parental -----	208
Le triomphe du « puritanisme » -----	209

**Chapitre 2 – Toucher le bébé, entre prohibition du contact et hégémonie de la manipulation : un après-guerre scientifique et rationalisant----- 211**

Une longue tradition de séparation des corps des mères et des enfants -----	211
Les recommandations de « façons de faire » -----	212
Quand l'institution organise la séparation : les cellules Bridgman-----	215
La disqualification de l'allaitement maternel -----	215
La manipulation autorisée: une continuité entre traditions populaires et monde médical moderne (des années 1950 aux années 1990) -----	220
Une tradition ancestrale de manipulations invasives -----	220
Un paradigme anthropologique persistant: le statut liminal du nouveau-né -----	221
L'incroyable négation de la douleur du nouveau-né-----	223

**Chapitre 3 – Une époque de transition : disgrâce des manipulations et valorisation du contact (1970-1990) ----- 227**

Une première vague de résistance: les années 1970 -----	227
Les manipulations condamnées : des médecins marginaux au secours des bébés	227
Des précurseurs européens bien antérieurs-----	227
Une figure américaine déterminante : le pédiatre Terry Berry Brazelton -----	228
Les années 1970, l'expérience éprouvée -----	229
Bernard This : le précurseur du « changer la naissance pour que le monde change »-----	230
Frédéric Leboyer : le plaidoyer médiatique pour une naissance sans violence -----	233
Michel Odent : l'aventure de Pithiviers, du ressenti à la théorie -----	237
L'invitation au contact mère-enfant : la voix des psychanalystes -----	240
De grands ancêtres de la théorisation de l'organisation psychique du nouveau-né : Mélanie Klein et Donald Winnicott. -----	241
D'Esther Bick à Didier Anzieu, l'affirmation de l'importance du toucher -----	241
Des fourmis porteuses du changement: les sages-femmes -----	244
La rupture des années 1980 : une résistance qui s'organise-----	247



La reconnaissance de la sensorialité du bébé -----	247
L'introduction des « psychistes » dans les maternités -----	249
La reconnaissance du bébé comme être de « relation »-----	252
La mise en pratique : des soins alternatifs valorisant le toucher du bébé -----	254
L'accouchement à domicile -----	254
L'haptonomie, la « main » de la psychanalyse -----	255
L'ostéopathie -----	258
Pendant ce temps -----	258

**Chapitre 4 – Les années 1990 et l'inversion de la norme : un contact indispensable, une manipulation insupportable ----- 261**

De l' « accouchement » à la « naissance » : un glissement lexical significatif « de la cause des femmes à la cause des bébés » -----	261
Le contact mère-enfant comme nouvelle injonction -----	262
Des gestes manipulatoires désormais sous haute surveillance -----	265
L'explosion des pratiques valorisant le toucher-contact -----	268
Une demande partagée par les soignants et des patients -----	269
Une domination des corps féminins qui commence à être dénoncée -----	270

***TROISIÈME PARTIE : LES OSTEOPATHES : ENTRE MANIPULATION ET TOUCHER AFFECTIF, LE COMPROMIS.----- 277***

**Chapitre 1 – La Première génération : des kinésithérapeutes en quête d'un renouveau du toucher----- 281**

Retrouver un savoir-faire manuel -----	281
Guérir ! -----	284

**Chapitre 2 – Un toucher-manipulation adapté aux nouvelles attentes---- 287**

La revendication d'un toucher-manipulation savant-----	287
Une recherche de légitimation scientifique omniprésente -----	287
Une filiation avec la nature recherchée par tou-te-s -----	292
La logique mécanique versus la chimie : une recherche très actuelle -----	292
Avant et ailleurs : entre nostalgie et exotisme, le bon sens « premier » comme référence -----	298
Une physiologie magnifiée -----	300

**Chapitre 3 – Un toucher sensible et individualisé, dans le respect des limites imposées----- 303**

L'enveloppe corporelle respectée-----	303
Un toucher en accord avec la conception holistique de l'humain -----	309

Un toucher personnalisé, de personne à personne -----	311
Entre rationnel et irrationnel -----	313
<b>Chapitre 4 – L’écoute et la réassurance : une place laissée vacante par la médecine conventionnelle -----</b>	<b>315</b>
La peur persistante malgré la raréfaction de la mort -----	315
L’efficacité symbolique, une composante pleinement intégrée au soin ostéopathique -----	318
Une réponse à l’angoisse parentale -----	319
<b>Chapitre 5 – Identifier la cause du mal et la neutraliser : la double compétence de l’ostéopathe -----</b>	<b>325</b>
<b>Chapitre 6 – Agir sur la psyché par le corps : une place laissée vacante par la psychanalyse -----</b>	<b>329</b>
<b>CONCLUSION -----</b>	<b>339</b>
Le mouvement complexe d’évolution des manières de toucher -----	341
L’évolution du toucher entre les individus -----	342
Le nouveau statut anthropologique du nouveau-né : le bébé comme individu ----	350
L’importance de la perspective historique -----	351
L’apport à la recherche sur le toucher -----	351
Utilité des travaux pour le monde professionnel du soin et de la médecine -----	352
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----</b>	<b>355</b>
Ouvrages -----	357
Articles -----	363
Participation à des ouvrages collectifs -----	365
Articles de journaux -----	366
Textes officiels -----	367
Mémoires, thèses -----	368
Audiovisuel -----	369
Blogs et sites internet -----	370
Colloques -----	370
Références -----	371
<b>ANNEXES -----</b>	<b>373</b>
<b>Annexe 1 : QUESTIONNAIRE DE L’ENQUÊTE AU CHRU de TOURS -----</b>	<b>375</b>
<b>ANNEXE 2 : NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES -----</b>	<b>379</b>





## Liste des figures

Figure 1: Situation de la Sarthe et carte de la communauté de communes.....	64
Figure 2: Publicité issue d'un journal d'informations publicitaires sur du matériel de puériculture .....	103
Figure 3: Sachet placé dans le sous vêtement du bébé.....	104
Figure 4: Contenu du sachet, ici pattes de taupe.....	105
Figure 5: Contenu d'un sachet, ici les « dents de taupe », en fait crânes toujours trouvés par paires. ....	105
Figure 6: Document de recommandations accompagnant le sachet, fourni par le « taupier » .....	106
Figure 7: Évolution démographique des ostéopathes en France entre 2010 et 2015 (source : Registre des Ostéopathes de France) .....	120
Figure 8: Évolution du nombre d'articles sur l'ostéopathie dans la presse régionale et nationale entre 1988 et 2015 (source : europresse).....	122
Figure 9: Diagramme de flux de l'étude.....	126
Figure 10: La connaissance de l'ostéopathie par les patientes.....	128
Figure 11: Pratique de l'ostéopathie par les patientes pour elles-mêmes .....	130
Figure 12: Pratique de l'ostéopathie des patientes pour leurs bébés précédents : % de multipares ayant consulté un ostéopathe pour un enfant précédent.....	132
Figure 13: Projet de consultation des patientes pour leur bébé nouveau-né dans la population enquêtée .....	133
Figure 14: Projet de consultation pour ce bébé chez les femmes ayant déjà consulté pour elles mêmes .....	134

Figure 15: Projet de consultation pour ce bébé chez les femmes ayant déjà consulté pour un enfant précédent .....	135
Figure 16: Femmes ayant pour projet d'aller consulter un ostéopathe avec leur bébé: Le prix est-il un frein à la consultation ostéopathique ? .....	137
Figure 17: Impact d'un remboursement éventuel sur le projet de consultation chez les femmes l'excluant a priori .....	139
Figure 18: Sources de conseil pour la consultation de bébé chez un ostéopathe	141
Figure 19: Quels professionnels conseillent la consultation de bébé chez un ostéopathe ?.....	143
Figure 20: Nombre d'articles traitant de l'interdiction de la fessée aux enfants dans la presse nationale en France entre 1996 et 2014 .....	192
Figure 21: Nombre cumulé d'états ayant légiféré sur l'interdiction des châtimets corporels sur les enfants dans le monde.....	194
Figure 22: Évolution du taux d'allaitement maternel en France.....	218

## Liste des tableaux

Tableau 1: Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle	66
Tableau 2: Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2012 (source données INSEE)	67
Tableau 3: Nombre d'articles de presse régionale et nationale traitant de l'ostéopathie (source : europresse.com)	121
Tableau 4: Comparaison du PCS des femmes de l'étude et de la population générale	127
Tableau 5: Connaissance de l'ostéopathie en fonction de la PCS	129
Tableau 6: Pratique de l'ostéopathie en fonction de la PCS	131
Tableau 7: Projet de consultation en fonction de la PCS	136
Tableau 8: Femmes ayant pour projet d'aller consulter un ostéopathe avec leur bébé	138
Tableau 9: Impact du remboursement de la séance en fonction de la PCS	140
Tableau 10: Évolution du taux d'allaitement maternel en France	217





## **PROLOGUE**



Sablé-sur-Sarthe, département de la Sarthe (72), 2006:

« Depuis que je l'ai fait toucher, c'est bon, il pleure plus. Il avait le muguet, elle l'a fait passer ».

« C'est les dents qui la travaillent. Je vais aller la faire toucher ».

### **Genèse de la problématique : le terrain comme évidence**

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

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

Petit à petit, j'ai cru percevoir une certaine analogie entre cette pratique ancestrale, située en-dehors de la médecine conventionnelle, et le recours à une technique de soins appliquée aux nourrissons dont j'observais le développement récent et rapide au plan national : l'ostéopathie.

En effet, la tendance à la systématisation de la consultation en période postnatale, les indications de recours, le relatif « secret » autour de la démarche (*je ne le dis pas au médecin, il ne serait pas content*), mais aussi – et surtout peut-être – la mise en valeur du « toucher » qui prévient des douleurs, soigne, et guérit le bébé en dehors du champ de la médecine classique me semblaient de prime abord étrangement proches.

Habituée dès lors par cette question, je décidai de poursuivre plus avant mes investigations, sans objectif autre que d'assouvir ma curiosité et de mieux connaître l'univers mental des familles que j'accompagnais dans leur parcours de vie. Il me parut comme une évidence qu'apprendre à connaître leurs pratiques, leurs besoins, leurs habitudes, me permettrait d'accéder à une meilleure qualité de soin et à une plus grande proximité humaine, tellement nécessaire dans le rôle privilégié de « sage-femme de famille » que les jeunes parents me poussaient à assumer.

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

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

## **De la pratique clinique à la recherche, un parcours initiatique**

Réfléchissant aux origines du chemin qui me mena à cette recherche, la nécessité de remonter au début du parcours m'a semblé s'imposer. Il fallait bien, déjà, un œil

d'explorateur avide de connaître l'autre pour plonger dans l'univers médical et ses codes.

### **La découverte d'un Nouveau Monde**

L'entrée à l'école de sages-femmes fut déjà en soi un contact avec l'exotisme. Dix-huit ans, juste sortie d'un lycée de Brest et admise dans une école parisienne. Trois petites semaines à l'école à apprendre les rudiments de soins infirmiers sur des mannequins et bras en plastique, avant le grand saut en milieu hospitalier avec l'objectif, dès ce premier contact, de réaliser lesdits actes... Injections intramusculaires, intraveineuses, prises de sang, pose de perfusions, pansements. Toucher des malades de tous âges, tous sexes confondus, les voir nus, les voir souffrir, et mourir, aussi. Le hasard de la distribution des stages me fit débiter par le service de chirurgie plastique et réparatrice. Outre la découverte des plaies et des soins, il fallut me familiariser avec la structure de l'équipe. Comprendre qui se cachait derrière les badges bleus, rouges, les tuniques, les blouses, les pyjamas de bloc. Tout était codifié. Comprendre qui était hiérarchiquement supérieur à qui en repérant les tons de voix, les mots utilisés, les attitudes physiques. Les journées étaient structurées en rituels établis dont il fallait comprendre le déroulement, de la visite du matin par le Professeur suivi de son aréopage de disciples (externes, internes, chefs de clinique, surveillante et infirmières), à la pause-café et aux transmissions entre équipes. Subtilité des attitudes. Être là sans trop y être, tout écouter sans trop parler, demander à faire sans s'imposer. Et oser... Et puis il y eut le bloc, aussi. Un jour, le Professeur intrigué par cette petite élève sage-femme les yeux pleins d'étoiles vint me chercher personnellement pour venir au bloc opératoire ; il allait réaliser une plastie mammaire et pensait que cela touchait à mon domaine. Déjà, porter la tunique blanche me rendait fière comme Artaban (l'arrogance en moins, je n'en menais pas large tout de même), alors le pyjama bleu de bloc opératoire, avec le masque et les sur chaussures, j'étais aux anges ! Je fus rapidement plus proche des pommes que des anges lorsque le chirurgien appliqua son bistouri sur les traits dessinés sur la poitrine de la patiente et que perla un sang rouge vif, étincelant sous le scialytique... Mais tout était prêt pour accueillir mon malaise

prévisible. Un sucre avec quelques gouttes d'alcool de menthe, cela aussi faisait partie du rituel.

## L'éveil

C'est en quatrième et dernière année d'étude que j'eus mon premier « émoi » ethnologique : Barbara Glowczewski<sup>1</sup>, ethnologue, invitée par je ne sais quel hasard, vint nous parler de ses recherches sur les aborigènes d'Australie à propos de son livre « *Les rêveurs du désert* ». Un choc. Je me souviens avoir été fascinée par cette manière d'essayer de comprendre ce qui, selon notre manière d'apprendre dans le monde médical, aurait dû être jugé comme irrationnel et indigne de crédit.

Suivit un stage optionnel, que je choisis de faire dans une petite maternité des Côtes d'Armor malgré les railleries de mes collègues (« *n'oublie pas tes bottes* » « *il y a des maternités, là-bas ?* »). Le fossé n'aurait certainement pas été plus grand si je m'étais rendue dans un hôpital africain... Là, au moins, j'aurais été préparée à l'exotisme. Je me souviens d'emblée avoir été frappée par de subtiles différences au sein même des équipes hospitalières : alors qu'à Paris le personnel féminin rivalisait de frugalité pour le déjeuner, – constitué généralement d'une tomate et d'un yaourt –, et vantait ses efforts de régimes, ici les plateaux repas étaient non seulement copieux mais parfaitement assumés, et accompagnés de conseils culinaires tous plus caloriques les uns que les autres ! Les couleurs des visages, également, étaient différentes... du grisâtre parisien, nous passions ici à une palette joliment rosée, voire délicatement rouge, aidée en cela par les journées de repos passées « à la marée », au grand air de la baie de Paimpol. La vie tellement plus ... vivante !

Sur le plan professionnel, les pratiques obstétricales, le rapport aux patientes mais également le rapport des patientes à l'accouchement étaient totalement différents de ce que j'avais appris, vécu, et pour la première fois, j'étais confrontée au doute : tout ce qui m'avait été inculqué comme vérité absolue n'était donc peut-être finalement qu'une vérité parmi d'autres...

---

<sup>1</sup> GLOWCZEWSKI Barbara. *Les rêveurs du désert: aborigènes d'Australie, les Warlpiri*. Paris: Plon, 1989, 285p.

La fin des études fut plus difficile, le doute s'étant immiscé en moi. En entrant à l'école de sages-femmes, je n'avais aucune idée de ce qu'étaient la grossesse, l'accouchement, et je prenais ce qu'il m'était donné de voir et d'apprendre sans autre forme de recul. Mais désormais, j'étais en mesure de comparer et de constater que les façons de dire et de faire pouvaient être diamétralement opposées. Je remettais pour la première fois la doxa en question.

### **Choisir un chemin, entre la technique et l'humain**

Je me suis empressée de revenir travailler dans cette maternité sitôt mon diplôme en poche et j'ai observé... Observé en particulier le rapport à la douleur des parturientes, leur refus d'analgésie péridurale, que je n'avais jamais imaginé être possible dans mes quatre années de vécu hospitalier parisien (Nous étions alors, entre 1986 et 1991, à l'ère de la systématisation de l'anesthésie péridurale, la fatalité de la douleur ayant été, d'après la pensée dominante, enfin vaincue. C'est l'époque de l'accouchement sur rendez-vous au terme de 38 semaines d'aménorrhée et demi, avec la séquence Anesthésie-Déclenchement-Extraction instrumentale de rigueur...).

Curieuse de nature, avide d'apprendre, j'ai commencé par suivre un Diplôme Universitaire en échographie obstétricale, mais j'ai vite compris que l'étude du septum lucidum et autres structures cérébrales fœtales ne comblerait pas ma curiosité. En fait, c'étaient les gens, leurs émotions, leurs réactions, qui m'intéressaient. Sans interrompre ma pratique professionnelle hospitalière, je suivis une licence puis une maîtrise en sciences sanitaires et sociales, qui scellèrent définitivement mon intérêt pour les sciences sociales. Le module « sciences humaines » organisé par l'ethnologue Claudie Haxaire nous permit de rencontrer des acteurs passionnés de recherche, comme les ethnologues Françoise Loux et Jean-Pierre Castelin. Ce fut alors une évidence. C'était cette route que je souhaitais prendre. Comme pour terminer de me convaincre de mon orientation future, je choisis de profiter de mon stage de maîtrise pour réaliser un rêve professionnel : partir à la découverte d'un hôpital africain. Bénéficiant d'une structure de coopération décentralisée entre mon département d'exercice et celui du nord du Niger, je proposai de mettre mes compétences au service d'un projet de partenariat

entre les centres hospitaliers de Lannion (Côtes-d'Armor) et d'Agadez. Trois mois sur place pour étudier le système de santé local et réaliser un document de travail structurant le jumelage, dans le respect des besoins et attentes réelles des personnels locaux. Premier contact avec un autre continent, et avec des conditions extrêmes il faut bien le dire, étant arrivée le surlendemain du coup d'État de 1999 en saison chaude à tous points de vue (des militaires en armes sous 48°C à l'ombre de moyenne). Ce séjour fut un vrai choc à tous les niveaux, une immersion totale dans un milieu dans lequel je n'avais aucun repère fiable : les mots utilisés, les codes de salutation, d'alimentation, les conditions de vie matérielles et culturelles, la différence des sexes, le climat, la langue, la religion, les pratiques magiques, l'approche de la médecine... Rien n'était comparable. Pour ne pas paraître totalement retardée mentale, j'ai rapidement adopté une attitude d'observation silencieuse.

Là, j'ai vraiment compris ce que signifiait la différence culturelle...

De retour en France, je décidai donc fermement de poursuivre ma scolarité par un DEA, grâce à ma professeure qui trouva un arrangement institutionnel pour me permettre de m'inscrire dans un cursus ethnologique. Je travaillai alors sur ce qui m'interpellait depuis mon fameux stage de dernière année : la signification de la douleur de l'accouchement, avec pour terrain... Paimpol, mon lieu d'exercice du moment.

Là encore, je pense que ma candeur face à ce nouveau domaine, la recherche de terrain, fut un avantage. Novice et ayant peu de notions des débats méthodologiques – pourtant fort légitimes –, je n'eus même pas l'idée de m'interroger sur la pertinence de ma double situation de professionnelle ET d'enquêtrice, et je procédai avec enthousiasme à mes entretiens tout en exerçant mon Art.

### **D'un exotisme à l'autre**

La vie me poussa ensuite vers une autre région, la Sarthe, dans laquelle je m'installai en cabinet libéral après un passage de quatre années à l'hôpital de



Château-Gontier, en Mayenne (de 2003 à 2006). Je découvris donc, à l'occasion de mon départ de l'institution, ce nouveau monde de l'intimité des familles. La diversité des populations rencontrées fut une vraie opportunité pour réveiller l'ethnologue qui sommeillait en moi : pas moins de 18 origines ethniques différentes et tout le panel des « PCS » (Professions et catégories sociales) existantes se croisèrent dans mon cabinet idéalement situé aux portes d'un quartier populaire et tout proche du centre ville. Seule sage-femme à exercer en cabinet à cette période dans cette ville et ses environs, j'eus très vite le privilège d'être la sage-femme attirée d'une grande majorité de la population féminine requérant mes services : femmes sarthoises des quartiers populaires comme celles issues des souches aristocratiques locales, femmes immigrées primo-arrivantes du Maghreb, d'Afrique sub-saharienne, femmes de la communauté mahoraise, et même, mais c'est une autre aventure, moniales de l'Abbaye toute proche.

C'est en parlant de ma découverte du recours constant aux toucheurs à deux ethnologues lors d'une soirée amicale que je me rendis compte du possible intérêt de cette étude de terrain : toutes deux se montrèrent très intéressées et me suggérèrent d'en « faire quelque chose » afin de le partager.



## **INTRODUCTION**



## Problématique et sources

L'arrivée d'un nouveau-né est un événement considérable pour une jeune mère et pour la communauté dans laquelle elle survient. Événement ô combien banal au regard de la physiologie et de sa reproductibilité au sein de l'espèce, mais fait social majeur par les gestes et rites qu'il induit. Les études historiques et ethnologiques prouvent à quel point les soins apportés au petit humain sont chargés de représentation symbolique traduisant – entre autres – la façon de penser le corps dans une société. La permanence historique et l'universalité de la préoccupation sociale pour le soin au nourrisson fait de ces « façons de soigner » un miroir reflétant le rapport de l'individu au corps.

Étant confrontée quotidiennement à la diversité des pratiques de soins aux nouveau-nés et aux nourrissons du fait de ma pratique professionnelle de sage-femme, je me suis naturellement interrogée sur la richesse de cette pluralité des recours thérapeutiques sollicités par les jeunes mères. Cette diversité m'était apparue foisonnante au regard des nombreuses origines ethniques qui composaient la cohorte de mes patientes, mais un autre élément que j'avais jusque là négligé s'est peu à peu imposé à mon observation : ces façons de soigner évoluent rapidement et de nouvelles ressources thérapeutiques apparaissent et sont plébiscitées à mesure que la relation aux individus et à leur corps se modifie. Cette constatation, particulièrement flagrante en ce qui concerne les vingt années qui viennent de s'écouler, m'a semblé être une voie d'entrée privilégiée pour comprendre l'évolution des relations entre individus d'une part et des manières de penser les corps d'autre part.

La double constatation qui s'offrait à moi depuis mon installation dans la Sarthe en 2006 fut à l'origine de mon questionnement : d'une part, je découvrais localement une pratique de soins traditionnelle – « faire toucher son bébé » –, exceptionnellement vivace, semblant se reconduire à l'identique depuis plusieurs générations, pendant que j'observais parallèlement la progression remarquablement rapide – sur le territoire national cette fois – d'une nouvelle venue dans le parcours de soin du nourrisson : l'ostéopathie. Une des particularités de ces recours thérapeutiques résidait selon moi dans le fait qu'ils ne se développent pas contre la médecine conventionnelle, ne semblant pas empiéter sur son terrain d'action. Les

jeunes parents fréquentant mon cabinet ne rejetaient en effet aucunement le parcours de soin normalisé ... Dès lors, une question m'a parue incontournable : que recherchaient les jeunes mères – c'est à elles plus qu'aux pères que j'avais accès – dans la pluralité de ces recours thérapeutiques pour leurs nourrissons ? En quoi la seule médecine conventionnelle n'était-elle pas à même de répondre à leurs attentes ?

À la recherche d'éléments de réponse, j'ai donc entrepris d'étudier ces deux pratiques de soin plébiscitées par les parents : le toucher traditionnel sur le terrain spécifique sarthois et l'ostéopathie sur le terrain national. Le début du travail exposé dans cette thèse concerne la pratique traditionnelle ; il comporte une étude de terrain menée entre 2007 et 2016 auprès de jeunes mères, de tradipraticiens, de professionnels de santé et de membres de la communauté religieuse à laquelle ces pratiques se réfèrent. L'objectif de cette exploration était double. Il m'importait dans un premier temps de vérifier que mon impression de recours quasi systématique à ces pratiques était avérée. Devant l'inexistence des sources bibliographiques disponibles, seule l'étude prospective pouvait apporter une réponse. Et ce fut le cas, confirmant mes observations. Vint ensuite la nécessité d'étudier la pratique elle-même, dans sa forme et à partir des discours qui la soutiennent, afin d'en comprendre la spécificité et de saisir ce qu'effectivement les jeunes parents recherchent en y recourant.

J'ai continué par l'étude de l'ostéopathie, poursuivant les mêmes objectifs : quantifier son utilisation pour les tout petits, puis étudier la pratique elle-même et les arguments qui sous-tendent son recours. Là encore, aucune source bibliographique n'était exploitable pour nous informer sur la fréquence du recours à la consultation ostéopathique pour les nouveau-nés. Une enquête prospective interrogeant la connaissance, les habitudes et le projet de parcours de soin pour les bébés a donc été menée en 2015 auprès des jeunes mères venant d'accoucher au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire dont la structure de population se rapprochait de la population nationale. À nouveau, l'importance quantitative de ce recours a été confirmée, et l'étude de la pratique a pu être complétée par des entretiens avec des ostéopathes formés et exerçant dans diverses zones du territoire national.

J'ai ensuite entrepris d'observer les deux pratiques, de les décrire, puis d'en proposer une analyse comparée en y ajoutant le recours à la médecine

conventionnelle, systématique pour l'ensemble des nourrissons. Mon objectif était alors de comprendre pourquoi les deux recours thérapeutiques étudiés, qui convoquent des systèmes de références différents, coexistent avec – et malgré – la doxa médicale pourtant dominante qui leur est contemporaine, et par là même de tenter d'identifier le ou les éléments qui rendent leur recours tellement nécessaire pour la population des jeunes parents.

Au cœur des éléments plébiscités par les mères et revendiqués par les professionnels « alternatifs », le toucher du thérapeute est apparu comme prédominant : si ces jeunes mères vont chercher ailleurs que dans la médecine « officielle » ce toucher qui rassure pour soigner leur bébé, c'est en effet qu'il y a carence dans le système conventionnel. Une relation complexe au toucher des corps a émergé alors tant dans l'étude de l'argumentaire populaire que dans celui des professionnels du soin, nécessitant d'en étudier la teneur précise.

J'ai donc concentré la fin de mon travail sur l'exploration de la relation au toucher des corps dans les rapports de soin en France depuis les années 1950, insistant particulièrement sur le champ de la périnatalité. Ce support pouvait me permettre de dévoiler une nouvelle représentation du corps qui se construit sous nos yeux depuis la fin du XXe siècle.

Nous vivons en effet actuellement dans une culture proscrivant le toucher entre individus. La médecine elle-même, au cœur de cette tendance, tend à éloigner le corps du patient de la main du praticien de façon progressive, depuis au moins le milieu du XXe siècle. Cette évolution massive et linéaire a très tôt suscité des mouvements contestataires, car la mise à distance des corps s'avère vite intolérable pour d'aucuns lorsqu'elle concerne certains domaines. Le champ du soin au bébé en est exemplaire.

Abordant l'étude du toucher du bébé, j'ai rapidement dû en distinguer deux types, qui répondent à des attentes différentes et dont les enjeux sont distincts : le premier est un toucher « manipulation », intrusif et enjeu de domination entre soignant et soigné, tandis que le second est un toucher « affectif », impliquant un contact

corporel et un affect, dont un des enjeux est la maîtrise des pulsions au sein d'une civilisation justement régie par un fort autocontrôle libidinal.

Ces deux formes de toucher ont connu une évolution inverse au cours du siècle dernier. Jusque dans les années 1990, on s'est efforcé d'empêcher le contact « affectif » entre la mère et son bébé tandis que le corps du nouveau-né était en revanche systématiquement manipulé au gré des exigences médicales. Depuis le milieu des années 1990 le processus s'est inversé : le contact physique entre la mère et son bébé est devenu non seulement socialement permis, mais il s'est même mué en une nouvelle injonction, alors que les manipulations médicales du corps du nouveau-né sont de plus en plus critiquées et de fait de moins en moins pratiquées.

Ce que nous considérons comme un véritable « changement de paradigme » est le fruit d'une opposition d'abord marginale. Apparue dans les années 1970, elle provenait d'acteurs isolés du monde médical influencés par le champ de la psychanalyse. À partir de la décennie 90, elle va gagner une plus large audience, désormais portée par des professionnels de première ligne comme les sages-femmes et les psychologues de maternité. Les usagers – femmes et couples – se l'approprièrent alors.

La nouvelle forme de ce « toucher pour soigner » – avec comme principale représentante l'ostéopathie – qui apparaît avec ce nouvel interdit de manipulation invasive du bébé est donc un compromis entre l'impensable et l'indispensable toucher. Certes, elle valorise le toucher manuel des corps, mais cette fois sous de strictes conditions : ce toucher doit être dispensé par des professionnels patentés – comme pour les manipulations médicales –, il doit impérativement rester externe, dans un absolu respect de l'enveloppe corporelle ; il doit être dispensé avec beaucoup de bienveillance (voire de bienveillance accompagnée d'affects) par un praticien capable de manifester une sorte de « présence » attentive. Il devra être personnalisé – soigner l'individu, c'est à dire *ce bébé-là* – par opposition aux protocoles médicaux qui se bornent à traiter un symptôme – et visera à soigner le psychisme en même temps que le corps. Enfin, ce toucher « savant » s'appuie sur un registre d'arguments scientifiques et médicaux en adéquation avec le système de pensée dominant



aujourd'hui, tout en ménageant une part d'irrationnel, de magie, qui autorise la rêverie et l'espoir au-delà de la rationalité de la médecine conventionnelle.

Nous avons donc remonté le chemin menant à cette révolution du rapport au toucher dans le soin au tout petit. Mais comment l'interpréter ? Et que vient nous dire ce toucher-là, désormais intégré dans le parcours de soins du bébé, de notre représentation du corps et du statut du nouveau-né ?

Nous avons choisi enfin d'interpréter l'évolution générale du rapport au toucher dans le soin à la lumière du processus de civilisation décrit par Norbert Elias. En voici le cadre, qui nous servira de référence tout au long de ce travail.

Norbert Elias a décrit un processus d'évolution des sociétés et des individus qui le compose selon un schéma qu'il a nommé « procès de civilisation ». Ce procès – entendu sans jugement de valeur au sens de processus évolutif –, concerne les changements observables dans ce qu'il appelle l'économie psychique, pulsionnelle, affective ou encore émotionnelle des individus<sup>2</sup>. Selon lui, les mutations des façons de se comporter en société, de ressentir et d'exprimer les émotions ainsi que de se représenter le monde conduisent à une évolution qui rend possibles – et souvent nécessaires – ces modifications au niveau de l'individu. Ce processus est donc pensé comme affectant aussi bien les sociétés que les individus qui la composent ; pour Elias en effet, il est absolument nécessaire de ne pas opposer individu et société, ces entités n'existant et n'évoluant que dans une interaction et une interdépendance permanentes. Chacun naît dans un cadre social donné, évolue au travers des relations qu'il établit avec les autres, tandis que sa société d'appartenance – qui fournit les cadres normatifs – est forcée d'évoluer en fonction des changements induits par la somme des comportements des individus qui la composent, évoluant en permanence, de façon dialectique, irrégulière, non linéaire, mais jamais aléatoire.

Selon Norbert Elias, l'identité individuelle et collective s'exprime par la manière de se comporter dans l'interaction avec l'autre, mais aussi par la façon de ressentir et d'exprimer ou non ses émotions, de laisser plus ou moins libre cours à ses pulsions,

---

<sup>2</sup> DELMOTTE, Florence. Termes clés de la sociologie de Norbert Elias, *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* 2010/2 (n° 106), p. 29-36.

cet ensemble de règles « normées » étant bientôt intériorisé telle une « seconde nature ». On peut lire ici l'interdit du toucher comme une de ces preuves de l'autocontrôle croissant des individus, une marche vers une maîtrise des comportements pulsionnels, vers la « seconde nature ».

Le rapport à la nature et à l'animalité, évoqué par Elias dans la description du procès de civilisation, nous sera également utile ici. Il avance l'idée qu'un des effets de l'acquisition de la « seconde nature » est la distanciation d'avec sa propre animalité ; le contrôle des comportements et des pulsions « animales » permet à l'individu d'accéder à un certain stade de civilisation. La seconde nature suppose une horreur de ce qui relève de la nature, de ce qui pourrait nous rappeler notre nature première, ce qui ne proscrie cependant pas une certaine fascination à son égard, nous le verrons.

À ce procès de civilisation est associée une autre notion : celle du processus d'individuation. Par là, Elias entend que les identités individuelles prennent une place croissante par rapport aux identités collectives. Le « je » se détache du « nous », les frontières du groupe deviennent moins précieuses que celles de l'individu : le corps prend alors de plus en plus d'importance, lieu de la frontière entre soi et les autres, signe de distinction et support de l'identité. La mise à distance hospitalière des corps des bébés peut donc être interprétée comme partie prenante de ce processus d'individuation qui favorise l'« homo clausus » éliásien.

Le sociologue néerlandais Cas Wouters s'est saisi du cadre d'analyse proposé par Elias et en a poursuivi l'application de la seconde moitié du XIXe siècle à aujourd'hui. À la notion de « seconde nature » – déterminée par l'autocontrôle des comportements, des émotions et des pulsions –, caractérisant une période de « formalisation » autoritaire des normes sociales, il ajoute la notion de « troisième nature », qui en serait le corollaire, caractérisée par un « abaissement contrôlé de l'autocontrôle<sup>3</sup> ». À chaque période de formalisation forte succéderait, de manière

---

<sup>3</sup> WOUTERS, Cas. *Informalization. Manners & Emotions since 1890*. Los Angeles, Calif.: Sage Publications, 2007, 288p.

cyclique, une autre étape, celle que Cas Wouters qualifie d'« informalisation ». Ces phases consistent en un relâchement de certaines des règles établies et incorporées par les individus, relâchement générant des peurs et des tensions internes importantes : peur de trop sortir du cadre normatif (de sa « seconde nature »), peur d'aller trop loin dans la dérigidification des manières. Cette « troisième nature » serait donc caractérisée par une forme d'intensification de l'autocontrôle, mais cette fois dans le décontrôle : quête d'émotions devenues tabou, permissivité dans les codes sociaux, critique des anciennes manières de faire et de se comporter, autant d'éléments avec lesquels il convient de « flirter » sans pour autant renier sa seconde nature acquise et constitutive de l'identité individuelle et collective.

La faveur accordée à la nouvelle forme de toucher dans le soin, affectif et bienveillant, pourra alors être interprétée comme un relâchement préconisé des interdits, lui-même autorisé sous de strictes conditions. Ce relâchement n'est pas une autorisation donnée à un retour en arrière niant la « seconde nature », si sévère, autocontrôlée, d'Elias. Elle serait au contraire l'expression de son relâchement contrôlé, de ce que Cas Wouters a qualifié d'« informalisation » des interdits.

L'envie de toucher, jusque là interdite par méfiance pour ses composantes libidinales, sera enfin autorisée, mais de manière très contrôlée, par les règles, originales, de la pratique ostéopathique.

Comme une grande partie du monde soignant, le monde profane aussi – entendu ici comme étranger au cercle médical – plébiscite alors ce toucher-là, qui a cessé d'être purement mécanique. La manipulation du corps cesse d'être valorisée pour elle-même, pour la compétence thérapeutique qu'elle suppose : s'il a le potentiel de guérir, c'est parce que ce toucher-là va, dans la représentation ostéopathique, utiliser le soma comme guide pour atteindre la psyché. Il va la rendre visible en lisant ses traces physiques du bout des doigts experts de ses praticiens.

Bref, s'il est porteur de tant d'espoir, c'est qu'il est pensé comme initiateur d'une réparation globale du corps et de l'âme. La « nature », bonne et compétente, poursuivra ses bons offices lentement, mais en même temps dans une temporalité dont la brièveté correspond au rythme du monde contemporain : fi de s'allonger des années durant sur un divan pour explorer son inconscient afin de guérir... C'est

aujourd'hui le corps qui parle, découvrant la « matérialité » des blessures de la psyché à qui a appris à les décoder de ses doigts par la technique manipulative certes, mais aussi par une certaine façon d'être à l'autre, pleinement présent et impliqué.

Si ce toucher est tout à coup plébiscité pour soigner le bébé, c'est qu'il possède donc des vertus particulières qui lui permettent de s'accorder aux représentations actuelles du corps et de l'individu. Il révèle ainsi un changement de paradigme anthropologique inédit dans l'histoire de nos représentations du nouveau-né : il traite le bébé dans sa globalité psychique ET corporelle, lui accordant donc un statut d'humain déjà compétent et achevé. Voilà qui est cohérent, nous le verrons, avec un nouvel air du temps concernant le petit d'Homme.

## **État du champ étudié**

Nous allons donc, au cours de cette recherche, nous intéresser au toucher des corps. Cela nous conduira à approfondir plusieurs champs spécifiques : celui des guérisseurs traditionnels, celui de l'ostéopathie, et bien entendu, plus largement celui du sens toucher lui-même, entendu comme sensorialité. La bibliographie s'est avérée assez succincte concernant notre approche socio anthropologique du toucher dans le soin.

### **Le toucher dans le soin : des recherches dominées par l'abord psychologique et l'évaluation de pratiques professionnelles.**

Dans la bibliographie anglo-américaine récente, nous avons trouvé peu de références traitant de la période contemporaine, les ouvrages étant principalement des études historiques, à l'image de l'ouvrage de 2005 de Constance Classen, *The deepest sense: a cultural history of touch*<sup>4</sup>, dont l'étude s'arrête d'ailleurs au XVIIIe siècle. Et elle ne fait pas référence au soin. Nous avons trouvé peu d'écrits relatifs

---

<sup>4</sup> CLASSEN, Constance. *The deepest sense: a cultural history of touch*. Urbana: University of Illinois Press, 2012, 227 p.

aux soignants, hormis deux articles : *A touch of danger, the Bedside Manners of the Eighteenth-century Physician*<sup>5</sup>, de Roy Porter, dans le livre collectif *The book of touch*<sup>6</sup> dirigé sept ans plus tôt par la même Constance Classen. Il y traite principalement du retrait du toucher médical au profit du regard à partir du XVIIIe siècle. Le second, *Sensus Healing : the sensory practice of medicine*<sup>7</sup> (auteur non précisé) se trouve dans l'ouvrage collectif de 2014 dirigé par Constance Classen et David Howes *Ways of sensing: understanding the senses in society*<sup>8</sup>. Le propos vise à démontrer à quel point la médecine occidentale est désormais incompétente pour s'aider des sens pour soigner (la vue, l'odeur, le toucher fin...), contrairement à des médecines alternatives provenant d'autres sphères culturelles. Malgré les 45 ans qui nous séparent de sa parution, il nous est impossible de négliger la référence au best-seller de l'anthropologue américain Ashley Montagu, *Touching: The Human Significance of the Skin*<sup>9</sup>, véritable plaidoyer pour une réhabilitation du toucher dans les relations sociales et surtout envers le nouveau-né.

La bibliographie française ne comprend, elle, presque aucun ouvrage général sur le toucher. Les rares références que nous avons trouvées sont anciennes – du début du XXe siècle –, et sont principalement des manuels de pratiques techniques et de physiologie émanant de professeurs de psychologie (comme Henri Pierlon) ou de philosophe (Émile Chartier, dit Alain<sup>10</sup>). Les ouvrages contemporains traitant du toucher et du soin concernent quant à eux pour une grande majorité le champ de la

---

<sup>5</sup> PORTER, Roy. *A touch of danger, the Bedside Manners of the Eighteenth-century Physician*, in (dir.) CLASSEN, Constance, *The book of touch*. Oxford, New York : Berg, 2005, pp. 377-384

<sup>6</sup> CLASSEN, Constance, *The book of touch*. Oxford ; New York : Berg, 2005, 461 p.

<sup>7</sup> CLASSEN, Constance; HOWES, David. *Sensus Healing: the sensory practice of medicine*. In (dir.) CLASSEN, Constance; HOWES, David. *Ways of sensing: understanding the senses in society*. New York: Routledge, 2014. pp.37-63.

<sup>8</sup> CLASSEN, Constance; HOWES, David. *Ways of sensing: understanding the senses in society*. New York: Routledge, 2014. 200 p.

<sup>9</sup> MONTAGU, Asley. *Touching: the human significance of the skin*. New York : Perennial Library, 1971. 494 p.

<sup>10</sup> ALAIN (Émile Chartier), Sur les perceptions du toucher. in *Revue de Métaphysique et de Morale*, mai 1901 (IXe année), pp. 279-291. [en ligne]. Disponible sur : <http://classiques.uqac.ca/classiques>. Consulté le 03/03/2016

psychologie: toucher relationnel, toucher haptonomique, bienfaits du toucher dans la construction de la psychologie enfantine... Cette littérature est pléthorique depuis le début des années 1990, mais elle constitue plutôt une source d'observation qu'un moyen d'analyse tant elle est engagée dans la défense d'un certain type de toucher : le toucher affectif et relationnel. Quant aux ouvrages fondateurs de psychanalystes comme le *Moi-peau*<sup>11</sup> de Didier Anzieu, nous y reviendrons longuement dans un chapitre dédié.

Les ouvrages sur le toucher professionnel sont, eux, de deux ordres : des travaux d'universitaires se penchant sur la relation de plusieurs catégories de soignants au toucher et les travaux de soignants eux-mêmes réfléchissant sur leurs pratiques. Ainsi, les infirmières (Hughes, 1950), les brancardiers (Peneff, 1992<sup>12</sup>), les aides-soignantes (Arborio<sup>13</sup>, 2002), les infirmières de soins palliatifs (Castra, 2003<sup>14</sup>) ont fait l'objet d'observations attentives, tandis que quelques ouvrages plus généraux évoquent le toucher dans le plus large champ de l'étude des émotions (Fernandez, Lezé, Marche, 2008<sup>15</sup>). Les chercheurs en socio-anthropologie du soin rencontrent, eux, le toucher dans le traitement de leurs sujets, à l'instar de Céline Amiel<sup>16</sup> ou encore d'Anne Vega<sup>17</sup>, mais aucun ouvrage ne prend le toucher comme objet central de la recherche. Les seuls qui le font sont quelques mémoires de fin d'études : principalement sages-femmes se penchant sur l'évolution des pratiques

---

<sup>11</sup> ANZIEU, Didier. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985, 276 p.

<sup>12</sup> PENEFF, Jean. *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*. Paris : Métailié, 1992, 257 p.

<sup>13</sup> ARBORIO, Anne-Marie. *Un personnel invisible: les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Économica Anthropolos, 2002, 360 p.

<sup>14</sup> CASTRA, Michel. *Bien mourir: sociologie des soins palliatifs*. Paris : PUF, 2003, 365 p.

<sup>15</sup> FERNANDEZ, Fabrice ; LEZE, Samuel ; MARCHE HÉLÈNE. *Le langage social des émotions: études sur les rapports au corps et à la santé*. Paris : Economica-Anthropos, 2008, 424 p.

<sup>16</sup> AMIEL Céline. « On sait qu'il n'y a pas de 'vrais' risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 23, n°3, 2005. pp. 37-58.

<sup>17</sup> VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital: l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des archives contemporaines, 2000, 212 p.

professionnelles comme le toucher vaginal<sup>18 19</sup> et kinésithérapeutes réfléchissant sur l'apprentissage du toucher.<sup>20 21</sup> Et nous n'y avons, pas plus qu'ailleurs, trouvé de référence bibliographique sur l'individuation et le toucher.

Comme nous pouvons le constater, le toucher n'est pas un objet habituel d'étude dans le champ des sciences sociales, hormis chez les professionnels de la psyché, ou, par contre, il est central. Chez les professionnels du soin, on le questionne également, mais principalement par le biais de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'enjeu est alors souvent de définir les limites du toucher légitime, d'explorer les interdits qui leurs sont liés, afin de tenter de définir la « bonne conduite » professionnelle. Des constatations, des propositions de conduites à tenir élaborées par les uns et étayées par les discours et théories des autres. Mais peu de travaux proposent une interprétation sociologique de ces interdits, de leurs sources et de leurs frontières. C'est pourtant dans cette voie que nous voulons nous engager.

### **Le toucher traditionnel : un champ historiographique complexe**

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

« Personne qui prétend obtenir la guérison de certaines maladies par des procédés secrets, incommunicables, sans vérification scientifique démontrable et qui agit ainsi en contravention avec les lois sur l'exercice de la médecine. »<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> MONTREUX, Tiphaine. *La pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales dans une population de grossesses à bas risque : évaluation des pratiques professionnelles*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Lyon : Université de Lyon II, 2014, 81 p.

<sup>19</sup> LORIOUX, Romain. *Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?* Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Angers : Université d'Angers, 2010, 80 p.

<sup>20</sup> CHOPLIN, Arnaud. *Apprendre le toucher. Du toucher à la perception*. Mémoire de Master Professionnel 2ème année Education et Formation, Université Aix Marseille, 2011, 170 p.

<sup>21</sup> SALAME Martine. *Le toucher suspendu*. Thèse de Philosophie. Université Paris-Est, 2009. [en ligne]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00512771>

Au sein de ce groupe des guérisseurs, les « toucheurs » se distinguent par leur imposition des mains en vue d'obtenir la guérison de la personne ainsi « touchée ». Ceci les différencie des « rebouteux », qui manipulent le système ostéo-articulaire pour en corriger mécaniquement les désordres. Nous n'avons retrouvé qu'une seule définition du « toucheur » au sein des dictionnaires de la langue française, celle du dictionnaire d'Émile Littré de 1876 :

Particulièrement, toucheur, toucheuse, celui, celle qui prétend guérir par des attouchements.

« C'est là qu'on voyait s'assembler de tous côtés un nombre incroyable de personnes pour lui demander [à un prétendu prophète irlandais, en 1664] le rétablissement de leur santé ; il ne faisait autre chose que les toucher.... c'est ce qui lui fit donner le nom de toucheur ». [Vie de saint Évremond, dans ses Œuvres, t. I. p. CXII]

Toucheur de carreau, se dit, en Normandie, de gens à qui la superstition populaire attribue le pouvoir de guérir le carreau par des attouchements.<sup>23</sup>

L'historiographie des toucheurs traditionnels est difficile à reconstituer. Il existe en effet peu de sources sur ces pratiques ancrées dans la tradition orale et transmises essentiellement d'un individu à un autre, de génération en génération, dans un secret préservé. Ainsi les témoignages laissés dans l'histoire sont-ils presque exclusivement issus des détracteurs de ces pratiques, principalement des membres du corps médical.

L'absence de lieu d'exercice spécifique dédié, de transaction financière déclarée ajoutent à l'invisibilité historique de cet exercice, privant le chercheur des sources disponibles pour l'étude d'autres pratiques thérapeutiques, comme par exemple les

---

<sup>22</sup> Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>. Consulté le 10/02/2016.

<sup>23</sup> Dictionnaire Littré [en ligne]. Disponible sur : <http://www.littre.org/definition/toucheur>. Consulté le 18/11/2016.



dossiers de patients consultables dans les archives des institutions<sup>24</sup>. Le sujet semble ainsi bibliographiquement invisible hors du monde médical jusque dans les années 1950.

### *Un monde médical hostile*

Au début du XXe siècle, le sujet questionne les médecins et les ecclésiastiques. Une grande enquête est menée en 1906 par le médecin Paul Brouardel, très impliqué au sein du gouvernement dans la lutte contre le « charlatanisme » : il a en effet été, en tant que commissaire du gouvernement, responsable du vote de la loi du 30 novembre 1892 qui fit évoluer la notion d'exercice illégal de la médecine – inscrite dans la loi de 1803 – d'une « infraction de simple police » à une « incrimination » visant à protéger les tiers contre le charlatanisme et protéger le corps médical contre une concurrence jugée déloyale<sup>25</sup>. Le docteur Brouardel fournit alors une des rares définitions des toucheurs :

« Le toucheur est un être prédestiné qui, par l'imposition des mains et la récitation de certaines formules, guérit comme par enchantement les maladies les plus diverses, mais de préférence les maladies externes telles que les ulcères variqueux, les dartres, les verrues, les anthrax etc. Le plus employé des attouchements est le signe de la croix accompagné d'une prière incohérente. Les toucheurs ne font aucun diagnostic, ne donnent pas de médication, ils n'agissent que par leur pouvoir surnaturel »<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> GUILLEMAIN, Hervé. *Chronique de la psychiatrie ordinaire: patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. Le Mans : Éditions de la Reinette, 2010, 143 p.

<sup>25</sup> LUNEL, Alexandre. « La Loi du 30 Novembre 1892 et le délit d'exercice illégal de la médecine en France » *Revue Historique De Droit Français Et étranger (1922-)* 90, no. 1 (2012): 115-34. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.jstor.org/stable/43858941>.

<sup>26</sup> BROUARDEL, Paul. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris: Jean-Baptiste Baillière, 1906. pp-5-68. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90141x1906x06>

Brouardel, qui établit une classification hiérarchisée des guérisseurs, place cependant curieusement les toucheurs au dessus des rebouteux, valorisant de façon très ambiguë l'action surnaturelle du « don » par rapport à l'efficacité mécanique de la manipulation.

En ce XXe siècle débutant, les pratiques traditionnelles évoluent, se greffant sur de « nouvelles » pratiques comme le magnétisme qui s'est surtout développé au XIXe siècle. Sous la forme de l'hypnose, il connaît ses heures de gloire dans les hôpitaux dans la seconde moitié du XIXe siècle avant de tomber en désuétude. Brouardel, dans son rapport, condamne également les massothérapeutes, appelant le corps médical à mettre un terme à ce qu'il considère être une forme d'exercice illégal de la médecine. Ces derniers, formés par d'anciens adeptes du magnétisme<sup>27</sup>, deviennent, aux côtés des guérisseurs traditionnels, les nouveaux ennemis à combattre par la médecine officielle. Ceci intéresse particulièrement notre objet de recherche du fait de la filiation entre les kinésithérapeutes – « descendants » des massothérapeutes – et l'ostéopathie.

Moins hostile, un autre médecin, Marc Oraison – qui est aussi prêtre catholique – évoque dans son livre de 1955 *Médecine et guérisseurs*<sup>28</sup> des témoignages de guérisons émanant de patients, qui restent très imprécis quant aux pratiques elles-mêmes et aux causalités présumées de la guérison. Cette imprécision est d'ailleurs volontaire : elle permet à cet adepte de la psychanalyse – qui connaît à cette période une réelle expansion dans les milieux catholiques –, d'argumenter en faveur de sa propre théorie explicative : c'est lorsque l'inconscient agit sur la maladie que le guérisseur joue un rôle.

Ces auteurs médecins que nous avons cités constatent tous deux que le développement du savoir médical provoque par opposition une revalorisation d'un certain nombre de pratiques situées hors du champ conventionnel de la médecine, et on en trouve en effet quelques traces dans les années 1950 : en 1953 par exemple,

---

<sup>27</sup> Comme les frères DURVILLE, proches d'Émile COUE, qui dirigèrent une école de massothérapie.

<sup>28</sup> ORAISON, Marc. *Médecine et guérisseurs*. Paris : Lethielleux, 1955, 142 p.

l'acteur Jean Marais, alors au sommet de sa gloire, incarne au cinéma<sup>29</sup> un médecin devenu guérisseur par imposition des mains, plébiscité par la population aux dépens de ses confrères médecins. En 1954, c'est l'avocat catholique Alec Mellor qui réalise quant à lui une enquête très détaillée intitulée *le problème des guérisseurs aujourd'hui*<sup>30</sup>. Il tente de les quantifier, mais sa fourchette, située entre 700 et 50 000, est bien imprécise. Il montre cependant un réel intérêt pour la puissance sociale de ce phénomène.

### ***Une ethnographie et une historiographie sporadiques***

Les premiers travaux de sciences sociales apparaissent dans la décennie 1970. Les historiens traitent le sujet au sein d'ouvrages consacrés à l'étude de l'histoire des soins et des médecins. Ils s'attachent plus volontiers à mesurer son importance relative dans les mentalités populaires face à la médecine officielle qu'à en décrire les pratiques. Ainsi, Jacques Léonard, étudiant *La vie quotidienne des médecins de province au XIXe siècle*<sup>31</sup>, consacre en 1977 un chapitre de son livre aux rebouteux et paysans guérisseurs de l'Ouest de la France. Cet abord historique est suffisamment atypique à l'époque de l'édition de l'ouvrage pour que l'aspect novateur en soit souligné par la critique. L'historien apporte, grâce à cette recherche, une connaissance de ces pratiques de « toucheurs » qui perdurent au XIXe siècle, alors que la professionnalisation de la santé est en marche et que la volonté de séparer le légal de l'illégal dans le champ médical se structure.

Des ethnologues, ensuite, prennent le relais. Françoise Loux apporte un regard nouveau sur le sujet des pratiques de médecine populaire dans la France traditionnelle de la fin du XIXe siècle<sup>32</sup> : c'est par le prisme de la représentation du corps qu'elle en fournit une étude descriptive et analytique dans sa publication de

---

<sup>29</sup> CIAMPI, Yves. *Le guérisseur*. Production Indusfilms: les films du cyclope, 1953. (1,71 millions d'entrées).

<sup>30</sup> MELLOR, Alec. *Le problème des guérisseurs aujourd'hui*. Paris : éd. la colombe, 1958, 320 p.

<sup>31</sup> LEONARD, Jacques. *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*. Paris : Hachette, 1977, 285 p.

<sup>32</sup> LOUX, Françoise. *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault, 1979, 178 p.

1979. Puis arrive en 1977 l'innovant essai de l'ethnologue Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts*<sup>33</sup>, qui traite des pratiques actuellement en cours dans la France rurale. Cette recherche, si elle n'a pas pour sujet central la pratique des guérisseurs mais celle de la sorcellerie, aborde toutefois l'action du toucheur comme recours thérapeutique indissociable des attaques de sorcelleries, afin précisément d'en guérir les conséquences s'exprimant sous forme d'atteintes corporelles.

D'autres travaux d'ethnologues abordent le sujet par l'étude des saints guérisseurs et des attitudes et pratiques populaires qui s'y rattachent encore de nos jours, à l'instar d'Alban Bensa qui publie en 1978 *Les saints guérisseurs du Perche Goët. Espace symbolique du bocage*<sup>34</sup>, livre issu de sa thèse de 3ème cycle soutenue en 1975 à la Sorbonne.

En 1983, l'historien François Lebrun<sup>35</sup>, pionnier en sa démarche, se donne comme objectif « d'appréhender de façon globale l'attitude des Français des XVIIe et XVIIIe siècles face à la maladie ». Il décrit les clivages entre médecine officielle et empirique, entre médecine naturelle et surnaturelle, insistant sur l'apparent consensus existant jusqu'au milieu du XVIIIe entre les discours ecclésiastiques, savants et populaires relatifs au « malheur biologique et (aux) armes dont on peut user contre lui ». Si la religion, au travers de ses clercs, est décrite à la fois comme concurrente et supplétive de la médecine officielle malgré son empirisme, la médecine populaire, associant recours aux saints guérisseurs et pharmacopée traditionnelle, reste au premier plan de la gestion sociale de la maladie en convoquant les différents modes de recours au surnaturel.

C'est en 1984 que Jacques Gélis, un autre historien, offre pour la première fois une description très précise des pratiques et recettes de médecine populaire dédiées

---

<sup>33</sup> FAVRET-SAADA, Jeanne. *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Paris : Gallimard, Bibliothèque des Sciences humaines, 1977, 332 p.

<sup>34</sup> BENSA, Alban. *Les saints guérisseurs du Perche Goët. Espace symbolique du bocage*. Paris : Institut d'Ethnologie, 1978, 301 p.

<sup>35</sup> LEBRUN, François. *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVIIe et XVIIIe siècles*. Paris : Temps actuels, 1983, 206 p.

aux mères et aux enfants dans son ouvrage faisant toujours référence *L'arbre et le fruit, la naissance dans l'Occident moderne entre le XVIe et le XIXe siècle*.<sup>36</sup>

Il faut ensuite attendre 1993<sup>37</sup> puis 2005<sup>38</sup> pour que paraissent de nouvelles recherches historiques. Olivier Faure met alors en valeur le rôle d'auxiliaires tenu par ces praticiens « illégaux » du XIXe siècle, contribuant par leur rôle social auprès du peuple à la médicalisation à côté des médecins légaux et officiels.

Depuis lors, les ouvrages de sciences sociales traitant des praticiens traditionnels en France se font plus rares, alors que les travaux d'ethnologues explorant le sujet au sein d'autres sociétés humaines sont légion. Le seul travail d'envergure récent s'intéressant aux pratiques occidentales actuelles est celui de l'anthropologue Olivier Schmitz, qui dans son *Enquête sur les guérisseurs d'aujourd'hui, soigner par l'invisible*<sup>39</sup> parue en 2006 s'intéresse aux pratiques actuelles de recours thérapeutiques en Wallonie. Il y évoque cependant très peu les « toucheurs ». Il souligne principalement l'absence d'opposition entre les différents registres religieux, magique, ou issu de la science moderne, en mettant en lumière le bricolage permanent qui fait que chaque guérisseur adapte son discours à sa pratique, à son époque, intégrant par exemple couramment l'argument écologique.

Malgré la distance historique qui nous impose de relativiser cet apport, Véronique Dasen, dans son livre *Le sourire d'Omphale*<sup>40</sup> paru en 2015, montre que le recours aux guérisseurs semble être un fait social récurrent dans l'histoire de l'humanité : on en retrouve de nombreux témoignages déjà dans la Grèce et la Rome antiques. Ces traces apparaissent alors principalement sous la forme d'objets de

---

<sup>36</sup> GELIS, Jacques. *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Paris : Fayard, 1984, 611 p.

<sup>37</sup> FAURE, Olivier. *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*. Paris : Belin, 1993, 318 p.

<sup>38</sup> FAURE, Olivier ; BOURDELAIS, Patrice. *Les nouvelles pratiques de santé: Acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe-XXe siècles)*. Paris : Belin, 2005, 382 p.

<sup>39</sup> SCHMITZ, Olivier. *Soigner par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : IMAGO, 2006, 250 p.

<sup>40</sup> DASEN, Véronique. *Le sourire d'Omphale : maternité et petite enfance dans l'Antiquité*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2015, 404 p.

protections, représentés sur les corps nus dans les scènes de vie quotidienne peintes sur les vases, et retrouvés dans des sépultures d'enfants. Certaines de ces amulettes, protections génériques contre les vulnérabilités, avaient vraisemblablement un objectif thérapeutique, à en juger par leur contenu, extraits animaux, végétaux ou minéraux reconnus pour leurs vertus spécifiques dans les traités médicaux de l'époque. Cette permanence historique apparaît d'ailleurs bien gênante pour le chercheur en sciences sociales selon l'aveu de l'historien Hervé Guillemain<sup>41</sup>. Privé de précisions contextuelles, il paraît complexe d'analyser de façon tangible ces sources matérielles brutes.

Il faut donc en convenir, la littérature scientifique traitant spécifiquement des pratiques actuelles des toucheurs traditionnels en France est rare et il semble que son approche soit compliquée par plusieurs facteurs. Comme le soulignait déjà en 1972 Jeanne Favret-Saada lors d'une série d'émissions qui lui furent consacrées sur France Culture<sup>42</sup> à l'époque de son enquête en Mayenne, les chercheurs « académiques » éprouvent aujourd'hui encore des difficultés à accorder du crédit à ces discours issus d'un monde rural qui leur semble d'un autre temps. Trop proche parfois et donc inaudible par ce que ces pratiques renvoient de leur propre relation à l'irrationnel ?

La difficulté d'accéder à la parole des guérisseurs et à celle des patients est également un élément important. Ces enquêtes nécessitent en effet une position toute particulière du chercheur, imposant d'une part une implication personnelle importante pour gagner la confiance des populations étudiées et permettre la libération de leur parole sur un sujet secret raillé par les non initiés. Il est indispensable d'accepter d'entrer sans jugement dans ce mode de pensée thérapeutique, de sortir du « formatage » de la pensée scientifique académique,

---

<sup>41</sup> Séminaire d'Histoire contemporaine dirigé par Hervé Guillemain du 11 février 2016, Université du Maine.

<sup>42</sup> PILLAUDIN, Roger. Entre chien et loup – Avec Jeanne FAVRET-SAADA ; *Sorcellerie en Mayenne*. Première diffusion : 30/04/1972. France Culture. Archive en 3 volets INA-Radio France.

exercice difficile, a fortiori lorsque l'on est issu du monde médical. Ces prérequis rendent donc ce terrain particulièrement difficile d'accès.

Cette étude du champ historiographique portant sur les pratiques actuelles des toucheurs traditionnels nous a donc appris que notre recherche était nécessaire : ce recours thérapeutique est méconnu par les scientifiques, négligé par la recherche et systématiquement relégué à un passé révolu. Or nous allons voir qu'il n'en est rien et que l'étude tant quantitative que qualitative du recours actuel à ces pratiques nous permet d'accéder à une compréhension originale des façons de penser le soin aujourd'hui.

## **L'ostéopathie : une historiographie très professionnelle**

### *Des ouvrages d'adeptes*

Lorsque nous avons débuté nos recherches en vue d'élaborer une historiographie française de l'ostéopathie, nous nous sommes rapidement rendu compte de l'indigence de cette littérature. Presque tous les ouvrages retrouvés sont en fait des manuels théoriques et pratiques écrits par des praticiens à destination de leurs pairs, tandis que de nombreux autres, s'adressant au grand public, tentent d'expliquer l'intérêt d'avoir recours à la médecine ostéopathique. Quelques ouvrages, également écrits par des adeptes de la pratique, reviennent sur les fondements historiques du concept. Loin de prétendre à l'exhaustivité – surtout pour ce qui concerne la littérature professionnelle –, nous avons répertorié les ouvrages ayant l'ostéopathie pour objet principal, ou dans lesquels figurait le terme d'ostéopathie, dans les livres parus en langue française depuis la fin du XIXe siècle. Nous avons réalisé cette recherche grâce à l'application linguistique « Ngram Viewer » élaborée par Google : s'appuyant sur la base de données textuelles Google Livres, elle permet d'observer l'évolution de la fréquence d'un ou de plusieurs mots ou groupe de mots dans les sources imprimées extrêmement nombreuses figurant dans la base. Ce travail fut rendu fastidieux par le fait que le terme d'« ostéopathie » est l'appellation générique des pathologies osseuses dans le langage médical, ce qui eut pour conséquence de lister tous les ouvrages médicaux traitant de cet objet. Il nous a donc fallu consulter – quand cela était possible – le sommaire ou un extrait numérisé de chaque ouvrage

afin de déterminer lesquels avaient pour réel sujet la pratique de médecine manuelle qui faisait l'objet de notre recherche spécifique.

Le premier ouvrage<sup>43</sup>, manuel explicatif de la méthode ostéopathique, est l'œuvre d'un médecin, le Docteur Moutin. Publié en 1913, il connaîtra une modeste diffusion. Son sous-titre « À l'usage des élèves de l'École d'ostéopathie » ne laisse aucun doute sur la cible de cette publication. Il faudra ensuite attendre 1949 pour qu'un nouveau manuel soit édité. Cette (Une) *nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'ostéopathie*<sup>44</sup> est écrite par un médecin converti à l'ostéopathie, que nous évoquerons plus en détail dans le chapitre suivant. Cet ouvrage, réédité en 1954 puis en 1964, restera le seul traité d'ostéopathie disponible sur le territoire durant toutes ces années. Ce n'est qu'en 1967 que paraîtra un nouvel opus de cette littérature professionnelle<sup>45</sup>, sous la plume d'un certain André Hardy, intitulé « *Introduction à l'ostéopathie crânienne: Le dommage du coup de fouet (whiplash injury); son diagnostic, sa thérapeutique* ». Il ne m'a pas été possible de retrouver de plus amples informations, sur l'ouvrage, ni sur l'auteur. Néanmoins, les « mots clés » – tous des termes médicaux – associés à la répertorisation de ce livre nous permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un ouvrage extrêmement technique. En 1978 et 1979, deux nouveaux traités médicaux paraissent, toujours rédigés par des ostéopathes<sup>46 47</sup>, mais cette fois non médecins. Au total, des publications dispersées, régulières – environ 1 par décennie depuis les années 40 – mais rares, et il s'agit toujours d'ouvrages techniques destinés à des professionnels. Mais ce sont les années 1990 qui marqueront l'explosion de l'édition des manuels d'ostéopathie : 1 ouvrage en 1990, 3 en 1991, puis plusieurs dizaines entre 1992 et 1997. Les kinésithérapeutes formés depuis les

---

<sup>43</sup> MOUTIN, Lucien. *Manuel d'ostéopathie pratique, théorie et procédés*. Paris : G.A. Mann, 1913, 369 p.

<sup>44</sup> LAVEZZARI, Robert. *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'ostéopathie*. Malakoff : G. Doin, 1949, 120 p.

<sup>45</sup> HARDY, André. *Introduction à l'ostéopathie crânienne: Le dommage du coup de fouet (whiplash injury); son diagnostic, sa thérapeutique*. Lieu inconnu: Peyronnet, 1967, 103 p.

<sup>46</sup> RICHARD, Raymond. *Lésions ostéopathiques du sacrum: physio-pathologie articulaire, gynécologique, crânienne, et techniques de correction*. Paris : Maloine, 1978, 375 p.

<sup>47</sup> ALLIRAND, Joannes Claude. *L'Ostéopathie et ses techniques*. Paris : Maloine, 1979, 258 p.



années 1980 ont gagné en expertise et les écoles de formation se multiplient, ouvrant un marché pour tous les manuels supports de pédagogie. C'est également au cours de cette décennie que paraîtront de nombreux ouvrages destinés au grand public.

Et à la fin de cette décennie, en 1998, la définition du mot « ostéopathie » apparaît enfin dans le *Petit Larousse Illustré* ; on peut y lire :

« **OSTÉOPATHIE** n.f. 1. Toute maladie des os. 2. Médecine douce visant à soigner les maladies par des manipulations des membres, des vertèbres ou du crâne ».

L'ostéopathie commence à gagner sa popularité.

### *Un objet peu encore exploré par les sciences sociales*

Et pourtant, mise à part la citation brève de l'ostéopathie entre autres « médecines nouvelles » dans l'ouvrage *Anthropologie du corps et modernité* de David Lebreton<sup>48</sup> en 1990, nous n'avons guère trouvé de travaux de sciences sociales ayant pour objet le « phénomène ostéopathique ». À ce jour, nous pouvons uniquement citer un chapitre du livre « *Histoires parallèles de médecine*<sup>49</sup> » du docteur en psychologie, auteur de romans et essayiste suisse Thomas Sandoz. Dans cet ouvrage, l'auteur retrace l'histoire de l'ostéopathie et sa diffusion depuis son origine. Il insiste sur la prédominance de la confiance dans le pouvoir guérisseur de la nature et l'opposition aux médicaments dans la conception originelle ostéopathique et met ainsi en lumière les liens étroits entre les fondements historiques de la philosophie d'A.T. Still et les arguments qui sous-tendent son succès actuel. Plus récemment, Jean-Marie Gueullette, à la fois médecin, théologien et historien, interroge dans son ouvrage<sup>50</sup> un angle bien précis de l'ostéopathie, à savoir la difficile relation entre les médecins et les ostéopathes. Son article de 2015 « *Des doigts qui pensent, sentent, voient et*

---

<sup>48</sup> LEBRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF, 1990, 330 p.

<sup>49</sup> SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine: des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Paris : seuil, 2005, 327 p.

<sup>50</sup> GUEULLETTE, Jean-Marie. *L'ostéopathie, une autre médecine*. Rennes : PUR, 2014, 272 p.

*savent* »<sup>51</sup> marque, gageons-le, un début d'intérêt des chercheurs pour ce toucher ostéopathique. Mais l'identité professionnelle pour le moins composite de ces auteurs suggère la légitimité toujours incertaine de l'ostéopathie.

Force est donc de constater que la littérature ne foisonne de recherches ni sur les ostéopathes ou les toucheurs, ni sur la place du toucher dans notre monde social. La constatation récurrente, tous domaines d'études confondus, de l'existence d'un interdit du toucher dans notre société occidentale est fort peu interprétée à la lumière de la sociologie. Notre travail trouve donc une légitimité particulière pour nourrir une réflexion peu explorée.

---

<sup>51</sup> GUEULLETTE, Jean-Marie. « Des doigts qui pensent, sentent, voient et savent ». Exercices de réflexivité ostéopathique. *ethnographiques.org*, Numéro 31 – La part de la main, 2015, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ethnographiques.org/2015/Gueullette>. Consulté le 30.03.2016.

**PREMIERE PARTIE : LE TOUCHEUR, LE MEDECIN  
ET L'OSTEOPATHE : TROIS BONNES FEES AU-  
DESSUS DES BERCEAUX**



Les ostéopathes, et a fortiori les toucheurs et autres guérisseurs ont donc une faible légitimité sociale, et les styles de littérature qui leurs sont consacrés le confirment amplement.

C'est alors une bien étrange constatation qui se présente à nous en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle : la médecine conventionnelle, pourtant auréolée de remarquables succès dans le sauvetage des vies « nouvelle-nées », ne constitue pas, aux yeux des jeunes parents, un recours suffisant pour prendre soin de leurs nourrissons. Ils emploient donc des pratiques variées, y compris socialement illégitimes, pour soigner leurs bébés. Cette recherche de diversité se retrouve certes fréquemment dans l'histoire<sup>52</sup>. Mais pourquoi donc cette quête persiste-t-elle dans une société qui a pour ainsi dire vaincu la mort du tout petit, repoussé la fragilité des premières semaines de vie par des avancées médicales et technologiques reconnues de toutes et de tous ?

Les jeunes mères que je côtoie quotidiennement ne remettent pourtant pas en cause la réalité des bienfaits de la médecine moderne et y ont recours avec une parfaite observance. Cependant, le médecin ne suffit apparemment pas à calmer les maux des tout petits et apaiser les inquiétudes parentales. Les jeunes mères sollicitent donc dans une large majorité les services de soignants « parallèles », dont l'activité se situe en marge de la doxa médicale.

Que ce recours incarne la persistance d'une tradition populaire ancestrale – à l'instar des toucheurs rencontrés dans la Sarthe – ou qu'il fasse l'objet d'un plébiscite récent – comme l'ostéopathie en est l'illustration –, il pose à la chercheuse comme à la sage-femme une question importante : **que recherchent donc les mères dans cette pluralité de recours ?**

Pour répondre à cette question, nous avons choisi d'étudier deux pratiques couramment utilisées pour soigner les nourrissons : l'une est traditionnelle et localement située sur mon territoire d'exercice professionnel, la Sarthe, tandis que l'autre, récente, est répandue sur tout le territoire national.

---

<sup>52</sup> Cf les ouvrages de Françoise LOUX et de Jacques GELIS par ailleurs cités.

Une étude comparée des deux pratiques va nous permettre d'identifier ce qui est commun à ces différents recours mais ne l'est pas à la médecine dite « conventionnelle » : en bref, ce que cherchent au juste les parents dans leur quête thérapeutique.

## **Chapitre 1 – Le toucher traditionnel: une médecine populaire à l'épreuve du temps**

### **Le contexte de Sablé-sur-Sarthe : une ruralité et une sédentarité propices à la perpétuation des traditions**

#### *Une population sédentaire, des pratiques traditionnelles préservées*

Mon enquête de terrain concernant les toucheurs s'est déroulée dans l'aire urbaine de Sablé-sur-Sarthe, dans les départements de la Sarthe (72) et de la Mayenne (53), entre 2006 et 2016. C'est mon activité professionnelle de sage-femme qui m'a conduite à m'intéresser à ce phénomène que j'ai découvert à cette occasion.

Pour en comprendre le contexte de persistance des pratiques traditionnelles, il est important de situer la ville d'un point de vue géographique, historique et démographique.

Le département de la Sarthe appartient à la région des Pays de la Loire. L'aire urbaine de Sablé comptait 31 393 habitants au recensement de 2012, répartis sur 21 communes des départements de la Sarthe et de la Mayenne.

**Figure 1: Situation de la Sarthe et carte de la communauté de communes**





Cette région, principalement rurale jusque dans les années 1960, est devenue peu à peu un important site industriel. L'industrialisation a commencé par l'implantation de deux fonderies, Wintenberger en 1918 et Grandry en 1938, chassées de leurs sites d'origine par les grands conflits du siècle. Bien qu'éloignée des sources de matières premières et de combustibles, la ville de Sablé-sur-Sarthe fut choisie pour sa situation géographique et grâce à la présence du chemin de fer sur son territoire.

Suivit ensuite le développement important d'industries agroalimentaires recrutant des personnels non qualifiés, ce qui permit à la population locale rurale d'opérer sa conversion sans quitter le territoire et de conserver son style de vie. Actuellement, le secteur est toujours très actif, avec des usines agroalimentaires comme BEL ou LDC et les abattoirs CHARAL, entre autres, qui attirent désormais – et depuis 15 ans – une forte population venue d'Afrique subsaharienne et d'Afrique centrale.

Ce contexte économique est important pour notre sujet : l'origine rurale, le maintien sur le territoire local de la population malgré la mutation de la ruralité vers l'urbanisation expliquent l'extraordinaire survivance de pratiques traditionnelles dans un contexte industriel.

### *Une population locale issue des classes populaires*

La structure actuelle de la population générale de l'aire urbaine montre une prédominance des classes populaires avec une majorité d'employés et d'ouvriers (**Tableau 1**). La population féminine (**Tableau 2**) est constituée d'une majorité d'employées, d'ouvrières et de membres des professions intermédiaires (sources données INSEE).

**Tableau 1: Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle**

PCS	2012	%
Ensemble	24 780	100,0
Agriculteurs exploitants	417	1,7
Artisans, commerçants, chefs entreprise	740	3,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 029	4,2
Professions intermédiaires	2 723	11,0
Employés	3 545	14,3
Ouvriers	6 112	24,7
Retraités	7 109	28,7
Autres personnes sans activité professionnelle	3 106	12,5

**Tableau 2: Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2012 (source données INSEE)**

PCS	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
<b>Ensemble</b>	<b>12 072</b>	<b>12 708</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Agriculteurs exploitants	279	138	0,2	2,9	0,6
Artisans, commerçants, chefs entreprise	530	210	0,8	4,7	1,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	657	372	1,0	6,4	2,4
Professions intermédiaires	1 377	1 346	6,8	17,9	3,5
Employés	542	3 003	13,6	21,5	5,2
Ouvriers	4 251	1 860	23,3	39,1	6,3
Retraités	3 202	3 907	0,0	0,4	76,3
Autres personnes sans activité professionnelle	1 232	1 874	54,3	7,0	4,1

Planter ce « décor social » permet de comprendre le contexte général de la population de femmes que nous allons décrire et analyser à partir des enquêtes de terrain. Cette répartition des habitantes en fonction de la profession et catégorie socioprofessionnelle correspond à la réalité de la population enquêtée : en effet, les entretiens ont été réalisés auprès des femmes qui fréquentaient mon cabinet de sage-femme pour leur suivi de grossesse, de post-partum ou de rééducation périnéale. Il se trouve qu'à l'époque – et pendant les 3 premières années – j'étais la seule

professionnelle installée dans ce secteur géographique, ce qui ne laissait que peu d'alternative aux patientes qui requéraient les services proposés. J'ai donc bénéficié d'une patientelle importante issue de toutes les catégories décrites dans le tableau ci-dessus (**Tableau 2**). La population interrogée est donc composée essentiellement d'ouvrières (majoritairement employées par un groupe agroalimentaire local), d'employées et de professions intermédiaires. Des femmes cadres supérieures, cadres commerciales des entreprises avoisinantes font également partie de l'enquête.

### **Une enquête menée auprès de mères, de toucheurs, de professionnels de santé et de gens d'Église**

La population des mères de nourrissons concernée par mon enquête se compose donc de femmes enceintes ou ayant récemment accouché et consultant à mon cabinet pour leur suivi de grossesse, leur préparation à la naissance et la parentalité (PNP), ou le suivi postnatal (suivi d'allaitement, visite postnatale, rééducation périnéale). Cette période s'étend donc principalement du début de leur grossesse à environ 6 mois après l'accouchement.

Au début de ma « découverte » du recours au toucheur, j'ai d'abord réalisé une première série d'entretiens afin d'évaluer l'importance quantitative de cette pratique, et m'enquérir des éléments nécessaires à la connaissance de la pratique. J'ai ainsi interrogé (en 2007) dans un premier temps 55 patientes d'origine française métropolitaine<sup>53</sup> au hasard des consultations, recueillant et consignait leurs réponses par des notes concises au fur et à mesure de l'entretien lorsque c'était possible, reprenant immédiatement après leur départ les éléments que je n'avais pu écrire au moment même (en fonction de l'activité en cours lorsque le sujet avait été abordé, par exemple déshabillage, rhabillage ou change du nourrisson). Aucun entretien n'a été enregistré, ce « format » étant impossible car les échanges se déroulaient à la fin d'une consultation médicale. L'enregistrement aurait de plus certainement empêché

---

<sup>53</sup> J'ai exclu d'emblée toutes les patientes d'ethnie extra-européenne, nombreuses dans ma patientelle, mon désir étant d'étudier les pratiques traditionnelles locales. Les patientes d'autres origines ethniques (principalement africaines, de nombreuses ethnies différentes) m'ont toutes dit avoir recours à leurs propres pratiques de protections importées de leur pays d'origine.

la spontanéité de la discussion sur ce sujet souvent prudemment abordé par les femmes.

Ayant identifié que l'immense majorité des femmes de la région connaissaient ces pratiques de soin, j'ai ensuite interrogé sur le mode de l'entretien semi-dirigé, de façon aléatoire entre 2007 et 2011, 280 femmes originaires de cette zone géographique (nées d'au moins un parent sarthois ou mayennais) fréquentant mon cabinet, toujours en grande majorité des mères de nourrissons âgés d'une semaine à six mois. Toutes m'ont dit connaître la pratique et les modalités de recours – à peine une dizaine d'entre elles excluant de consulter – et certaines, multipares, ont également pu me transmettre l'expérience acquise pour leur-s enfants aîné-s. J'ai donc colligé les réponses des 270 femmes non hostiles à ce recours de façon succincte en les listant, celles-ci étant tout à fait semblables pour la plupart des items interrogés.

J'ai abordé le sujet au cours d'une consultation (jamais lors d'une première rencontre), au moment jugé opportun, dépendant bien entendu de chaque femme. J'ai en effet rapidement constaté que si certaines livraient facilement leur témoignage, d'autres étaient plus réticentes, en fonction de notre degré d'intimité et de confiance, mais également de leur milieu socioprofessionnel de provenance. Je reviendrai sur cette dernière donnée dans l'analyse de l'enquête.

Lorsque mon sujet de recherche a évolué vers la comparaison avec le recours à l'ostéopathie – ce qui n'était pas le cas au début de mon intérêt pour les toucheurs –, j'ai recontacté d'anciennes patientes avec lesquelles je me souvenais avoir échangé sur leur double recours (ostéopathe et toucheur) pour leur nourrisson. Je suis donc allée réaliser des entretiens auprès de 8 femmes, série complétée par 2 nouveaux entretiens réalisés auprès de femmes rencontrées lors de séances d'observation chez un ostéopathe de Sablé-sur-Sarthe en août 2015. Toutes deux avaient eu recours aux services d'un toucheur pour leurs bébés.

- Entretiens de femmes « tout venant » pour estimer la fréquence du recours au toucheur :55.
- Entretiens de femmes ayant eu recours au toucheur pour leur bébé : 270
- Entretiens de femmes ayant eu recours au toucheur ET à l'ostéopathe pour leur nourrisson : 10

J'ai rencontré 3 toucheurs – 2 femmes et 1 homme –, auprès desquels j'ai mené des entretiens individuels. J'ai assisté chez l'une d'entre elles à une séance de soin appliquée à un nourrisson et à une séance de soin appliquée à un adulte. J'ai également été moi-même patiente, profitant d'un « mal de ventre » localisé et récurrent pour étendre mon observation en me faisant « toucher » à mon tour.

La première d'entre elles est la toucheuse qui reçoit la grande majorité des nourrissons saboliens<sup>54</sup>, sachant qu'elle soigne aussi les adultes. Je la nommerai Madame M., afin de respecter la confidentialité de son témoignage, bien qu'elle ne me l'ait pas explicitement demandé. La seconde, Madame J., est une femme dont le don se limite au seul traitement des brûlures, tandis que le dernier, Monsieur S., ne reçoit que des bébés.

J'ai été mise en contact avec Madame M. grâce à des patientes. Me confiant leur intention d'aller la voir, j'ai demandé à plusieurs d'entre elles de l'informer que je m'intéressais à ses pratiques de soin, et que j'allais, si elle le voulait bien, la contacter. L'une d'elles s'est avérée être sa belle-fille, qui a donc pu facilement relayer ma demande. Mon appel téléphonique ne l'a donc pas prise au dépourvu. Elle s'est montrée chaleureuse et m'a invitée à venir chez elle pour en parler. Une fois sur place, elle m'a proposé d'assister à une séance pratiquée avec un petit nourrisson de deux mois qu'elle recevait justement à cette heure. Cette femme exerce à des heures précises (le matin entre 10h et 11h30 et l'après-midi entre 14h30 et 16h, sauf les mercredis et les week-ends). Elle soigne ainsi environ 6 personnes par jour.

---

<sup>54</sup> Habitants de Sablé-sur-Sarthe

La seconde, Madame J., est la mère d'une patiente, qui a accepté avec plaisir de venir me rencontrer à mon cabinet de consultation pour parler de son don spécifique, celui de « couper le feu ». Ne soignant pas les nourrissons, son témoignage a été principalement instructif sur son expérience de transmission du don, donc peu exploité dans ce travail de recherche.

Le toucheur masculin m'a également été indiqué par des patientes. Je l'ai rencontré plus tard que les femmes (en août 2016), lorsque je me suis rendue compte que mon enquête risquait de présenter un biais du fait de l'exclusive féminité de mon recrutement de praticiens traditionnels. Il m'a reçu à son domicile en présence de son épouse, sa fille et sa petite fille, très chaleureusement.

- Entretiens avec des toucheurs : 3.
- Observation de séances : 2 (1 bébé et 1 adulte).
- Séance en tant que patiente : 1.

J'ai parallèlement mené des entretiens avec 5 médecins généralistes de 3 générations différentes exerçant – ou ayant exercé pour les plus anciens – à Sablé-sur-Sarthe ou à proximité.

Le premier a exercé entre 1952 et 1972 à Auvers-le-Hamon, une petite commune de la zone urbaine attenante à Sablé; le second a exercé à Sablé-sur-Sarthe entre 1974 et 2003 et les trois autres étaient en activité dans cette ville au moment de l'entretien. Le suivi médical courant des nourrissons est fait par ces médecins traitants, car il n'y a pas de pédiatre installé en libéral dans la zone étudiée qui soit susceptible d'assurer ce suivi. Les seuls pédiatres qui officient le font au centre hospitalier (Pôle santé Sarthe et Loir) situé sur la commune du Bailleul, à environ 20 km. Ils assurent principalement le suivi médical des enfants présentant une pathologie ou un facteur de risque particulier. Cet hôpital, comprenant entre autres une maternité et un service de pédiatrie, a été construit à égale distance entre les villes de La Flèche et de Sablé afin d'en mutualiser les moyens.

Dans le même but, j'ai également interrogé 2 puéricultrices du service territorial de Protection Maternelle et Infantile fréquentant les jeunes couples et leurs nourrissons dans un centre de la zone urbaine de Sablé en milieu rural. L'une d'elles, originaire du secteur, est en poste depuis 30 ans dans cette PMI tandis que l'autre, originaire de Loire-Atlantique, exerce dans la région depuis 3 mois seulement. Ces professionnelles effectuent des visites au domicile des couples venant d'être parents et les reçoivent au centre pour des séances de pesée et de conseils d'alimentation pour les jeunes enfants jusqu'à l'âge de 3 ans.

- Entretiens avec des médecins : 5
- Entretiens avec des puéricultrices de PMI : 2

Devant l'association récurrente des soins prodigués et des approches religieuses (prières, signes de croix) constatée durant mes observations, j'ai sollicité le point de vue de deux prêtres du secteur proche.

J'ai questionné mes patientes catholiques pratiquantes (j'en ai une grande quantité dans ma patientèle), afin de savoir qui, parmi les hommes d'Église, serait à même de répondre à mes interrogations. Unanimement, elles m'ont dirigée vers le Père A., prêtre à la Basilique de Notre Dame du Chêne dans la commune de Vion (communauté de communes de Sablé-sur-Sarthe), réputé « *s'occuper de tous ces sujets* ».

Une autre patiente, fréquentant une paroisse mayennaise à une vingtaine de kilomètres de Sablé, m'a dirigée vers le Père D., qu'elle avait sollicité pour moi. Elle m'a rapporté qu'il serait ravi de me recevoir pour échanger sur ce sujet, ce que je fis.

### **Pourquoi cette nécessité de recours complémentaire au parcours de soin conventionnel ?**

Recueillir ces témoignages n'était, au début de mon travail, que pure curiosité ethnographique envers une pratique thérapeutique qui m'était inconnue. Aussi ma préoccupation initiale fut-elle d'évaluer l'ampleur du recours à ces tradipraticiens



pour savoir si mon impression de recours fréquent était bien réelle. C'est à cette fin que j'ai réalisé les 55 premiers entretiens auprès de patientes. Rapidement fixée sur la réalité du phénomène, mon questionnement a ensuite porté sur des éléments pratiques : pour quelles indications consulte-t-on un toucheur pour son bébé, quel âge a l'enfant lors du soin, cette consultation remplace-t-elle celle du médecin, comment trouve-t-on les coordonnées du toucheur, parle-t-on facilement de ce recours et si oui à qui, (et si non, pourquoi), et comment rétribue-t-on la pratique. Mon objectif était à ce moment de connaître précisément les modalités du recours afin de mieux comprendre mes patientes et leur culture de soin, et, pourquoi pas, afin d'enrichir mon réseau de « professionnels » avec qui collaborer en cas de nécessité devant un cas clinique difficile à résoudre... Progressant dans la connaissance de la pratique des toucheurs et de la constellation d'intervenants concernés de près ou de loin (médecins, puéricultrices, gens d'Église), j'ai donc élargi progressivement mes investigations en rencontrant ces différents protagonistes.

Ce n'est que plus tard, au fur et à mesure que ma recherche s'est structurée, que j'ai orienté l'analyse des données collectées de façon à répondre à la question introductive de ma recherche :

Que recherchent donc les jeunes mères en allant consulter un toucheur pour leur nourrisson ? Pourquoi cette nécessité de recours complémentaire au parcours de soin conventionnel ?

### *Un recours massif à une pratique dissimulée*

Les 55 premiers entretiens ont révélé sans équivoque l'ampleur du recours aux toucheurs : seules 6 femmes dirent en effet ne pas avoir fait toucher leur bébé. Parmi elles, 2 étaient étrangères à la région, contrairement à leur conjoint, originaire du secteur. Elles m'ont dit refuser ce genre de pratiques tout en confiant avoir bien du mal à résister à la pression de la belle famille menaçant d'y mener le bébé en cachette. Une autre, nouvellement installée à Sablé avec un conjoint également étranger à la région n'avait pas connaissance de cette « habitude », tandis que deux autres, autochtones, déclarèrent « *ne pas encore avoir eu besoin* » mais précisèrent qu'elles y seraient allées si le bébé l'avait nécessité. Toutes deux, déjà mères, me

précisèrent d'ailleurs avoir fait toucher leur enfant aîné lorsqu'il était bébé. Quant à la dernière, originaire du secteur, elle me dit ne « *pas croire à ces trucs-là, [et que ses] parents déjà n'y croyaient pas* ».

On peut donc remarquer que sur ce premier échantillon, seule une femme originaire de la région (ayant ses parents et/ou grands-parents implantés dans la zone d'étude comprenant des communes de Sarthe et de Mayenne) s'est finalement déclarée hostile à cette pratique.

La spontanéité de la « confession » a été souvent relative. Certaines femmes ont feint dans un premier temps de ne pas comprendre la question, répondant « *qu'entendez-vous par là ?* » ou « *comment ça, "toucher" ?* », prenant le temps de percevoir si ma question avait un caractère moqueur ou critique avant de répondre par l'affirmative. D'autres ont commencé par nier farouchement le recours au toucheur (« *je ne crois pas à ça* », « *je ne connais pas ça* », « *je ne vois pas de quoi vous voulez parler* ») avant finalement de raconter leurs expériences – souvent nombreuses – lors d'une consultation suivante (« *au fait, votre question l'autre jour...Eh bien oui j'ai été le faire toucher, et moi aussi parfois, et mon mari souvent aussi* »). Une femme a failli être classée à tort dans la catégorie des « non pratiquantes », me disant ne jamais avoir amené un seul de ses trois enfants chez un toucheur... pour finalement terminer son témoignage par le constat que son mari avait lui-même le don et qu'il s'en chargeait à domicile !

Si le recours au toucheur n'est pas du tout socialement situé (il concerne indifféremment toute la structure sociale de la population enquêtée), la parole sur le recours est, elle, fortement marquée socialement. Il est apparu de façon récurrente que les femmes issues des classes populaires parlaient très naturellement (voire spontanément) de cette pratique, tandis que les femmes des classes moyennes et supérieures montraient une gêne à avouer ce recours. Par contre, une fois la conversation engagée et les femmes assurées de mon absence de jugement, la parole de toutes sur cette pratique devenait parfaitement libre.

« *La discrétion est le plus habile des calculs* »<sup>55</sup> nous dit la littérature... En effet, le recours aux toucheurs est discret, voire secret, lorsqu'il sort de la sphère de l'intime. Si en famille, entre amis, il n'existe aucun tabou sur ce sujet – c'est dans cette sphère que se transmettent à la fois le conseil de faire toucher l'enfant et la bonne adresse où se rendre – il existe en revanche très souvent une méfiance à aborder le sujet avec des gens qu'on ne connaît pas bien, et on évite généralement de l'évoquer de peur de « *tomber sur quelqu'un qui n'y croit pas* ». Dans le cercle des intimes par contre, on insistera volontiers pour convaincre un incrédule rattaché à la famille par alliance ou un ami étranger à la région du bien fondé de ce recours thérapeutique ou prophylactique. On transmettra alors les coordonnées de la personne qui « touche » toute la famille, contact transmis souvent depuis deux, voire trois générations. Contrairement à ce qu'il m'avait semblé en début du recueil de ces témoignages, ce ne sont pas exclusivement les femmes qui conseillent : un père ou un grand-père ayant été satisfait par un toucheur peut également guider ce choix. Lorsque le toucheur habituel ne pratique plus ou est décédé, un couple d'amis ou une amie ayant eu récemment un enfant peuvent donner les coordonnées du toucheur auquel ils ont eu recours ; un rendez-vous ne sera accordé qu'à la condition expresse de fournir le nom du conseiller.

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

Quatre femmes affirment avoir dit au médecin qu'elles allaient faire toucher l'enfant. Elles ont reçu trois types de réponses : pour deux d'entre elles « *faites ce que vous voulez* », pour une autre le médecin n'a rien dit du tout « *comme s'il n'avait rien entendu* », tandis qu'une dernière y a été clairement encouragée « *elle y croit aussi* ».

---

<sup>55</sup> Honoré DE BALZAC, *La fille aux yeux d'or* (1834)

Les médecins, en effet, ont des attitudes diverses face à cette pratique, entre constatation pudique et réelle méconnaissance.

Le plus ancien des médecins interrogés, le docteur A., a exercé en milieu rural dans une commune attenante à Sablé-sur-Sarthe (Auvers-le-Hamon) entre 1952 et 1972. Formé à Paris, ayant exercé ensuite en Savoie, il s'est installé dans la Sarthe alors que la région lui était totalement étrangère. Il dit n'avoir découvert les pratiques de toucheur qu'exclusivement au cours de son exercice en Sarthe. Certains de ses patients étaient des toucheurs réputés du village. Il n'en a jamais parlé avec eux, disant « *que ça ne s'est jamais présenté* ». Un patient en particulier, qu'il connaissait très bien, était un agriculteur très aisé et « *ne faisait certainement pas cela pour l'argent* ». Mais quand je le questionne sur la nature du « cela », il dit ne rien en savoir, n'en ayant jamais parlé avec l'intéressé. Il dit également avoir très fréquemment observé des petites bourses de tissus cousues épinglées à l'intérieur du vêtement du nourrisson, là encore sans avoir jamais posé de question.

Le second, le docteur B., a exercé à Sablé-sur-Sarthe entre 1974 et 2003. Parisien, il s'est intéressé au sujet dès sa découverte du phénomène à son arrivée dans la Sarthe. À l'époque, selon lui, chaque nourrisson portait un signe extérieur de protection contre les douleurs de poussée dentaire (patte de taupe, dent de taupe principalement, dans une bourse épinglée dans le vêtement du bébé). Il en parlait donc ouvertement avec les patients. Les parents allaient faire toucher les bébés systématiquement pour les protéger contre le « carreau et le chapelet ». De la définition de ces « maladies », il dit n'en donner qu'une interprétation personnelle : « *des coliques physiologiques entre 3 et 4 mois qui trouveraient une réponse spontanée de toute façon sous 15 jours* ». Il pensait que ces pratiques avaient disparu, n'ayant plus remarqué d'objets de protection chez les enfants depuis quelques années, peut-être faute de vigilance, accorde-t-il. Il a donc cessé d'en parler avec ses patientes depuis quelques années... (son activité libérale a pris fin 5 ans avant l'entretien, quand il a pris un poste de permanent à l'EHPAD<sup>56</sup>).

---

56 Établissement d'Hospitalisation pour Personnes Âgées Dépendantes.

Les autres médecins interrogés exerçaient à Sablé en libéral au moment de l'entretien. La plus ancienne, la docteure C., (en poste depuis le début des années 1970), affirme bien connaître ces pratiques. Elle voit beaucoup de dents de taupes dans les sous-vêtements des bébés, et les femmes lui confient parfois qu'elles font toucher leur enfant, « *pour la tradition* » disent-elles souvent. Selon elle, la pratique ne diminue pas, et elle juge important de respecter le choix des mères.

Autre témoignage, ce médecin d'une quarantaine d'années (le docteur D.), de mère bretonne et de père landais, arrivé à Sablé à l'âge de 12 ans. Il est surpris de la question... Il a parfois entendu parler de ces pratiques par des patients dans le cas de brûlures ou de zona, mais s'en est moqué et n'y a pas prêté attention. Il n'a par contre aucune notion du recours aux toucheurs pour les bébés, et se montre très incrédule à l'évocation de la fréquence du phénomène. Il a une fois entendu le terme de « chapelet » pour évoquer un problème chez un nourrisson, mais n'a aucune idée de ce que c'est et n'a jamais cherché à savoir.

Une femme médecin de cinquante ans, la docteure E., pourtant originaire du nord du département, m'affirme dans un premier temps n'avoir jamais entendu parler de ces pratiques. Les patientes ne lui en parlent pas, et elle ne veut pas croire que presque toutes les mères y aient recours pour leur nourrisson. Elle considère de la même façon les homéopathes et les ostéopathes. Elle me dit ne jamais avoir entendu parler du carreau et du chapelet. L'entretien se termine très vite : pour elle, clairement, s'intéresser à ce phénomène signifie le cautionner : elle refuse donc d'en évoquer l'existence.

Il semble donc y avoir 3 attitudes marquées face à ces pratiques : l'indifférence, la tolérance, et l'incrédulité hostile, conformément au ressenti des femmes qui se méfient du jugement.

Le docteur B. pense qu'il faut être tolérant avec ces pratiques qui ne sont pas dangereuses, et qui apportent les bienfaits d'un effet placebo. Cependant, il avoue avoir été parfois surpris par des guérisons inexplicables et inattendues de brûlures graves et de zonas suite à des séances chez le toucheur, alors que tous les traitements médicamenteux avaient échoué. Il a même, autrefois, adressé des patients au « curé

de Ligron » très réputé alors dans la région pour ses dons thérapeutiques, et concède que le traitement s'est révélé efficace pour des cas de brûlures, zona et verrues. Interrogé sur le recours actuel à l'ostéopathie, il estime que cette forme thérapeutique est un recours efficace pour presque tous les problèmes, à condition que le praticien soit « sérieux ». Il précise qu'il entend par cela qu'il faut « *qu'il soit médecin, qu'il ait fait les 6 années de spécialisation, et qu'il ne soit pas juste un kinésithérapeute qui a fait un stage* ». Il clôture l'entretien par cette réflexion : « *on ne comprend pas tout, alors...* »

La docteure C. considère que la pratique des toucheurs « *ne peut pas faire de mal* ». Les indications de consultation dont les femmes lui font part sont les coliques et la prévention des douleurs de poussée dentaire. Elle se dit en revanche inquiète de la systématisation du recours à l'ostéopathie : « *eux, par contre, ils peuvent être dangereux !* »

Le docteur D., n'ayant donc aucune connaissance concernant le recours aux toucheurs pour les bébés, ne donne pas d'avis sur le sujet. Il sait par contre que parfois les femmes consultent un ostéopathe avec le bébé, et avoue s'en méfier, mais sans plus.

La Docteure E., après avoir dans un premier temps affirmé son ignorance de l'existence du recours aux toucheurs, s'empporte finalement, devenant très agressive et véhémement. Elle parle alors de charlatans, qui « *ont tous les droits et pratiquent l'exercice illégal de la médecine en soutirant de l'argent aux crédules* ». Comme évoqué précédemment, elle a rapidement souhaité cesser l'entretien.

On peut donc remarquer que le traitement du sujet est très variable en fonction du praticien. Cependant, pour l'échantillon de témoignages dont nous disposons, il semble possible de mettre en évidence un clivage générationnel : si les plus anciens (de la génération des grands-parents et des parents des jeunes mères actuelles) affichent une connaissance plutôt bienveillante du phénomène tout en restant dans une attitude majoritaire de pudique indifférence, les plus jeunes semblent, eux, ignorants de l'univers culturel de leurs patients. Est-ce lié à une évolution récente du rapport à l'intime dans la médecine conventionnelle ? Est-ce le témoignage d'une

plus grande discrétion populaire par rapport aux pratiques traditionnelles ? Est-ce la relation soignant-soigné qui aurait perdu en proximité et installé un clivage nouveau entre le médecin et son patient ? Est-ce la formation médicale actuelle qui, dans son approche, se serait déconnectée de la réalité des diversités d'attitudes des patients, préférant les occulter pour mieux imposer une nouvelle forme d'hégémonie ? Toutes ces hypothèses peuvent certainement être partiellement vérifiées, et c'est ce que nous développerons dans la suite de ce travail de recherche.

Suite à ces constatations, il m'a donc semblé intéressant d'aller interroger la perception d'autres intervenantes du milieu médical auprès des familles de tout jeunes nourrissons : les puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ces professionnelles paramédicales de la petite enfance interviennent fréquemment dans le suivi des nourrissons au cours de leurs premiers mois de vie. Service public territorial, la PMI permet d'accompagner les jeunes parents dès leur retour à domicile après une naissance. Ces puéricultrices sont donc plongées dans l'univers intime des familles, et sont au cœur des conseils de soin pour les tout petits. J'ai donc demandé à deux d'entre elles – exerçant dans une antenne rurale de la zone urbaine de Sablé-sur-Sarthe –, si les mères parlaient facilement du recours au toucheur et je les ai écoutées exprimer leur opinion à ce sujet. J'y ai constaté un cautionnement discret, fait de respect du secret entourant la pratique et d'écoute bienveillante, caractéristique des professionnelles du « care ».

Mme A., originaire de la Sarthe, est puéricultrice de Protection Maternelle et Infantile depuis 30 ans dans cette zone géographique. Elle a toujours connu ces pratiques – elle-même ayant été touchée petite – et les indications qui amènent les parents à consulter un toucheur sont d'après elle récurrentes: le traitement des coliques et la prévention des douleurs dentaires. Son impression est que les jeunes parents en parlent avec moins de gêne maintenant qu'auparavant. Elle respecte ce qu'elle pense être de l'ordre du secret : *« Je ne demande jamais qui ils vont voir, ni a posteriori s'ils y ont été et comment ça s'est passé. Parfois ils me disent que ça a fait du bien, je n'en demande pas plus, même si j'en ai envie. Mais maintenant j'oserai je crois, et ça m'intéresse ! »*

Autrefois, elle voyait des « colliers de taupe », fabriqués de dents de taupes montées sur une ficelle autour du cou du bébé. Elle ne remarque maintenant que le petit sac en tissu contenant ce qu'on lui dit être une dent de taupe, accroché par une épingle à nourrice dans le sous-vêtement de l'enfant. Jamais elle ne l'évoque quand elle le remarque, « *pour ne pas gêner les parents* ».

Mme B. est elle aussi puéricultrice de PMI et intervient dans le même secteur géographique. Elle n'est en poste dans le département que depuis 3 mois, venant de Loire-Atlantique. Elle dit avoir découvert ces pratiques très récemment, depuis qu'elle est arrivée dans le secteur, les toucheurs étant très fréquemment évoqués par les parents. En fait, elle découvre lors de notre discussion que les petits sachets de tissus épinglés dans les sous-vêtements des bébés sont des dents ou des pattes de taupes... Elle a bien vu les épingles à nourrice, mais n'a jamais posé de question. En général dit-elle, « *les parents lui disent qu'ils ont fait toucher l'enfant parce qu'il avait des coliques* ».

Madame A. décrit que très fréquemment, les parents lui demandent son aval : « *Je pense aller le faire toucher, qu'en pensez-vous ?* ». Elle répond toujours : « *Faites si vous voulez, ça ne peut pas faire de mal* », mais elle ne le conseille pas spontanément. En revanche, elle incite souvent les jeunes parents à aller chez un ostéopathe pour des enfants qui pleurent et semblent douloureux. Elle insiste sur l'importance du bouche à oreille pour le choix du praticien en ostéopathie : ne pas adresser l'enfant à quelqu'un qu'on ne connaît pas... « *On ne sait pas trop comment ça marche, mais ça marche en général très bien. Les médecins ne sont pas pour, mais on ne le leur dit pas* ». Elle dit percevoir une méfiance grandissante des gens pour les médicaments, qu'ils vont donc s'efforcer d'éviter de donner à leur bébé et cherchent d'autres moyens pour les soulager. À l'instar de sa collègue, Mme B. a tendance à conseiller l'ostéopathe si l'enfant présente des pleurs et qu'il n'y a pas eu de réponse médicale.

Ces infirmières puéricultrices rencontrées – et nous ne généraliserons pas, car les professionnelles de cette catégorie peuvent parfois être perçues comme des juges de bonne conduite par des parents en délicatesse avec les services sociaux – sont clairement dans le registre du « *care* », et nous pouvons analyser leurs témoignages à



la lumière de ce positionnement. Femmes, professionnelles du soin au bébé – elles ont en charge les conseils aux parents concernant l'alimentation, l'hygiène de vie et les soins des petits de moins de 3 ans –, exerçant dans l'intime du domicile parental, elles répondent aux caractéristiques du *care* tel qu'il est décrit dans la théorie princeps par Carol Gilligan<sup>57</sup> en 1982 aux États-Unis, reprise en France par Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman en 2009<sup>58</sup>. Ces femmes, dans leur positionnement, se situent dans la continuité de la sphère domestique, écoutant, conseillant avec bienveillance. Elles ne jugent pas, respectent le secret relatif des recours aux soins non conventionnels. Cette relation de *care* est d'autant plus présente chez Madame A., plus âgée, originaire comme les patientes du secteur géographique concerné par les pratiques de toucheurs, et également située dans une proximité sociale. Elle affiche une complicité profane de femme maternante, doublée d'un ancrage professionnel : elle ne juge pas le recours à des pratiques de médecine populaire traditionnelle, mais ne les cautionne pas totalement non plus, préférant orienter ses préconisations vers une autre méthode alternative, peut-être moins « irrationnelle » à ses yeux, ou du moins plus actuelle.

C'est donc désormais confirmé : ces jeunes parents de Sarthe et de Mayenne recourent discrètement, mais de façon généralisée, à cette pratique thérapeutique traditionnelle pour soigner leurs nourrissons. D'ailleurs Madame M., toucheuse, confesse facilement que « *Tout le monde vient me voir ! J'ai même des femmes de médecins qui viennent beaucoup, alors je rigole bien quand on me dit que tel ou tel médecin dit que c'est des bêtises...* ».

Une telle persistance d'une pratique populaire peut sembler tout à fait étonnante dans le contexte actuel d'accès facile, non contesté et normalisé aux soins médicaux,

---

<sup>57</sup> GILLIGAN, Carol. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Mass : Harvard University Press, 1982, 184 p.

<sup>58</sup> MOLINIER, Pascale ; LAUGIER, Sandra ; PAPERMAN, Patricia. *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009, 298 p.

du moins pour la population concernée par l'étude. Le médecin ne suffirait-il donc pas pour guérir les bébés ?

### ***Un recours thérapeutique additionnel au parcours de soin conventionnel***

Les familles recourent donc massivement, et dans le secret, à ces pratiques thérapeutiques alternatives. Pour autant, elles restent fidèles au médecin et suivent le parcours de soin conventionnel. Les indications de consultation chez le toucheur sont très stéréotypées, tantôt curatives, tantôt préventives, tout comme d'ailleurs les raisons évoquées pour aller chercher ce complément de prise en charge hors du cabinet du médecin traitant. Parfois, en effet, le médecin n'accorde que peu de crédit à la plainte, se contentant d'une prescription médicamenteuse laissant la jeune mère seule face à son angoisse : « *il m'a dit que c'était normal les coliques, qu'il fallait attendre que ça passe, mais je vois bien que mon bébé a mal, je ne peux pas le laisser comme ça* » ; « *il m'a donné des médicaments, mais ça ne fait rien* ». Il arrive aussi que la femme juge ce recours totalement hors du champ médical, considérant que « *c'est autre chose, ça n'a rien à voir avec le docteur* ». La pratique est alors strictement parallèle aux consultations médicales.

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

Deux périodes, correspondant à des indications différentes, conduisent en effet les parents à amener le nourrisson se faire toucher. Avant 3 mois, il s'agit avant tout de guérir ; plus la consultation est précoce, plus la demande est curative. L'absolue récurrence des réponses ne laisse aucun doute sur ce sujet. L'enfant est conduit pour la première fois chez la personne qui touche en majorité entre 2 semaines et 3 mois de vie. Les indications de consultation citées par les parents sont alors toujours liées à des pleurs de l'enfant qu'on n'arrive pas à calmer. On retrouve principalement les

coliques, décrites comme des pleurs fréquents associés à des gaz intestinaux et à des mouvements d'inconfort du bébé : « *il se tortille, pète et pleure beaucoup. On ne sait plus comment le calmer* ». Les régurgitations fréquentes et accompagnées de pleurs, les érythèmes fessiers douloureux sont aussi cités, mais moins fréquemment. À la frontière entre le préventif et le curatif, on trouve les bébés qui bavent beaucoup et, comme toujours, qui pleurent. Les parents pensent que la poussée dentaire débute, mais, avant 3 mois, le diagnostic posé par le toucheur est presque systématiquement le « muguet ». Les problèmes cutanés sont très peu évoqués à cet âge, indications que l'on retrouve plus fréquemment en cas d'eczéma chez l'enfant plus grand. Les toucheurs interrogés confirment unanimement ces indications. Selon Madame M., pour le nourrisson, la demande principale est la résolution des « coliques », ces maux de ventre explicites du bébé qui « *grimace, se tortille, pleure* ». Souvent, elle dit retrouver le fameux muguet, qu'elle diagnostique grâce à un ensemble de signes cliniques, et qu'elle ressent également chez l'enfant dans son système digestif en parcourant de la paume de la main la surface du corps du bébé, sans le déshabiller et en restant à la distance de quelques centimètres au-dessus. Lorsque je lui demande ce qu'elle ressent, elle me répond juste « *je le sens, c'est comme ça* ». Monsieur S., bien que moins précis dans les signes relevés chez les bébés, reconnaît lui aussi ces indications : « *la gorge plein de lait épais ça c'est le muguet (...). Autrement c'est des coliques, les bébés dorment pas, dès qu'ils ont mangé ils ont mal au ventre, ça digère point, c'est calé là, quoi, alors on doit enlever ça aussi.* »

Au-delà de 3 mois, la consultation devient surtout préventive, bien que la décision de consulter continue de faire suite à l'apparition de signes particuliers : l'enfant bave beaucoup, pleure, et a éventuellement un érythème fessier. Le signal est alors donné pour la consultation de protection contre les douleurs de poussée dentaire.

La persistance historique de la préoccupation relative à la période d'apparition des premières dents est remarquable. Combien de fois n'entend-on pas en effet les jeunes mères redouter cette étape, ou justifier une attitude ou un symptôme inhabituel du nourrisson par un « *c'est les dents* » empreint d'une inquiétude non feinte ? De nombreux forums d'échanges sur internet révèlent cette inquiétude maternelle, et il

n'est pas rare qu'un professionnel intervienne pour banaliser cette étape de développement, n'hésitant pas à qualifier de « croyance » les liens entre les perturbations que connaissent les bébés vers 6 mois et l'apparition des premières dents. Que le lien entre maux infantiles et poussée dentaire soit avéré ou pas, force est de constater que les indications de recours au toucheur qui persistent, tant en « préventif » qu' en « curatif », sont intimement liées à cette période et aux douleurs qu'elle produit.

L'inquiétude ressentie par les parents lors la première période de poussées dentaires de leur bébé est généralement disproportionnée au regard des risques encourus et doit donc être considérée au-delà de la simple préoccupation de l'inconfort que ce phénomène engendre. En effet, si les maux attribués aux poussées dentaires sont nombreux et divers (douleurs, mais aussi diarrhées, otites, fièvres, érythèmes fessiers, irritabilité, troubles du sommeil...), ils ne menacent plus guère la vie de l'enfant ; ces complications sont facilement prises en charge par les médicaments proposés en médecine conventionnelle. Et pourtant, cette étape du développement continue d'entraîner l'appel aux pratiques traditionnelles de protection.

Sans doute faut-il aller chercher une explication dans le passé... Dans les représentations populaires de la France traditionnelle, le nouveau-né arrivait au monde inachevé, plus proche de l'animal que de l'humain<sup>59</sup>. Pour l'amener au stade d' « humain achevé » nous dit Françoise Loux, de nombreux processus se succédaient afin que « le corps nature devienne corps culture ». Tous ces processus se traduisaient dans des attitudes de soins (par le façonnage des corps en premier lieu<sup>60</sup>), des procédés thérapeutiques et des rites de socialisation dont le premier était le baptême. L'enjeu était donc double : amener le petit d'homme au statut d'humain, indépendant et autonome, et l'intégrer dans sa communauté.

---

<sup>59</sup> LOUX, Françoise. *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault, 1979, 178 p.

<sup>60</sup> GELIS, Jacques. *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Paris : Fayard, 1984, 611 p.

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

Françoise Loux évoquait la « solitude des mères » résultant de la disparition apparente des pratiques populaires, les jeunes femmes ne trouvant pas chez le médecin ou dans les médicaments prescrits de réponse à leurs angoisses. C'est d'ailleurs une des constatations que fait Madame M., toucheuse à Sablé-sur-Sarthe : « *Ces pauvres petites mamans, elles ont besoin d'être écoutées et rassurées plus qu'autre chose. Leur bébé pleure, elles ne savent plus quoi faire, elles pensent qu'elles n'y arrivent pas* ». Monsieur H., ostéopathe dans la même commune, observe lui aussi « *elles sont surtout inquiètes, les écouter dans leurs angoisses et les rassurer sur l'état de leur bébé est bien souvent suffisant pour que tout le monde s'apaise* ». Preuve est faite que les jeunes mères savent faire perpétuer les recours qui leur sont nécessaires pour apaiser les craintes relatives à leur nourrisson.

Il semble donc que les mères aient continué à rechercher cette efficacité symbolique du toucheur, que les ethnologues qui avaient étudié ces pratiques jusque dans les années 1980 croyaient obsolète sinon totalement disparue.

***Du « carreau et chapelet » à la colique : le spectre de la mort remplacé par la crainte de la douleur.***

Une des premières raisons qui amène les mères à « faire toucher » leur bébé est le mal de ventre, que tout un chacun, médecin comme parent, appelle « colique ». Or, il m'est apparu lors des échanges avec les femmes plus âgées – mères et grands-mères de mes patientes –, que la prédominance de cette indication est assez récente. « *Dans notre temps* » disent-elles, « *c'était contre le carreau et le chapelet qu'il fallait protéger les enfants* ». L'une d'entre elles affirmant même que « *les coliques, ça n'existait pas de mon temps, je ne sais pas ce qu'ils ont tous avec ça...* ».

Sur le plan sémiologique, ce qu'on appelle colique du nourrisson est avant tout en lien avec des pleurs difficiles à apaiser, récurrents et attribués à des douleurs intestinales. Ces pleurs peuvent être présents dès les premières semaines de vie avec un acmé entre 6 et 8 semaines et jusqu'à un âge peu précis situé entre 4 et 6 mois. Elles sont imputées tantôt à une immaturité du système digestif, tantôt à l'alimentation elle-même (alimentation de la mère si elle allaite, nature du lait maternisé si l'enfant est nourri au biberon), et font surtout l'objet d'un aveu d'ignorance d'une étiologie précise par le corps médical<sup>61</sup>...

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

Dans les témoignages recueillis chez les mères et les grands-mères des jeunes femmes, cette protection contre le « carreau et le chapelet » est qualifiée d'incontournable : toutes témoignent que « *autrefois, on devait toujours les faire toucher contre le carreau et le chapelet, sinon on disait qu'ils risquaient de*

---

<sup>61</sup> BELLAÏCHE, Marc. Coliques du nourrisson : comment lutter contre la crise. *Pédiatrie pratique*, 2012, N°234.

*mourir* ». Monsieur S., toucheur, confirme : « *Votre maman elle doit connaître ça par cœur, si vous le soignez pas, le bébé, si il a le chapelet, le carreau ou un truc comme ça, ben 2 jours, 3 jours, il est dans le cimetière, hein. Si vous faites rien.* » J'ai demandé à chaque femme qui me parlait de ces maladies de m'expliquer en quoi elles consistaient, et chacune m'en a donné une description différente. Les médecins, eux, m'ont dit ne pas connaître la signification de ces mots ni la corrélation avec une pathologie connue. La génération ayant actuellement des enfants en bas âge n'évoque plus jamais ces termes, et semble même les ignorer, sauf éventuellement comme citation d'une mère ou d'une grand-mère.

J'ai donc souhaité explorer ces indications « disparues » afin d'affiner la crainte qui s'exprimait à travers elles.

Concernant *le carreau*, Madame M., toucheuse, affirme qu'il fallait en protéger les bébés, car son apparition constituait une urgence vitale. L'enfant atteint ne pouvait plus du tout s'alimenter et présentait des vomissements en jet à la moindre ingestion de liquide ou de nourriture. Il fallait le toucher sous peine de décès rapide. Elle se dit incapable de préciser s'il s'agit d'un microbe... « *C'est un mal* ». Je n'ai pas réussi à savoir si elle considérait ce risque comme toujours présent et si elle agissait contre lui. Pour la mère d'une de mes patientes, âgée d'une cinquantaine d'années, rencontrée lors d'une visite à domicile, il s'agissait d'une maladie qui se caractérisait par des petits carreaux se dessinant sur la peau du dessus des mains. Elle ne peut en dire plus, sauf que c'était dangereux. De toute façon, on en protégeait toujours les bébés dès le plus jeune âge. Pour une autre femme de cette génération, il s'agissait d'un problème de poumons, avec la peau du thorax qui se marquait de petits carreaux. Là encore, la notion de risque vital primait. Par ailleurs, quant à la disparition de ce « risque », nul n'a su quoi répondre. « *Tiens, oui, c'est vrai, on en parle moins* » ai-je entendu affirmer à plusieurs reprises.

J'ai trouvé l'évocation de cette maladie dans une édition du *LAROUSSE pour tous* du début du XXe siècle (pas de date précise retrouvée sur l'ouvrage). En voici la définition donnée, qui diverge d'ailleurs des descriptions recueillies :

« ENCYCL. Méd. Le carreau se montre généralement vers l'âge de trois ans ; il est caractérisé par des symptômes assez vagues, diarrhées ou constipation, troubles de l'appétit, etc. ; seul l'abdomen augmente d'une façon constante. À la palpation, on note bientôt des petites tumeurs arrondies et dures, qui sont les ganglions du mésentère. Cette tuberculose guérit parfois par l'usage de l'huile de foie de morue, des iodures, des bains de mer et une bonne alimentation. »

La référence à cette maladie du carreau est faite également dans de nombreux livres de médecine des XIXe et du début du XXe siècle, comme cet ouvrage de 1917 du Professeur Adolphe Combe traitant de *La tuberculose du nourrisson*<sup>62</sup> dans lequel on peut lire :

« TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE GÉNÉRALISÉE.  
— Ces trois formes de la généralisation lymphoïde peuvent enfin se combiner en donnant lieu à la cachexie que les anciens médecins appelaient le carreau, qui se manifeste par une tuberculose ganglionnaire généralisée ».

Pour ce qui concerne *le chapelet*, Madame M. évoque une symptomatologie digestive : des « *petites crottes en billes reliées par un fil, comme un chapelet* ». Moins dangereux que le carreau, ce mal donnait surtout des douleurs de ventre au bébé. L'explication est identique chez toutes les personnes interrogées.

Suite à une recherche sur les forums internet actuels de discussion entre les jeunes mères, j'ai pu retrouver quelques échanges de questions et de réponses à ce sujet. (J'ai volontairement respecté l'orthographe originale des textes). La plupart du

---

<sup>62</sup> COMBE, Adolphe. *La tuberculose du nourrisson*. Paris : ed. J.-B. Baillière et fils. 1917. 197 p. [en ligne]. Disponible sur : <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb31961482t>. Consulté le 23/02/2016.



temps, l'incapacité du corps médical à diagnostiquer cette pathologie et à la traiter est évoquée, comme dans ce témoignage :

*« bonjour*

*j'ai un gros problème, j'ai ma fille qui a 1 an et qui pese seulement 6,350 kg.*

*depuis c'est 7 mois elle n'a pas repris de poids.*

*je suis aller voir un pédiatre , il lui a fait faire des examens , analyse d'urine et selle , prise de sang et radio des poumons. Mais il n'y a rien aux résultats.*

*elle doit passer 24h a l'hôpital , pour faire plus d'examen.*

*ma mère et aller voir une voyante pour lui demander ce qu'elle avais et elle lui a dit que c'etait la maladie du carreau.*

*je voudrais savoir si quelqu'un connais cette maladie.*

*j'avoue que je suis perdu , j'ai peur pour la santé de ma fille.*

*s'y vous plais reponder moi si vous connaisser cette maladie. »*

Outre les nombreuses réponses faisant état de leur méconnaissance de cette « maladie », d'autres donnent en effet pour unique solution d'aller « faire toucher » l'enfant, comme par exemple :

*« Oui , nous connaissons la maladie du carreau , les symptômes sont raideur, plus de réaction au pincement, ne pleure plus, et de la température, nous venons de passer par cette maladie. Le traitement c'est une guérisseuse qui a sauvé mon petit fils sans hospitalisation, il avait tout les symptômes indiqués, ce sont les intestins qui se colle et étouffe l'enfant. »*

ou encore:

*« Moi je conais*

*sa joue beaucoup sur le transite de ton enfants et si tu le fé pas soigné elle aura de plus en plus mal au ventre!!!*

*il faut ke tu ailles voir un guéri tout et il va te faire faire une neuveine pendant 9 jours tu devra mettre une creme sur le ventre de ton bébé et dire une priere tous les soir au bout des 9 jours il faudra ke tu brule le body et surtout ne pas lui changer pendant 9 jours!!! et normalement le carreau part en meme temps!!!*

*je te souhaite bon courage car c pas évident du tout sa!!! »*

Une autre question est posée:

*« Bonjour les filles*

*je viens à vous pour savoir qu'est-ce que c'est vraiment le carreau, le chapelet?*

*Une amie de ma belle-mère m'a dit de faire toucher mon bébé, car il avait le carreau, le chapelet. Je lui ai demandé ce que c'était et elle m'a dit c'est quand les bébés ont les poings fermés, les jambes croisées et très nerveux.*

*Mais elle ne ma pas expliquer ce que c'était vraiment, si c'était dangereux pour mon fils ou pas.*

*Et mon bébé ne fais pas ses nuits, il a 2 mois, cela pourrait il venir a cause de ça?*

*j'espère mettre bien expliquer et merci de vos réponses »*

Quelqu'un d'informé intervient alors:

*« Le carreau et le chapelet*

*On entend par carreau, la tuberculose des ganglions mésentériques. Les enfants qui en souffrent ont le ventre gros et dur. Le chapelet, lui, est une succession de ganglions lymphatiques qui font penser justement à un chapelet. On distingue comme variante du chapelet, le chapelet pustuleux composé de pustules syphilitiques tertiaires regroupées sur le front, et le chapelet costal, qui consiste en des boursoufflures visibles chez les rachitiques au niveau des côtes et des cartilages costaux.*

*Dans les temps anciens, de nombreux enfants décédaient suite à cette maladie nommée le chapelet et le carreau. Elle est ainsi appelée parce que les petits malades avaient le ventre dur et tout un chapelet de ganglions. Les mères emmenaient alors leur progéniture voir un ... pour enlever leurs maux.*

*Aujourd'hui encore, quand bébé a les poings fermés et les jambes croisées, la peau marbrée, qu'il est très nerveux, qu'il a du mal à dormir et qu'il régurgite son lait, certaines mères l'emmènent chez le ... ou le magnétiseur. Celles qui ont procédé ainsi avouent avoir connu de bons résultats, d'après leurs témoignages.*

*Certaines diront que le carreau et le chapelet fait partie des croyances populaires. Une chose est sûre, quand le cas se présente, il s'agit souvent d'un problème de transit intestinal. A vous de choisir après si vous voulez emmener votre enfant*

*voir un ... ou un pédiatre. L'essentiel est que le souffrant guérisse au plus vite. »*

On devine à cette lecture l'origine sociale des intervenantes, par comparaison à celle de la personne qui leur répond. Cette liberté de parole et de questionnement sans réticence sur un sujet aussi controversé est la même que celle observée chez ces femmes issues d'un milieu plutôt populaire au cours de nos entretiens. Il s'agit bien, comme nous l'avons indiqué dans un chapitre précédent, de la parole sur la pratique et non du recours à la pratique elle-même, qui, elle, existe dans toutes les classes sociales sans exceptions.

La symptomatologie exprimée par les parents peut certes varier, mais la justification du recours à une séance chez le toucheur s'exprime donc toujours par l'incapacité à calmer des pleurs fréquents de l'enfant, et révèle donc l'angoisse parentale.

La connaissance des sciences médicales s'avère donc présenter certaines limites pour répondre aux demandes populaires. Pour soigner des maladies, la médecine est considérée comme compétente, mais pour accompagner le développement physiologique, apparemment, elle est imparfaite... J'ai donc souhaité approfondir la connaissance de la pratique traditionnelle en interrogeant l'origine de cette « compétence » des toucheurs pour soigner. Toutes et tous ont été unanimes : c'est un don, et il est intimement lié à la religion catholique.

### ***Un recours magico-religieux***

J'ai pu aborder le sujet de l'obtention du don avec sept personnes qui disaient bien connaître le sujet grâce à un proche l'ayant reçu. Les réponses à cette question furent toutes assez semblables. La transmission se fait de personne à personne, généralement au moyen d'un support matériel (papier, médaille). Deux d'entre elles m'ont précisé que le don se transmettait à quelqu'un du sexe opposé.

Pour Madame J., c'est son père, qui, se sentant vieillir, devait transmettre son don à une femme. Quand il a estimé que le temps était venu car il était « fatigué », il a donné à sa fille un papier sur lequel était écrite la prière à réciter ou à lire en tournant la main autour de la brûlure dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Son père avait lui-même reçu le don d'une vieille voisine. N'ayant pas eu de garçon, Madame J. espère qu'elle transmettra son don à un petit-fils.

Les parcours de Madame M. et de Monsieur S. sont différents. Ils ont tous deux découvert qu'ils avaient le don. Madame M. a en effet découvert son don suite à une maladie qui aurait dû lui coûter la vie.

*« J'aurais dû mourir, même le personnel (de l'hôpital) n'a pas compris ce qui s'était passé... Ils m'appellent la ressuscitée ! J'étais condamnée, j'avais perdu connaissance, on avait déjà préparé mon mari... Un matin je me suis réveillée, je me suis levée, et tout allait bien. Moi, j'ai vu la lumière blanche au bout du tunnel, vous savez, et puis elle s'est arrêtée, j'ai compris que ce n'était pas encore temps pour moi. J'étais déjà très croyante avant, alors vous pensez si ça ne m'a pas arrangée ! Après ça, j'ai croisé quelqu'un qui m'a dit que j'avais un don, il le sentait. Il m'a dit d'aller à une séance avec un grand professeur qui venait de Tours pour tester les dons... On était beaucoup, trente peut-être, mais surtout des gens qui espéraient l'avoir. Beaucoup repartaient déçus, le professeur leur disait que non. Moi, quand il m'a vue, il m'a dit que j'allais pouvoir guérir beaucoup de monde ! Pour voir si on a le don, on peut utiliser une orange, mais attention, non traitée, hein ! Vous la prenez dans la main chaque jour, et si vous avez le don, elle sèche. Je l'ai fait à mon mari qui se moquait un peu en disant qu'il allait toucher les gens aussi... L'orange a pourri en trois jours, il n'a plus rien dit !*

*Le « professeur » nous a ensuite expliqué comment utiliser le don, comment se protéger aussi, et puis ce qu'on n'avait pas le droit de faire, comme de se servir du don sur des personnes qui ne le demandent pas. Il faut que les gens demandent pour les toucher. On ne doit jamais proposer même si on sent qu'il y a quelque chose. Et pour se protéger, il faut toujours se laver les mains après avoir touché, sinon on prend et on garde le mal. Ça m'est arrivé au début, j'avais pris une gastro terrible ! Maintenant que je vieillis aussi, je ne prends plus les malades trop graves, ça me fatigue trop. »*

Monsieur S., lui, est issu d'une lignée de toucheurs, mais ne l'a pas reçu personnellement selon les règles de transmission qu'il ne m'a d'ailleurs pas expliquées. Il s'est rendu compte qu'il avait le don :

*« Moi ça a commencé par ma nièce, par ma sœur, ma sœur elle a eu une petite fille, et puis elle faisait que de pleurer, et moi quand je l'ai pris dans mes bras j'ai dit tiens? ben elle pleure plus... et c'est comme ça petit à petit... Ben je fais ça pour arranger les petites dames et surtout les bébés. (...) C'est comme ça que c'est venu, et puis petit à petit ma sœur elle a dit ben va donc voir mon frère, moi elle pleure plus! j'ai fait pareil, et puis ainsi de suite et puis ainsi de suite. »*

Au cours de mes visites chez Madame M. et Monsieur S., j'ai été frappée par la récurrence des références à la religion catholique dans leurs discours et leurs décors familiaux. Madame M. déclare en effet « *dire des prières dans sa tête* » pour aider le soin et Monsieur S. explique « *je fais un signe de croix, je mets ma main dessus le bébé.* » Elle dit de plus tout simplement que son don lui vient de Dieu. Le décor de l'intérieur de la toucheuse est composé d'icônes religieuses, statuettes et croix ornant les murs et les étagères. Si ce n'est pas le cas du domicile du toucheur – pour la pièce

visitée du moins –, il portait par contre une grande croix autour du cou pour me recevoir et les références au catholicisme étaient omniprésentes dans son discours.

Mes patientes ayant eu recours à d'autres toucheurs me décrivent le même contexte, à des degrés divers. À noter que la prière est toujours présente.

Devant cette constatation et désirant poursuivre la connaissance de la pratique, j'ai souhaité connaître l'opinion des représentants de la religion au sujet de ces habitudes locales. J'ai obtenu sans difficulté un rendez-vous auprès des prêtres sollicités, le passeport de sage-femme s'avérant à nouveau d'une efficacité sans faille.

Le Père A.<sup>63</sup> m'avait été conseillé par mes patientes catholiques pratiquantes en tant que prêtre spécialisé dans les affaires occultes du diocèse.

Je fus reçue un matin dans le vaste bureau du Père A., doté à mon grand étonnement d'un équipement informatique ultra-moderne, quelque peu anachronique au sein de cette Basilique du XVe siècle... Peu chaleureux, il me prie de m'installer dans un fauteuil, prenant place face à moi. Son « *Que puis-je pour vous ?* » froid et tranchant m'interdisent de sortir mon enregistreur. Je décide donc d'attaquer frontalement le sujet, quitte à me trouver face à une fin de non-recevoir. L'homme ne paraît pas enclin à perdre son temps en bavardages.

Voici en substance les termes de mon introduction : Je suis sage-femme installée en cabinet libéral à Sablé, et j'arrive d'une autre région. J'ai découvert que quasiment toutes mes patientes avaient recours à des gens de village pour « faire toucher » leur nourrisson, afin de soigner ou de prévenir des maux. Ces toucheurs, semble-t-il, utilisent des prières et des images saintes dans leurs pratiques de soin, aussi voulais-je connaître votre point de vue à ce sujet. L'Église cautionne-t-elle ces pratiques, ou du moins les tolère-t-elle ?

---

<sup>63</sup> Ordonné prêtre en 1973, il exerce en Sarthe depuis cette époque.

S'en suivit une longue réponse, dont je vais ici retranscrire le message essentiel. Je précise que j'ai pris des notes tout au long de l'entretien afin de retenir les termes exacts utilisés par le prêtre. De plus, à la fin du rendez-vous, le père A. m'a remis un livret rédigé par ses soins datant de mai 2001, intitulé « Occultisme Danger », dossier spécial de la revue « Il est vivant!<sup>64</sup> ».

Il commence par me définir les toucheurs comme faisant principalement disparaître la douleur des brûlures, du zona, et de l'apparition des dents chez les nourrissons. C'est efficace et instantané la plupart du temps. Il précise qu'il n'englobe pas les rebouteux qui eux remettent en place par manipulation des os ou des membres démis. « *Il faut juste s'assurer qu'ils ne disent pas de prières et n'ont pas d'autres pratiques magiques* ».

Ces pratiques, m'explique-t-il, appartiennent en général à la magie blanche, c'est à dire qu'elles consistent à invoquer Dieu et les Saints en prétendant s'approprier la puissance divine, ce qui est bien entendu impossible selon lui. La puissance ainsi sollicitée ne vient jamais de Dieu. Le don de guérison existe, il appartient à Dieu. Le Père A. dit avoir à de rares occasions pu guérir des personnes grâce à ce don divin : « *le don appartient exclusivement à Dieu, qui va « passer » par un élu – un prêtre donc en quelque sorte officiellement missionné – pour agir* ». Il ne peut s'agir que de cas ponctuels, selon la volonté de Dieu, qui seul a qualité pour choisir la personne à guérir. Le prêtre n'est alors que le « canal » de transmission de la guérison. En aucun cas, et il insiste beaucoup sur ce point, un humain ne peut prétendre posséder un don qui de fait n'appartient qu'à Dieu.

Le fait de pouvoir guérir, qui plus est de répéter le geste efficace à l'envi, provient donc d'un autre que de Dieu, et « *c'est le Malin qui est derrière tout cela.* ». On peut lire dans son dossier: « *S'il y a un effet automatique, on n'est plus dans la prière mais dans la magie* ». Les toucheurs sont possédés par le Malin, explique-t-il. Ce dernier va s'introduire dans les personnes ayant recours à leurs soins par des failles bien identifiées par le toucheur. Le Malin va ainsi étendre son emprise grâce à

---

<sup>64</sup> AUZENET, Dominique. Occultisme danger. Dossier hors-série n°172, revue *Il est vivant !* Mai 2001, 31 p.



l'aide du toucheur. *« Les signes de possession sont aussi nombreux que divers, allant de la voiture qui ne démarre plus aux ampoules qui claquent au domicile, pour finalement arriver jusqu'au blasphème. »*. Le père A. dit peu s'occuper des « simples » possédés, mais aide principalement les toucheurs qui ont compris qu'ils sont guidés par une force occulte : *« je les descends à la chapelle, et je pratique des prières de désenvoûtement. »* L'exorcisme est parfois nécessaire, un prêtre par diocèse est compétent pour cela, mais son identité reste secrète.

Il est donc primordial selon lui de mettre en garde les couples qui pourraient avoir recours à ce genre de pratiques. Un point majeur est à souligner : il faut fuir si le toucheur se met à marmonner des prières inaudibles, car c'est le signe qu'il invoque le Malin et non Dieu. Alors, l'enfant est en grand danger. On peut lire dans son livret :

*« Les personnes qui font disparaître les douleurs agissent à partir de ce qu'elles appellent des « prières ». Le problème est que ces prières peuvent être, en fait, des prières « magiques » : on considère qu'elles produisent un effet précis. Ou encore, et c'est le cas le plus fréquent, ces personnes possèdent une ou plusieurs véritables formules magiques qu'elles ont reçues dans leur famille, ou de quelqu'un d'autre. Ces formules contiennent souvent le nom de Judas, parfois même celui d'un saint. Les guérisseurs les « marmonnent » à voix basse, pour qu'on ne comprenne pas, et que la chose puisse rester en leur possession. A ces prières, certains ajoutent des signes de croix, des impositions de mains, des prières à dire chez soi... »*

Je me suis ensuite dirigée vers un autre prêtre, toujours sur les conseils de mes patientes pratiquantes. Il exerce au sein d'une commune rurale située à 15 km de Sablé.

J'ai été reçue par un homme d'origine togolaise, chaleureux, accueillant, visiblement ravi d'échanger sur sa pratique et sa relation avec ses paroissiens. Il réside, au moment de l'entretien, depuis 2 ans dans sa paroisse.

Interrogé sur sa connaissance des toucheurs, il souhaite avant tout m'expliquer que les paroissiens ont recours à lui pour se protéger : il est souvent sollicité pour aller bénir des maisons et des appartements : « *je célèbre l'Eucharistie pour rassurer le paroissien* ». Il ne nie pas la réalité de l'action du Malin dans le monde, et agit « en protection ». Pour ce qui concerne la guérison, il ne remet lui non plus pas en cause l'efficacité thérapeutique du toucheur : « *des personnes peuvent soigner et guérir par le biais du toucher*<sup>65</sup>, *ces guérisons sont des réalités qu'on ne peut pas nier. Christ lui même a touché et guéri des personnes* ». Selon lui, « *Dieu donne sa grâce à qui il veut, quand il veut, sans nécessité que cette personne soit chrétienne ; il ne faut pas privatiser la grâce de Dieu en prétendant que seul le prêtre a cette capacité* ». À de nombreuses reprises, il dit « *qu'en Afrique la question de protection se pose à tous, peu importe le contexte, religieux ou non* » ; « *les hommes sont constamment en quête de sécurité, de protection, et il y a moins de réticence qu'ici pour en parler* ».

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

Parfois, dans leurs critiques, les médecins enquêtés ont également avancé la potentielle cupidité des guérisseurs. Dans le réseau étudié lors de mon enquête, cette crainte révèle surtout une méconnaissance. Ce système traditionnel est a priori basé

---

<sup>65</sup> Le Père D. n'utilise que ce terme.

sur une organisation d'obligation triple – donner-recevoir-rendre – telle qu'elle est décrite par Marcel Mauss<sup>66</sup>. En effet, le mode de rémunération est identique pour tous les témoignages recueillis: on donne ce qu'on veut en partant de chez le toucheur. La rétribution se fait en général par l'intermédiaire d'une boîte dans laquelle on glisse une pièce ou un billet. Certaines m'ont dit avoir donné 5 euros, d'autres 10 euros, et l'une d'entre elles 20 euros. Ce sont en général des sommes modiques, qui semblent pouvoir être bien inférieures encore comme le décrit un toucheur sarthois interviewé dans la presse locale en 2010<sup>67</sup>.

Plusieurs femmes interrogées disent toutefois n'avoir rien déboursé : le toucheur était un membre de la famille, tante, oncle, grand-oncle ou même époux dans l'un des cas. Parfois, il s'agissait d'une voisine ou d'une amie de la mère : dans ce cas la jeune femme a offert une plante à la toucheuse en guise de remerciement car «*quand même, ça me gênait* ». Il n'est pas rare que quand l'enfant doit être touché plusieurs fois pour un même problème, le toucheur n'accepte d'être rémunéré que lors de la première visite. Madame M. m'a dit que souvent, en cas de guérison, les « gens » lui apportaient un cadeau en remerciement, généralement une plante. La profusion de végétaux dans la pièce de vie et de consultation de Madame M. témoigne de son efficacité.

Madame M. a donc, selon ses dires, reçu un « don », qui est un don de Dieu. Elle ne conçoit pas de ne pas le mettre au service des humains qui en ont besoin : «*j'ai le don, la moindre des choses c'est d'en faire profiter les autres. Je n'ai pas le droit de ne pas utiliser ça pour faire du bien puisqu'on me l'a donné* ». Elle a reçu, elle redistribue. Pour sa part, la femme qui vient consulter pour son nourrisson qui reçoit de la toucheuse, donne à son tour quelque chose en échange. Celle qui ne rétribue pas en espèces sonnantes et trébuchantes va faire un cadeau, ce qui se produit si le soin a été prodigué par un toucheur issu d'un réseau de proches mais extérieur au cercle familial. Quant à la famille, elle apparaît ici comme un cercle désintéressé, au

---

<sup>66</sup> MAUSS, Marcel ; (introduction WEBER, Florence). *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : PUF, 2010, 248 p.

<sup>67</sup> Selon un témoignage de toucheur cité plus tard dans ce travail, issu du dossier sur les toucheurs paru dans *Le Maine Libre* en 2012.

sein duquel la solidarité, voire le don pur, considéré comme un acte autonome, gratuit, sans contrepartie et définitif <sup>68</sup>, est de rigueur en ce qui concerne la santé.

La triple obligation décrite par Marcel Mauss<sup>69</sup> de donner-recevoir-rendre s'applique bien ici, et les quatre mobiles auxquels obéissent les humains, à savoir l'intérêt pour soi et l'intérêt pour autrui, l'obligation et la liberté-créativité, trouvent dans notre contexte tout son sens.

L'importance de l'efficacité symbolique dans ces pratiques populaires incite à mettre en valeur l'utilisation persistante des objets de protection, encore très employés dans la population des jeunes parents de mon enquête. À nouveau, j'ai été extrêmement surprise de découvrir la survivance de cette pratique alors qu'elle était supposée disparue pour les ethnologues avec lesquels je m'étais entretenue. Ce recours ne m'était pas inconnu, mais je le considérais comme exotique car j'avais jusqu'alors exclusivement observé ces différentes amulettes sur les corps de mes petits patients originaires d'Afrique. Comme l'ont évoqué les médecins et les puéricultrices au cours des entretiens, les nourrissons de Sarthe et de Mayenne sont en effet souvent parés d'objets de protection. Cette prévention par des objets, c'est à dire par la contiguïté et le contact au corps, est généralement utilisée en complément de l'action protectrice du toucheur, c'est pourquoi j'ai décidé d'inclure ici les résultats de mes recherches sur ce sujet. Ce recours, même s'il est moins systématique que le recours au toucheur, fait partie des quêtes de soin alternatives autour du bébé, et sa connaissance permet donc de progresser vers la réponse à notre questionnement initial : quid du toucher sous toutes ses formes dans notre société rationalisée ?

Outre son intérêt spécifique, donc pour ma recherche, il m'a semblé important de témoigner d'une réalité méconnue : la persistance de cette pratique au sein de

---

<sup>68</sup> MAHIEU, François Régis. *Le don pur et parfait*. In : Blog: <http://ethique.perso.sfr.fr/Ledon.htm> Consulté le 27/03/2016.

<sup>69</sup> MAUSS, Marcel ; (introduction WEBER, Florence). *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : PUF, 2010, 248 p.

populations françaises reste fortement ignorée. Historiens et ethnologues évoquent en effet couramment ces « objets du passé » pour les uns, et ces « objets d'ailleurs » pour les autres, sans savoir bien souvent – parmi ceux avec qui j'ai échangé – que cette pratique de protection par l'objet était encore bien vivace dans certaines de nos régions.

Les objets de protection que j'ai retrouvés sont de 3 natures différentes : des parties d'animaux – ce sont ces amulettes qui appartiennent le plus à la tradition locale –, des médailles religieuses et des colliers minéraux, ces derniers étant plus connus car, connaissant un regain d'attention auprès des jeunes parents y compris urbains, ils donnent lieu à une commercialisation en vogue et à une publicité médiatisée.

La médaille représentant un saint est parfois présente autour du cou de l'enfant. Lorsque j'en ai parlé avec deux femmes, elles m'ont toutes deux dit qu'une vieille tante leur avait fait parvenir à la naissance du bébé, en provenance d'une congrégation religieuse, afin de les « protéger ». Je n'ai pas pu en savoir plus, les femmes elles-mêmes étant incapables de me préciser la nature de cette protection. Le collier d'ambre est parfois présent autour du cou du nourrisson. Bien que régulièrement soumis à polémique dans le reste du monde social, il est couramment utilisé par les jeunes parents sur tout le territoire national. La critique de cette pratique est régulièrement alimentée par l'argument de la sécurité : tout collier risque d'étrangler l'enfant, il est donc à proscrire, selon les recommandations des médecins. Certaines mères me disent avoir « négocié » avec la nourrice, qui l'ôte lorsqu'elle garde l'enfant, ne voulant pas prendre le risque d'un accident. Les propriétés de l'ambre sont en général mises en avant comme efficaces pour soulager les nouveau-nés des douleurs liées aux poussées dentaires, leur épargnant certaines irritations cutanées et facilitant leur sommeil. Pour la plupart, ce sont des amies qui ont conseillé ou même souvent offert ce collier. Pour les acquérir, les quelques femmes me disent aller sur des sites internet ou dans des magasins bio. Sur certains sites<sup>70</sup>, on retrouve des explications se voulant scientifiques comme :

---

<sup>70</sup> Par exemple « bien et bio » ; « bébé au naturel »...

« L'ambre se magnétise au contact de la peau avec la particularité de se charger négativement. Par frottement, l'ambre perd des électrons et devient donc électrostatique et émetteur d'ions négatifs. Ses qualités électrostatiques sont connues depuis Thalès (600 avant notre ère) et ont valu à l'ambre succin le nom d'Elektrum qui donnera plus tard le mot "électricité" ! Les ions négatifs sont très bénéfiques pour nous déstresser. Cette propriété physique de l'ambre peut expliquer les vertus apaisantes, facilitant le sommeil ».

Certains magasins de matériel de puériculture le proposent également à la vente; on retrouve alors un argumentaire « traditionaliste » comme dans la publicité ci-dessous (**Figure 2**). La référence aux « pratiques ancestrales » est cependant renforcée par l'argument sécuritaire confortant ici les parents sur la conformité du produit.

**Figure 2: Publicité issue d'un journal d'informations publicitaires sur du matériel de puériculture**



**Le Collier d'ambre**

**LE COLLIER D'AMBRE**  
Nos grands-mères,  
pour apaiser les douleurs liées aux poussées  
dentaires, mettaient un collier d'ambre à leurs  
enfants afin d'éviter les joues et les fesses rouges  
comme c'est le cas habituellement. L'ambre aurait  
un effet apaisant et calmant qui facilite le sommeil des  
bébés. Ce collier perpétue aujourd'hui avec bonheur  
cette tradition ancestrale.  
Exigez la marque un amour d'ambre,  
colliers conformes à la législation en vigueur.

Les objets qui m'ont le plus intéressée sont sans aucun doute les extraits animaux retrouvés dans des petits sachets épinglés dans le sous-vêtement du bébé (**Figure 3**). J'ai mis plus de temps à les remarquer tout d'abord, puis à faire parler les mères à leur sujet car ces derniers appartiennent au registre secret de la tradition populaire au même titre que les toucheurs.

Ici, la gêne à leur évocation a été systématique. L'argument toujours utilisé fut que : « *C'est ma grand-mère qui veut qu'on le fasse* » ou encore : « *Oh, c'est pour la tradition* »...

Deux objets sont principalement retrouvés : les pattes de taupe (**Figure 4**), et les crânes de taupes (**Figure 5**) (jamais nommés ainsi, mais désignés sous le terme de dents de taupes).

Deux patientes ont accepté de me confier momentanément leurs sachets, afin que je les ouvre et en photographie le contenu.

**Figure 3: Sachet placé dans le sous vêtement du bébé**





**Figure 4: Contenu du sachet, ici pattes de taupe**



**Figure 5: Contenu d'un sachet, ici les « dents de taupe », en fait crânes toujours trouvés par paires.**



**Figure 6: Document de recommandations accompagnant le sachet, fourni par le « taupier »**

UTILISATION DU SACHET

Suspendre le sachet à la poitrine et directement sur la peau, à l'aide d'une épingle de sûreté fixée à la petite chemise.

Si vous appliquez du NICKS VAPORISÉ ou TOUT AUTRES PRODUITS, à votre bébé, retirez le sachet pendant le traitement.

Vous laissez celui-ci, jusqu'à la fin de la dentition. *20 dents*

NOTA

- Faire très attention à ce que les deux têtes ne soient ni cassées, ni mouillées.

Ces pratiques empiriques et symboliques visent à protéger les enfants durant la période charnière de la première poussée dentaire. Ces pratiques sont très anciennes, puisqu'on en retrouve des traces iconographiques et matérielles dans la Rome et la Grèce Antiques<sup>71</sup>.

Parmi elles, les colliers et les pattes de taupes sont connues depuis longtemps, et leur symbolique a été étudiée par Françoise Loux dans son chapitre dédié à la puériculture traditionnelle<sup>72</sup>. Ainsi attribue-t-elle au choix de la patte de taupe dans cette protection trois justifications symboliques : la patte puissante du petit mammifère a la force de traverser le sol, et par analogie accompagne la dent qui traverse la gencive. Capable de creuser des galeries, les bombements de la terre qu'elle provoque ressemblent à celui de la gencive poussée par la dentition. De plus, la taupe est considérée dans la représentation populaire comme un nuisible, vivant sous terre donc proche de la nuit et de la mort. C'est justement cet aspect symbolique de l'animalité que l'on cherche à maîtriser chez l'enfant en voie d'humanisation.

Comme dans le recours au toucheur, nous pouvons constater que les jeunes mères savent faire perdurer des pratiques populaires qui apaisent leur anxiété et leur solitude face à l'évolution de ce nourrisson dont elles ont la responsabilité. Cette solitude, les jeunes mères y sont actuellement fortement confrontées du fait de l'organisation sociale. Souvent géographiquement plus éloignées du milieu familial pour les populations urbaines, elles se retrouvent isolées au cours des semaines de post-partum, souffrant d'une absence de soutien moral, logistique (courses, ménage, lessive, repassage), et de « relais » sur qui se reposer. Leurs mères sont loin et pour la plupart peu disponibles car encore en activité professionnelle. Les amies sont elles aussi au travail. Quant aux conjoints, même s'ils bénéficient de 14 jours de congés de paternité, ils apparaissent comme de piètres soutiens car soumis aux mêmes inquiétudes que leurs compagnes. Pour les parents « restés au pays », la solitude est

---

<sup>71</sup> DASEN, Véronique. *Le sourire d'Omphale : maternité et petite enfance dans l'Antiquité*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2015, 404 p.

<sup>72</sup> LOUX, Françoise. *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris : Interéditions, 1983, 307 p.

également de mise, cette fois par la disqualification fréquente des conseils de la mère, ou pire encore, de la belle-mère : l'univers culturel autour du maternage a beaucoup évolué au cours des dernières décennies, rendant obsolète les « façons de faire » recommandées il y a seulement 20 ans dont sont détentrices les jeunes grand-mères. La position de couchage des bébés, la valorisation de l'allaitement maternel, l'attitude face aux pleurs des nourrissons (prendre ou ne pas prendre dans les bras), la stérilisation des biberons, la diversification alimentaire, tous les conseils concernant ces éléments ont été profondément modifiés, voir inversés. Les femmes sont donc livrées à elles-mêmes à la sortie de plus en plus précoce (3 jours) de la maternité avec une liste de recommandations consignées dans le carnet de santé, consignes en totale contradiction avec celles que leurs propres mères ont connues. Les médecins, peu disponibles et peu enclins à prendre le temps du *care*, ne sont pas considérés comme des personnes ressources. Parfois, comme nous avons pu l'évoquer, une professionnelle se situant dans ce registre (sage-femme libérale, puéricultrice de PMI) est disponible dans le tissu de soin local : elle est alors fortement sollicitée dans cette attitude de « maternage actualisé ».

Les objets de protection viennent compléter la galerie des recours, et nous comprenons donc que l'évolution rationalisée de la médicalisation de la sphère du maternage n'est en rien capable de se substituer à ces pratiques populaires, bien au contraire : les jeunes mères ont besoin de ces recours alternatifs pour soigner leurs nourrissons et s'apaiser elles-mêmes, chacune des thérapeutiques sollicitées – qu'elle soit médicale ou traditionnelle – se complétant pour apporter de l'apaisement par leurs divers modes d'efficacité.

L'angoisse des mères n'est pas géographiquement circonscrite... Il est ainsi peu probable que cette nécessité de recours à des soins alternatifs soit localement située. Réfléchissant à cette question, je me suis interrogée sur une analogie possible entre le rôle symbolique joué par le recours au toucher traditionnel et celui joué par l'ostéopathie sur une population plus élargie. Pour répondre à cette question, il fallait, de la même façon que nous l'avions fait pour la pratique traditionnelle, étudier à la fois la pratique elle-même et les arguments sous tendant son recours.

## **Chapitre 2 – Une nouvelle venue dans le parcours de soins du nouveau-né : l'ostéopathie**

### **Historique de la pratique : l'ostéopathie, entre art et technique**

Comment expliquer la progression de l'ostéopathie autour des nouveau-nés que nous constatons aujourd'hui ?

Pour le comprendre, il faut retracer l'histoire de cette pratique afin d'identifier le caractère aujourd'hui durable de ce qu'elle proposait.

La paternité de l'ostéopathie revient à un fils de pionniers méthodistes du Middle West né en 1828 en Virginie, Andrew Taylor Still. Le contexte culturel, social et religieux dans lequel Still a été élevé, la perception qu'il avait de l'humain dans son environnement et dans son fonctionnement sont des données importantes pour comprendre ce que représente l'ostéopathie. Se pencher sur son histoire aide à comprendre le terreau dans lequel la philosophie ostéopathique est née, et nous éclairer – malgré la prudence que nous impose la distance historique – sur les raisons qui ont permis l'émergence et le développement de cette pratique de soins en France au cours des années 1990, en particulier dans le secteur du soin aux bébés.

#### ***L'inspiration anglo-américaine : entre religiosité et naturalisme***

« Je trouve en l'homme un univers en miniature. Je trouve la matière, le mouvement et l'esprit » (A. T. Still, Autobiographie<sup>73</sup>)

#### **Une démarche holistique**

Les pionniers américains du XIXe siècle, aux rudes conditions de vie, ne devaient leur survie qu'à leur force et à leur condition physique. Le courant religieux principal était le méthodisme, issu de l'anglicanisme et exporté aux Amériques par les colons

---

<sup>73</sup> STILL, Andrew Taylor ; TRICOT, Pierre. *Andrew Taylor Still : Autobiographie*. Vannes : Éditions Sully, 2008, 361 p.

anglais. Rigueur morale, quête de la perfection, lutte pour le bien-être social et la moralité publique sont des valeurs essentielles de cette doctrine qui guideront Still tout au long de son parcours.

Les méthodistes conçoivent la santé du corps et de l'âme comme intimement liées et perçoivent le salut comme une harmonie entre ces deux entités. Cette conception holiste, qui ne quittera jamais A.T. Still, n'est certainement pas étrangère à sa quête d'une philosophie ostéopathique qui dépasse son simple aspect technique. Ainsi associera-t-il toujours une certaine rigueur scientifique basée sur l'observation à la recherche de spiritualité.

### ***Fuir la violence de la médecine et l'empoisonnement des drogues***

La médecine pratiquée par ces pionniers isolés est très influencée par l'environnement : plantes, racines, remèdes familiaux empiriques et remèdes empruntés aux Amérindiens. La médecine « officielle » dominante est quant à elle aussi invasive qu'inefficace... C'est ainsi que, prenant pour référence les théories de William Harvey sur la circulation sanguine, Benjamin Rush, médecin et réformateur politique et social, impose sa conception de la maladie : il prétend que la fièvre provoque la maladie en produisant une tension dans les vaisseaux sanguins. Le traitement le plus adéquat consiste donc selon lui à relâcher cette tension en utilisant les techniques de la saignée et la purgation de l'estomac et des intestins. Les malades sont saignés jusqu'à l'inconscience et purgés par Protochlorure de mercure (le « calomel », aujourd'hui connu comme fongicide et pesticide, et à l'époque responsable d'empoisonnements graves). Ces pratiques domineront la médecine nord-américaine jusqu'en 1850, période au cours de laquelle se développera une résistance à ces violences, prônant sans grand progrès l'utilisation de substances telles que l'opium, la cocaïne et l'alcool provoquant également de lourdes pertes humaines. Cette période fut ainsi propice à l'émergence de nouvelles philosophies médicales « *drugless* », comme l'hydrothérapie, l'éclectisme du Dr Beach ou l'homéopathie de Samuel Hahnemann, particulièrement appréciée des intellectuels et réformateurs du fait des dosages infinitésimaux proposés, rompant avec l'utilisation massive des substances toxiques jusqu'alors proposées.

Les médecins de l'époque se forment dans des Collèges implantés principalement à l'Est du continent et dispensant les mêmes enseignements qu'en Europe. Parmi les médecins ainsi formés, peu quittent le confort de vie et de revenus que leur offre cette région. Ainsi, dans les autres territoires, les praticiens sont-ils formés uniquement au contact des anciens en exercice et parfont leurs connaissances en lisant des ouvrages transmis par leurs pairs. Still sera formé ainsi, par son père prêcheur et médecin empirique d'une part, et par les pratiques empruntées aux Indiens Shawnees voisins d'autre part.

### ***La rupture définitive d'avec la médecine conventionnelle***

La Guerre de Sécession (1861-1865) lui permet d'acquérir une grande expérience clinique. Assistant médical, il n'est pas impossible qu'il ait pratiqué la chirurgie<sup>74</sup>. A l'issue du conflit, il reprend son activité médicale dans le Kansas, jusqu'à ce qu'un drame familial mette totalement fin à sa confiance en la médecine de l'époque : en 1864, il assiste impuissant à la mort de trois de ses enfants atteints de méningite, que la médecine s'avère incapable de sauver. Sa rébellion s'intensifie alors, et il s'intéresse aux « autres médecines » qui s'épanouissent. Parmi celles pour lesquelles Still s'enthousiasme le plus, il y a le magnétisme de l'Autrichien Mesmer, qui avance dès 1774 l'idée de l'existence d'un fluide magnétique invisible et universel circulant dans le corps. Ainsi, s'inspirant très certainement des travaux d'américains comme Andrew Jackson Davis – principal thérapeute par magnétisme aux Etats-Unis –, Edwin Dwight Babitt – promoteur du traitement spinal de nombreuses affections – ou encore Warren Felt Evans et son apologie de l'usage thérapeutique des mains –, Still construit peu à peu sa théorie, basée sur la « *conception de la santé définie comme l'interaction harmonieuse entre les parties du corps et un fluide non obstrué* »<sup>75</sup>. Le 22 juin 1874 à 10 h du matin, Still a une révélation :

---

<sup>74</sup> SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine: des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Paris: Seuil, 2005, 327 p.

<sup>75</sup> *ibid.*

« Ma science ou ma découverte naquit au Kansas à l'issue de multiples essais, réalisés à la frontière, alors que je combattais les idées pro esclavagistes, les serpents et les blaireaux puis, plus tard, tout au long de la guerre de Sécession et jusqu'au 22 juin 1874. Comme l'éclat d'un soleil, une vérité frappa mon esprit : par l'étude, la recherche et l'observation, j'approchai graduellement une science qui serait un grand bienfait pour le monde.»<sup>76</sup> .

Dès lors, il est condamné par le clergé méthodiste qui le considère comme un «suppôt du diable », ne comprenant ni ne cautionnant ses méthodes manuelles de soins aux succès thérapeutiques mystérieux. Il se réfugie alors à Kirksville dans le Missouri avant de partir sur les routes soigner gracieusement les plus pauvres... Il gagne peu à peu en notoriété, créant une sorte de mythe autour de son personnage aux allures de colporteur mystique.

*« Give me the age of God, and I will give you the age of osteopathy »<sup>77</sup>*

S'il utilise des techniques manuelles rappelant celles des rebouteux, A.T. Still n'en est cependant pas un au sens qu'on lui donne dans la vieille Europe d'alors. Ses soins sont réfléchis, issus de l'observation rigoureuse de ce qu'il appelle le « Grand livre de la Nature » et de ses dissections de cadavres d'Indiens, et sont également influencés par sa formation supposée d'ingénieur en mécanique. S'il valorise une certaine philosophie et spiritualité dans sa découverte et son approche du soin, il ne parle pas de « don » et ne fait pas intervenir de tiers comme par exemple une entité surnaturelle circulant entre le soignant et le soigné. Sa philosophie, au départ naturaliste et mécaniste, s'appuie sur une conception de la bonne santé résultant d'une harmonie entre le corps et le psychisme. Elle est malgré tout imprégnée de religiosité méthodiste et marquée par sa « révélation » qui teinte sa pratique

---

<sup>76</sup> STILL, Andrew Taylor ; TRICOT, Pierre. *Andrew Taylor Still : Autobiographie*. Vannes : Éditions Sully, 2008, 361 p.

<sup>77</sup> *ibid.*



d'irrationalité. Sa conception très religieuse du corps humain, originellement parfait car résultant de la création divine, assoit sa théorie basée sur la compétence autonome du corps à retrouver l'harmonie. Il se considère en somme comme un simple « ingénieur au service de Dieu ». Still tentera bien plus tard dans sa vie de suivre un cursus médical formel, mais il l'abandonnera rapidement, le jugeant sans intérêt et surtout dépourvu d'application clinique. Un praticien français formé dans les années 1960 aux États-Unis relate<sup>78</sup> ainsi son étonnement à voir la Bible exposée comme élément incontournable dans tous les cabinets ostéopathiques américains de l'époque...

### ***Du succès populaire à la succession frondeuse : la douloureuse émancipation de l'ostéopathie***

Le succès populaire de l'ostéopathie prend de l'ampleur alors que les dangers des médications « conventionnelles » comme la cocaïne et la morphine sont avérés. Ce sont les classes populaires qui plébiscitent ce nouvel art de guérir, ainsi que les femmes, qui représentent la majorité des élèves de la première école de Still en 1892, succès attribué en partie à sa remise en cause de l'obstétrique classique<sup>79</sup>. Dès l'origine, l'anatomie et la physiologie font partie des enseignements proposés à l'école, grâce au ralliement à l'ostéopathie d'un médecin écossais, William Smith, pourtant venu à l'origine pour confondre ce praticien douteux, autant adulé de ses patients que détesté des médecins.

La relation entre ostéopathie et médecine conventionnelle diffère en fonction des États, selon la définition de la médecine qu'ils retiennent. Doit-elle être limitée à la prescription médicamenteuse et à la chirurgie, ou bien toute méthode visant à lutter contre la maladie peut-elle être considérée comme légitime ? Lorsque les autorités adoptent la première définition, c'est logiquement que les ostéopathes sont poursuivis pour exercice illégal de la médecine – comme le fils de Still, dans le Minnesota.

---

<sup>78</sup> Remarque issue d'un entretien avec un praticien ami de cet observateur direct.

<sup>79</sup> SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine: des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Paris: Seuil, 2005, 327 p.

Dans d'autres, une première légitimation de l'ostéopathie est sellée par l'attribution de licences d'exercices et par la reconnaissance officielle de la première école de formation (en 1897).

Lorsqu'ils accèdent à une reconnaissance officielle, c'est fréquemment sous l'appellation de *drugless physicians*, « docteurs n'utilisant pas de drogues ». Nous verrons dans notre travail que cette « qualité » est, dans la France du XXI<sup>e</sup> siècle, une des clés de leur succès... Les nombreuses écoles qui fleurirent au début du XX<sup>e</sup> siècle aux États-Unis furent à l'origine de nombreux conflits au sein même de la communauté ostéopathique : perte de qualité des enseignements, suspicion de cupidité de certains entrepreneurs, et pour finir divergences d'opinions face à la médecine et à l'utilisation de la pharmacologie... Après 1915, contrairement à Still qui campe sur ses positions très « puristes », de nombreux praticiens sont convaincus de la complémentarité des deux médecines. C'est dans ce contexte qu'il décède en 1917.

Still formera de nombreux élèves, dont deux ont marqué l'histoire par leur appropriation de l'ostéopathie et les orientations qu'ils lui ont donnée : John Martin Littlejohn (1865-1947) et William Garner Sutherland (1873-1954).

Lorsqu'il rencontre Still, John Martin Littlejohn, docteur en philosophie, est instantanément fasciné par cet homme qui le soigne. Le « maître » l'embauche pour enseigner la physiologie dans son Collège de Kirksville dans le Missouri, *l'American School of Osteopathy*, mais rapidement les deux hommes ont des divergences, Still n'approuvant pas la décision prise par Littlejohn de développer l'enseignement des sciences médicales, pourtant condition nécessaire posée par le gouvernement pour agréer l'école de formation. Still refuse en effet d'admettre tout lien de causalité entre la maladie et les micro-organismes récemment découverts, continuant d'attribuer la tuberculose à la dislocation du fémur... Littlejohn fondera donc son propre centre de formation à Chicago, le *Littlejohn College of Osteopathy* tout en devenant docteur en médecine. Il rentrera en Europe en 1913 et fondera la *British School of Osteopathy (BSO)* en 1917 en Angleterre, école qui sera à l'origine de tout un courant

ostéopathe européen. Son fer de lance était la relation de l'organisme vivant avec son milieu, affirmant que la santé résulte de l'harmonie de cette relation.

William Garner Sutherland est journaliste lorsqu'il rencontre Still. Venu enquêter sur cette méthode si controversée, il est à son tour impressionné par ce qu'il observe et par le praticien, au point de décider de quitter sa profession pour devenir ostéopathe lui-même. Il sera à l'origine de l'approche crânienne de l'ostéopathie, considérant les os du crâne dans un fonctionnement lié à celui des vertèbres. Il décrira le fameux « MRP » (Mécanisme Respiratoire Primaire), utilisé comme concept par l'école ostéopathe crânienne, qui deviendra l'une des techniques ostéopathiques les plus reconnues et toujours utilisées à ce jour, mais aussi l'une des plus controversées. L'intérêt pour le nouveau-né et son crâne encore malléable devient central, et dès lors, de nouvelles pratiques thérapeutiques s'offrent pour soigner les bébés.

### ***Ostéopathie et pédiatrie : des destins liés***

L'ostéopathie est en effet intimement liée à la pédiatrie. Dans son autobiographie<sup>80</sup> rédigée en 1897, Still écrit que la « révélation » qui fonda sa conception de l'ostéopathie lui vint suite à la guérison d'un garçonnet atteint de dysenterie. Sutherland de son côté s'intéresse de très près au crâne des nouveau-nés alors qu'il est vacataire dans un service hospitalier de pédiatrie dans les années 1940 ; il décrit leurs spécificités et les effets produits par la naissance sur ces permettant de traiter ces nouveau-nés par la manipulation crânienne. C'est en 1946 qu'il fondera *l'Association d'Ostéopathie Crânienne*, et développera cette théorie très utilisée à l'heure actuelle, entre autres chez les tout petits.

---

<sup>80</sup> STILL, Andrew Taylor. *With a History of the Discovery and Development of the Science of Osteopathy, Together with an Account of the Founding of the American School of Osteopathy*. Kirksville, MO, USA: The Author ed., 1897. [en ligne]. Disponible sur: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=chi.24129195;view=1up;seq=1>

## La France et l'ostéopathie

### *De l'exercice illégal à la loi de 2002*

Des pionniers d'avant la Grande Guerre à la douloureuse institutionnalisation des années 1950

On trouve les premières traces de l'ostéopathie en France dans les années 1910. Deux médecins, les Docteurs Moutin et Mann, publient en 1913 un livre intitulé *Manuel d'Ostéopathie pratique*<sup>81</sup> rédigé d'après les ouvrages d'A.T. Still.

On peut lire dans la préface la mission que les auteurs se donnent en publiant cet ouvrage :

« Si vous jetez un coup d'œil sur la littérature médicale en France, vous serez bientôt convaincu qu'il n'existe pas encore de traité sur l'Ostéopathie. Cette science est pourtant appelée à opérer une révolution dans l'histoire de la médecine, à priver tout un monde de maladies et à conserver la vie à des milliers de malheureux. Aussi faisons-nous un devoir de soulever, dans l'intérêt de l'humanité, le voile qui la recouvre, et à la présenter à tous ceux qui souffrent comme à tous ceux dont la mission est de guérir, dans toute sa puissance et dans toute sa simplicité. »

Ce manuel, publié dans la collection « Librairie internationale de la pensée nouvelle », s'y trouve aux côtés de livres sur le yoghisme et le fakirisme hindou, la télépathie, l'occultisme... Il n'eut que peu de retentissement à l'aube de la Première Guerre mondiale. L'origine de l'intérêt porté à l'ostéopathie par ces deux auteurs reste incertaine, le lien semblant principalement être leurs recherche et pratique d'autres façons de soigner, telles que l'hypnotisme et le spiritualisme.

---

<sup>81</sup> MOUTIN Lucien, MANN A. *Manuel d'ostéopathie pratique, théorie et procédés*. Paris : Ed G.A.Mann, 1913, 369 p.

Ce n'est que bien plus tard qu'un autre médecin tente d'instaurer la pratique de l'ostéopathie en France : Robert Lavezzari (1866-1977), formé auprès de Florence Gair, une élève américaine de A.T Still, s'installe à Paris en 1926 sur la demande de son confrère homéopathe Léon Vannier. Il publie à son tour un ouvrage en 1949, « *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'ostéopathie* »<sup>82</sup> avant de créer en 1952, avec quelques confrères médecins ostéopathes, la Société Française d'Ostéopathie.

En 1957, Paul Gény, un kinésithérapeute ayant travaillé avec Robert Lavezzari, fonde avec l'ostéopathe anglais Thomas Dummer l'« école Française d'ostéopathie », premier collège d'enseignement ostéopathique s'adressant à la fois à des médecins et à des kinésithérapeutes. Le conseil de l'Ordre des médecins s'élève contre cet état de fait, et l'école est contrainte à s'expatrier en Angleterre en 1960, devenant la *European School of Osteopathy*, qui formera la majorité des premiers kinésithérapeutes ostéopathes français. Dans les années 1960 naissent plusieurs collèges d'ostéopathie et la pratique prend son essor chez les kinésithérapeutes.

### ***Un essor important mais fortement combattu (1980-2002)***

Jusque dans les années 1980, la plupart des ostéopathes français sont à l'origine kinésithérapeutes, et pratiquent d'ailleurs l'ostéopathie dans leur cabinet en marge de la kinésithérapie, l'utilisant comme simple outil d'aide thérapeutique et non comme philosophie de soin.

Devant ce qu'ils considèrent comme une dérive de la pratique ostéopathique, quatre praticiens créent en 1981 le « Registre des Ostéopathes de France », dans le but de promouvoir l'ostéopathie comme une profession indépendante, différenciée de la kinésithérapie, exigeant de ses membres l'abandon de leur dénomination de kinésithérapeutes pour se déclarer exclusivement ostéopathes. S'ensuit alors une période difficile pour les professionnels non médecins se déclarant officiellement ostéopathes, l'hostilité de l'Ordre des Médecin menant nombre d'entre eux devant les

---

<sup>82</sup> LAVEZZARI Robert, *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique l'ostéopathie*. Malakoff: G. Douin, 1949, 120 p.

tribunaux pour exercice illégal de la médecine. Malgré cela, – et peut-être aussi grâce à cela – l'ostéopathie fait de plus en plus parler d'elle et connaît un succès populaire croissant. Il est cependant extrêmement difficile de connaître la démographie des ostéopathes exerçant à cette époque.

Le début des années 1990 marque l'ouverture de la formation directement aux bacheliers. Le profil des professionnels va peu à peu évoluer, mais l'illégalité de la pratique pour les non médecins persiste.

### ***2002 : L'autorisation d'exercer pour les non médecins ou la sortie de l'illégalité***

Le 4 mars 2002, l'Assemblée Nationale vote la loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner. Dans l'article 75, cette loi reconnaît pour la première fois en France le droit d'exercer l'ostéopathie à des personnes n'étant pas docteurs en médecine. Cette loi ne précise cependant ni les critères retenus pour autoriser les établissements d'enseignement, ni la durée des études, ni le contenu des programmes, ces points devant être précisés par les décrets d'application à paraître ultérieurement.

La pratique de l'ostéopathie par les non médecins n'est donc plus illégale, mais dans l'attente des décrets précisant les modalités d'exercice et de formation des ostéopathes, la profession reste dans le flou... Les établissements d'enseignement se multiplient, et les « anciens » voient avec inquiétude le profil des futurs praticiens évoluer. La qualité de l'enseignement et des nouveaux professionnels formés est très largement mise en cause, et les ostéopathes chevronnés sont souvent inquiets de cette dérive qu'ils perçoivent comme une altération de la qualité des soins ostéopathiques et une dérive de la philosophie de leur Art... Lors d'un entretien, un kinésithérapeute formé dans les années 1980 en Angleterre me confia : « [Après la loi], *beaucoup de jeunes ont voulu devenir ostéopathes, non par vocation, mais ils voyaient ça comme un boulot plutôt lucratif et bien vu par la population...Il suffisait d'avoir l'argent pour payer les études, rien d'autre. Mais ce n'est pas ça la réalité de l'ostéopathie* ».

C'est en mars 2007 que sortent les décrets d'application, très critiqués par la profession, qui accuse le gouvernement d'avoir cédé à la pression des médecins sur

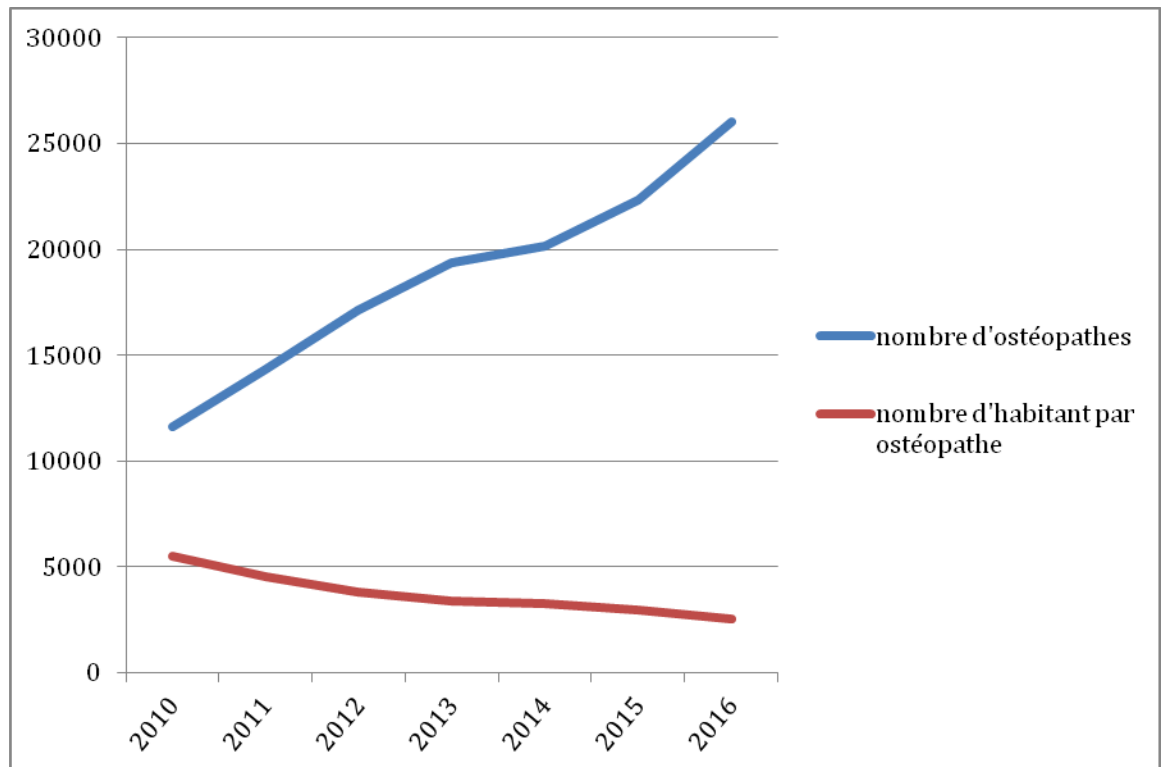
bien des points. Le nombre des établissements formateurs reste très élevé, et aucune sélection n'est requise pour l'entrée dans les études.

### *Une démographie professionnelle qui s'envole*

Depuis lors, le nombre d'ostéopathes n'a cessé d'augmenter, créant d'après les organisations professionnelles des problèmes de surnombre et donc d'activité dans de nombreuses zones géographiques. Ainsi, le nombre des ostéopathes recensés a doublé en 5 ans entre 2010 et 2015, comme le montre le graphique ci-dessous (**Figure 7**). Corollaire de cette progression quantitative, le nombre d'habitants par ostéopathe en exercice a rapidement diminué, facilitant la possibilité de recours à cette thérapeutique.

Des chiffres précis concernant la démographie des ostéopathes ne sont disponibles que depuis 2009. En effet, si quelques estimations existaient avant la publication des décrets de 2007, cela reste approximatif. Ce n'est qu'à partir de fin 2007 qu'une évaluation a pu débuter, lorsque les ostéopathes en exercice ont dû faire leur demande d'usage du titre d'ostéopathe auprès des agences régionales de santé pour obtenir l'autorisation d'exercer.

**Figure 7: Évolution démographique des ostéopathes en France entre 2010 et 2015 (source : Registre des Ostéopathes de France)**



***Le traitement médiatique de l'ostéopathie dans la presse écrite : un indice de popularité***

La médiatisation de l'ostéopathie est un témoin de l'évolution de sa popularité. L'étude des articles parus dans la presse française (recherche effectuée sur la base de données *europresse.com*) présentée dans le (**Tableau 3**) et illustrée par la (**Figure 8**) ci-dessous témoigne de la chronologie de sa propagation et de sa considération. Aucun article n'est répertorié avant 1988, le tout premier dans lequel apparaît une allusion à l'ostéopathie paraissant le 3 août 1988 dans le quotidien *Le Monde*. Dans cet article intitulé « Tiers-monde : sorciers en blouses blanches » relatant le deuxième congrès international des médecines traditionnelles de Lima, l'ostéopathie est juste citée aux côtés de l'homéopathie, l'auriculothérapie, et l'acupuncture comme une des médecines parallèles existant dans les pays développés.

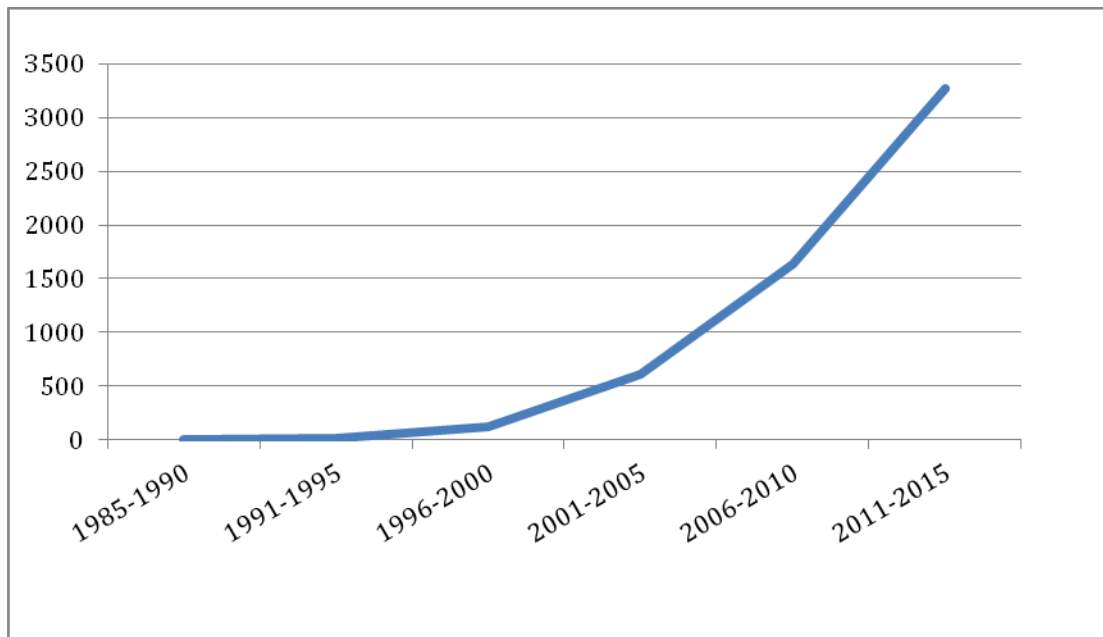


Il faut attendre 1990 pour trouver un second article, toujours dans *le Monde*. Il titre cette fois « *Douze ostéopathes devant le tribunal de Lyon : douleurs ordinaires et démangeaisons ordinaires* ». Suivra un article en 1993 titrant « *Sécu, le scandale des abus* », épinglant un praticien pour remboursements abusifs de soins ostéopathiques... En 1994 et 1995, les 10 articles parus traitent à proportion égale de condamnations d'ostéopathes et de résultats thérapeutiques intéressants obtenus sur des sportifs, avant que la presse ne s'empare du sujet de façon importante et le plus souvent positive à partir du début des années 2000 : comptes rendus de conférences, témoignages de sportifs, annonces d'installations, avec parfois une alerte donnée relative au risque de surnombre des ostéopathes en formation.

**Tableau 3: Nombre d'articles de presse régionale et nationale traitant de l'ostéopathie(source : europresse.com)**

années	Nombre d' articles
1985-1990	2
1991-1995	13
1996-2000	121
2001-2005	608
2006-2010	1640
2011-2015	3268

**Figure 8: Évolution du nombre d'articles sur l'ostéopathie dans la presse régionale et nationale entre 1988 et 2015 (source : europresse)**



### ***Le rapport avec les médecins conventionnels : une tolérance difficile***

Le rapport entre la médecine conventionnelle et l'ostéopathie fut et reste compliqué. Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'histoire est jalonnée de manifestations d'hostilité de l'Ordre des Médecins envers les principes de l'ostéopathie, et envers ses praticiens. La loi de 2002 ne semble pas avoir fait radicalement changer la perception que les instances représentatives des médecins ont de l'ostéopathie. Si les poursuites en justice contre les ostéopathes non médecins furent légion avant la loi de 2002, la légitimation de la pratique freina ces poursuites sans que les instances ordinales ou académiques ne changent de point de vue. Communiqués, dénonciations du manque de preuves scientifiques d'efficacité et mises en gardes contre les dangers de ces pratiques continuent d'être formulées avec une grande régularité, et la puissance de cette hostilité prend différents visages. Un Premier Ministre en exercice souffrant d'une sciatalgie rebelle à toute thérapeutique « classique » me confia avoir été en désespoir de cause – « *je n'y croyais pas* » – consulter un ostéopathe, sur les conseils d'amis (en 2008) ... Enfin soulagé de son handicap et de ses douleurs par celui qu'il nomma avec humour « *l'homme qui*

*redresse la République* », il voulut marquer sa reconnaissance au praticien qui lui avait ainsi permis de reprendre ses fonctions à un moment où la souffrance le faisait songer à abandonner ses responsabilités, et demanda que lui fût remise la médaille du Mérite. Le temps passa, et il se rendit compte que « son » ostéopathe avait disparu des listes des récipiendaires. Il récidiva sa nomination, ordre habituellement suivi d'effet du fait de sa haute position hiérarchique, et, vigilant, s'aperçut qu'un nouveau retrait des listes était discrètement effectué à son insu : il se trouve que des médecins ayant accès aux demandes faisaient systématiquement pression pour qu'un ostéopathe n'accède pas à cette reconnaissance... Il obtint finalement gain de cause en 2010, mais dût faire preuve d'autorité pour parvenir à ses fins.

Un autre exemple peut illustrer la méfiance de la médecine conventionnelle à l'égard de l'ostéopathie : dans le cadre de la mise en place de l'enquête – que je vais exposer plus bas – réalisée en 2015 au CHRU de Tours, l'accueil par les cadres et les médecins du service fut significatif de cette perception négative de l'ostéopathie. Face à une absence d'études sur le sujet qui faisait cruellement défaut pour étayer nos impressions de terrain, Charline Lecomte, étudiante sage-femme, avait choisi d'interroger les mères présentes au CHRU de Tours sur leur connaissance de l'existence de l'ostéopathie et le recours qu'elles projetaient – ou pas – d'en faire pour leur bébé. La procédure nous amena logiquement à soumettre notre questionnaire à l'autorisation de la sage-femme cadre du service concerné et au médecin pédiatre référent de l'unité de suites de couches. La négociation fut difficile, ces professionnels voulant faire disparaître le mot « ostéopathie » du titre du questionnaire, puis reformuler la plupart des questions sous prétexte du « risque de paraître favorable à l'ostéopathie » selon les types de questions posées. Après d'âpres négociations et grâce à mon appartenance à l'institution, nous pûmes finalement réaliser l'enquête.

Si ces attitudes restent à ce jour majoritaires, il faut cependant noter de ponctuelles évolutions. Depuis quelques années, en effet, on assiste à l'ouverture de maternités publiques et privées aux consultations d'ostéopathie. Que la motivation soit économique, clientéliste ou idéologique, ce fait incontestable est représentatif de la légitimation en cours de l'ostéopathie dans le paysage de soins français.

Mais l'acceptation institutionnelle n'est pas forcément synonyme de progression de recours populaire, et la constatation de cette évolution ne répondait pas à notre questionnement au sujet de la fréquence des consultations de nourrissons auprès des ostéopathes, qu'il nous fallait donc étudier.

### **Réalité du recours à l'ostéopathie: une grande inconnue des statistiques**

Après avoir expérimenté l'ampleur du recours au toucheur traditionnel sur mon terrain d'exercice, il me restait à examiner si mon impression de recours grandissant à l'ostéopathie pour les bébés se vérifiait également. À Sablé, dans ma patientèle, l'intensification de ce recours me semblait flagrant, mais le mode d'exercice libéral et le biais induit par ma propre pratique professionnelle aurait été trop restrictif pour mesurer une pratique dont la progression nationale m'intéressait, d'autant plus que j'avais quitté mon cabinet de Sablé-sur-Sarthe pour prendre un poste d'enseignante sage-femme au CHRU de Tours. Je fis des recherches dans la littérature afin de trouver une étude quantifiant la place de la consultation ostéopathique dans le parcours de soins du nourrisson. À ma grande surprise, ce fut en vain. Hormis quelques sondages évaluant la proportion de Français ayant recours aux services d'un ostéopathe, aucune donnée n'était disponible pour renseigner la réalité de l'utilisation de cette pratique dans la population générale, donc a fortiori chez les nourrissons.

C'est alors que je proposai à l'étudiante sage-femme qui souhaitait travailler sur ce sujet dans le cadre de son mémoire de fin d'étude de se lancer dans cette recherche sous ma direction. Nous fîmes le choix de l'exhaustivité. Charline Lecomte, alors en avant-dernière année de son cursus de formation, décida de questionner toutes les femmes ayant accouché au CHRU de Tours au cours d'une période de deux mois consécutifs. L'accès au service hospitalier de cette maternité de type III à forte activité était une opportunité intéressante, son recrutement nous permettant d'avoir accès à une population socialement très diversifiée « tout venant ».

Je vais donc dans la suite de ce travail m'appuyer sur cette étude originale<sup>83</sup>, pour laquelle je remercie et félicite Charline Lecomte, qui a travaillé avec opiniâtreté pour distribuer, collecter, et réaliser le travail statistique d'analyse des réponses de ces femmes.

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative descriptive de manière prospective à travers un questionnaire distribué aux femmes hospitalisées dans le service de suites de couches de la maternité Olympe de Gouges à Tours en Indre et Loire (37). Elle s'est déroulée du dimanche 7 juin 2015 au dimanche 9 août 2015.

Nous avons inclus dans l'étude toutes les femmes hospitalisées dans ce service suite à leur accouchement, quel qu'en soit le déroulement. Nous avons ensuite retenus trois critères d'exclusion qui furent :

-la maîtrise insuffisante de la langue française ne permettant pas la compréhension et la réponse au questionnaire ;

-la domiciliation sur le territoire français depuis moins de 5 ans, afin d'éviter un biais « culturel » ;

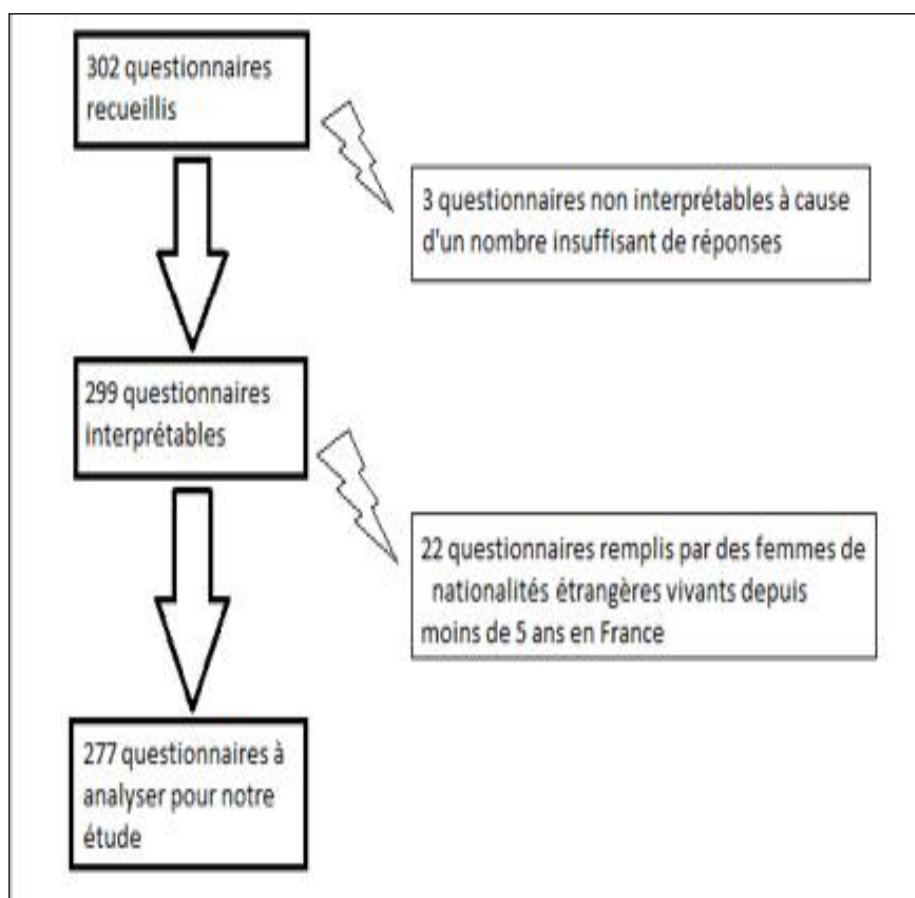
-le refus de participation.

Nous avons ainsi obtenu 277 questionnaires exploitables (**Figure 9**) :

---

<sup>83</sup> LECOMTE, Charline. *Place de l'ostéopathie pour les nouveau-nés : ce que pensent les mères*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Tours : Université François Rabelais, 2016, 57 p.

**Figure 9: Diagramme de flux de l'étude**



Nous avons recueilli grâce aux questionnaires [annexe1] des informations relatives aux données générales concernant la patiente interrogée (âge, nombre d'enfants, activité professionnelle, situation matrimoniale, nationalité), des informations sur le déroulé de l'accouchement, sur la connaissance qu'avaient les femmes de l'ostéopathie, sur le projet de consultation pour le bébé, et sur leur représentation de l'apport de l'ostéopathie par rapport à la médecine conventionnelle.

### ***Une structure de population proche de la population générale***

Sur les 277 femmes incluses dans l'étude, 47 avaient moins de 25 ans (soit 17%), 183 entre 25 et 35 ans (soit 66%) et 47 plus de 35 ans (soit 17%). Sur toutes les patientes interrogées, 115 venaient d'avoir leur premier enfant (soit 42%), 109 leur deuxième (soit 39%), 36 leur troisième (soit 13%) et 17 leur quatrième ou plus (soit 6%).

Sur les 277 patientes, 261 étaient de nationalité française et résidaient en France depuis plus de 5 ans.

La rubrique Profession et Catégorie Socio professionnelle (PCS) des patientes a été établie à partir de la classification utilisée par l'INSEE [Annexe 2].

**Tableau 4: Comparaison du PCS des femmes de l'étude et de la population générale**

PCS	Population de l'étude	Population des femmes françaises*
Agricultrices	0,00%	0,50%
Artisans/commerçantes/chefs d'entreprises	2,00%	1,80%
Cadres/professions intellectuelles supérieures	8,00%	7,10%
Professions intermédiaires	37,00%	13,20%
Employées	39,00%	23,50%
Ouvrières	2,00%	4,70%
Autres inactives	12,00%	49,00%

\*Population de femmes en 2013 selon l'INSEE (voir annexe 3)

Il est impossible de réaliser des tests statistiques pour vérifier la reproductibilité des effectifs dans la population générale du fait d'un nombre trop restreint de femmes dans certaines catégories. Cependant, certains pourcentages de l'étude sont sensiblement identiques à ceux de la population générale. Quant aux valeurs

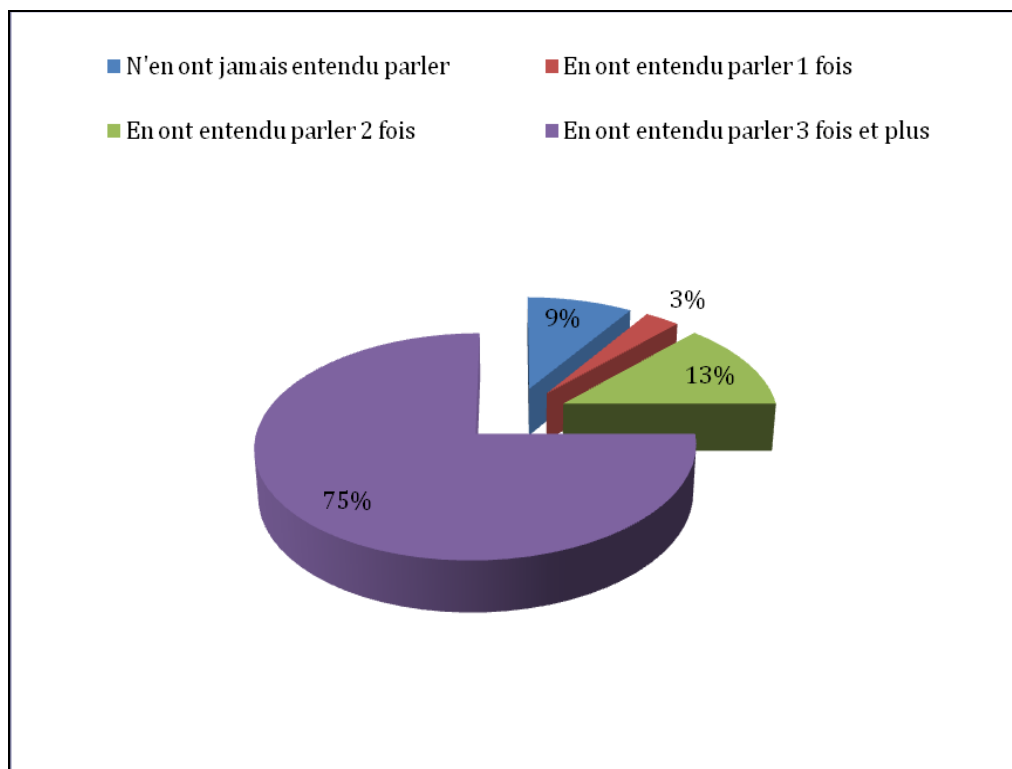
éloignées, nous pensons que le biais est dû à la tranche d'âge restreinte de notre étude (population de femme de l'étude : entre 17 et 42 ans).

### *Une pratique largement connue dans la population enquêtée*

Les femmes interrogées connaissent le terme d'ostéopathie. En effet, 91% des femmes interrogées disent avoir déjà entendu parler de l'ostéopathie, et ceci fréquemment (3 fois et plus) pour 74% d'entre elles.

On peut également préciser que 88% des primipares (femmes venant d'accoucher de leur premier enfant) et 92% des multipares ont déjà entendu parler de l'ostéopathie.

**Figure 10: La connaissance de l'ostéopathie par les patientes**





*Une connaissance largement partagée par toutes les catégories socio professionnelles*

On découvre que parmi les femmes interrogées, 100% des artisans, 100% des cadres, 98% des professions intermédiaires, 88% des employées, 100% des ouvrières, et 70% des inactives ont déjà entendu parler d'ostéopathie. Sur les 277 personnes interrogées, 9% (soient 25 femmes) ont répondu n'avoir pas connaissance de l'ostéopathie. Parmi elles, on retrouve 52% d'employées (13 femmes), 40% d'inactives (10 femmes) et 8% de femmes appartenant au groupe professions intermédiaires (2 femmes). (**Tableau 5**)

L'ostéopathie est donc bien connue des femmes en général, et parmi les rares qui ne la connaissent pas, les employées et les inactives, soient des femmes issues de classes sociales plus populaires, sont majoritaires.

**Tableau 5: Connaissance de l'ostéopathie en fonction de la PCS**

PCS	oui	Non
Inactives	70%	30%
Artisans/Commerçantes/Chefs d'entreprises	100%	0%
Cadres/ Professions intellectuelles supérieures	100%	0%
Professions intermédiaires	98%	2%
Employées	88%	12%
Ouvrières	100%	0%

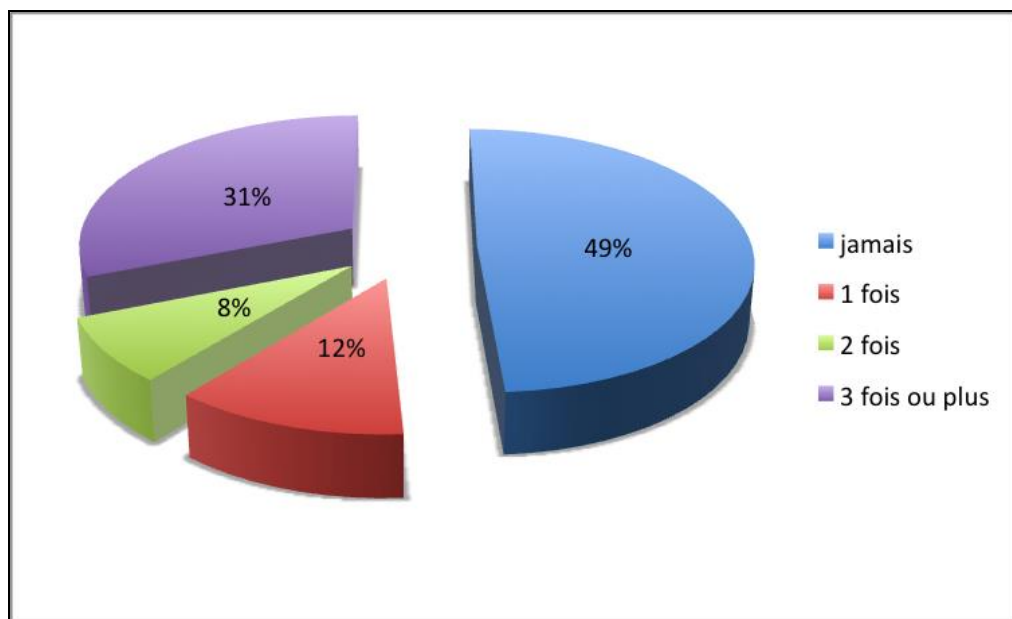
## Un recours fréquent

### *Un recours fréquent pour toutes les catégories sociales*

Plus de la moitié des femmes interrogées (51%) dit avoir déjà consulté un ostéopathe, dont 30% plus de 3 fois. (**Figure 11**).

Le détail de ce recours en fonction des PCS des femmes nous apprend que toutes les catégories sont concernées par la pratique de l'ostéopathie. (**Tableau 6**). Nous avons consulté un travail prospectif portant sur 197 patients consultant des cabinets d'ostéopathie en Loire Atlantique en 2013<sup>84</sup>, et les résultats montrent que toutes les PCS sont représentées dans la population de patients, les retraités étant les plus représentés (24% des consultants), suivis par cadres moyens (16%), les sans emploi (12%), les étudiants, les professions libérales, les artisans commerçants chefs d'entreprises (respectivement 11%), les cadres supérieurs (7%), les ouvriers (4%), les agriculteurs (2%), les invalides (1%). 1% des questionnaires n'étaient pas renseignés.

**Figure 11: Pratique de l'ostéopathie par les patientes pour elles-mêmes**



<sup>84</sup> BAUGAS, Etienne. *Profil et motivations des patients consultant en ostéopathie*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Nantes : Université de Nantes, 2013.

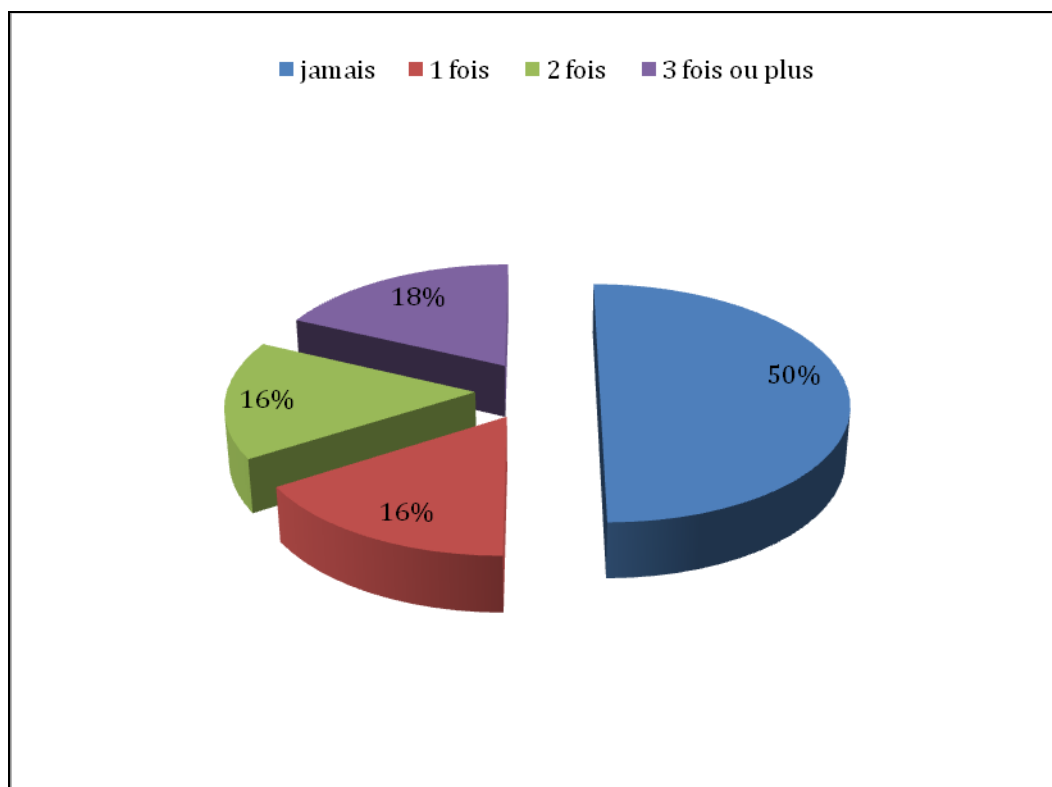
**Tableau 6: Pratique de l'ostéopathie en fonction de la PCS**

PCS/Consultation	Non	1 fois	2 fois	3 fois et plus
Inactives	85%	6%	6%	3%
Artisans/Commerçantes/Chefs d'entreprises	50%	30%	0%	17%
Cadres/Professions intellectuelles supérieures	48%	14%	5%	33%
Professions intermédiaires	32%	18%	10%	40%
Employées	55%	5%	9%	31%
Ouvrières	43%	43%	0%	14%

***La moitié des bébés précédents ont été examinés par un ostéopathe***

Il nous a semblé intéressant de savoir si les femmes qui avaient déjà des enfants les avaient amenés consulter un ostéopathe. 162 d'entre elles étant dans ce cas, cette information allait nous donner une première estimation de la fréquence du recours à la consultation ostéopathique pour les nourrissons, de façon rétrospective cette fois. Nos résultats nous apprennent que **50% des multipares ont consulté un ostéopathe pour un enfant précédent (Figure 12)**.

**Figure 12: Pratique de l'ostéopathie des patientes pour leurs bébés précédents : % de multipares ayant consulté un ostéopathe pour un enfant précédent**



Nous n'avons pu trouver aucune étude sur l'utilisation de l'ostéopathie chez les nouveau-nés permettant d'y comparer nos résultats. Afin de nous rendre compte de l'importance du recours à l'ostéopathie, Nous avons choisi de les comparer à une autre médecine non conventionnelle, l'homéopathie, couramment utilisée en France depuis plus d'un siècle et reconnue par l'ordre des médecins depuis 1997. D'après les résultats d'une enquête réalisée en janvier 2012 par l'IPSOS et le laboratoire homéopathique Boiron, 56% des Français utiliseraient des médicaments homéopathiques<sup>85</sup>. Il est donc intéressant de constater que l'ostéopathie – qui, d'après la loi, est illégale si appliquée à des enfants de moins de 6 mois par des ostéopathes non médecins ou sans certificat médical préalable – est utilisée par les

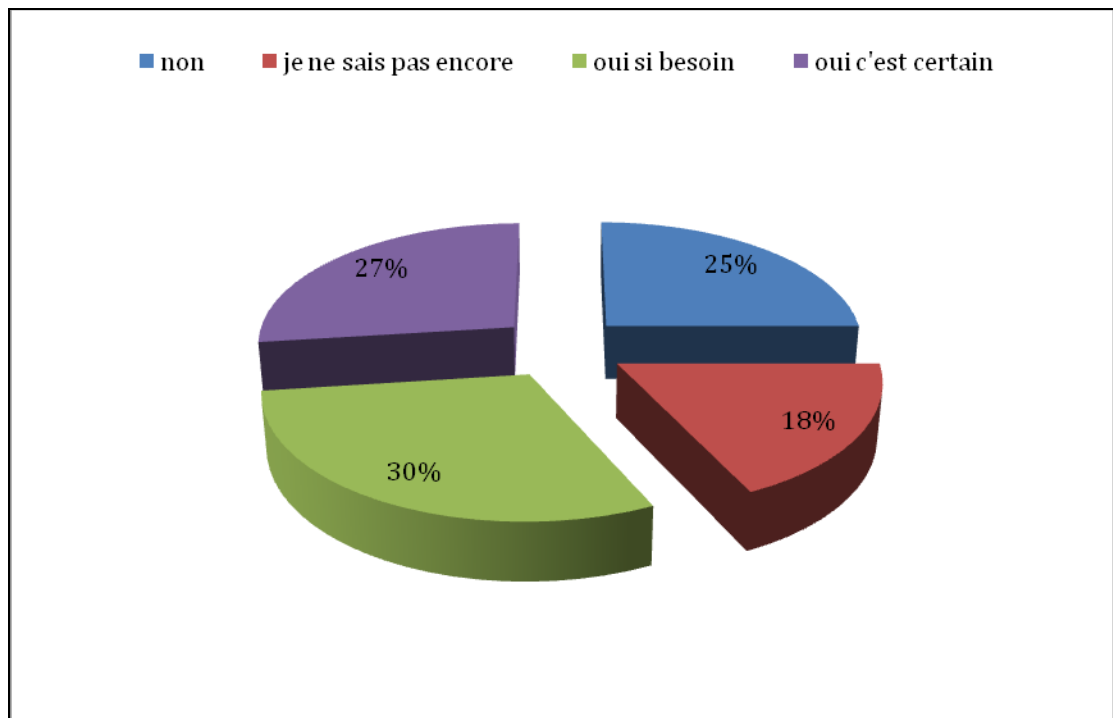
---

<sup>85</sup> Sondage consultable sur:  
[http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/presentation\\_conference\\_de\\_presse\\_boiron\\_140\\_212\\_v2.pdf](http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/presentation_conference_de_presse_boiron_140_212_v2.pdf)

français-e-s pour leur nouveau-né de manière aussi fréquente dans la population générale que l'homéopathie, qui est une médecine répandue en France depuis la fin du XIXe siècle (on comptait 450 médecins homéopathes exerçant sur le territoire français en 1860) et de plus utilisable à moindre coût par l'achat des granules sans consultation de spécialiste non remboursée.

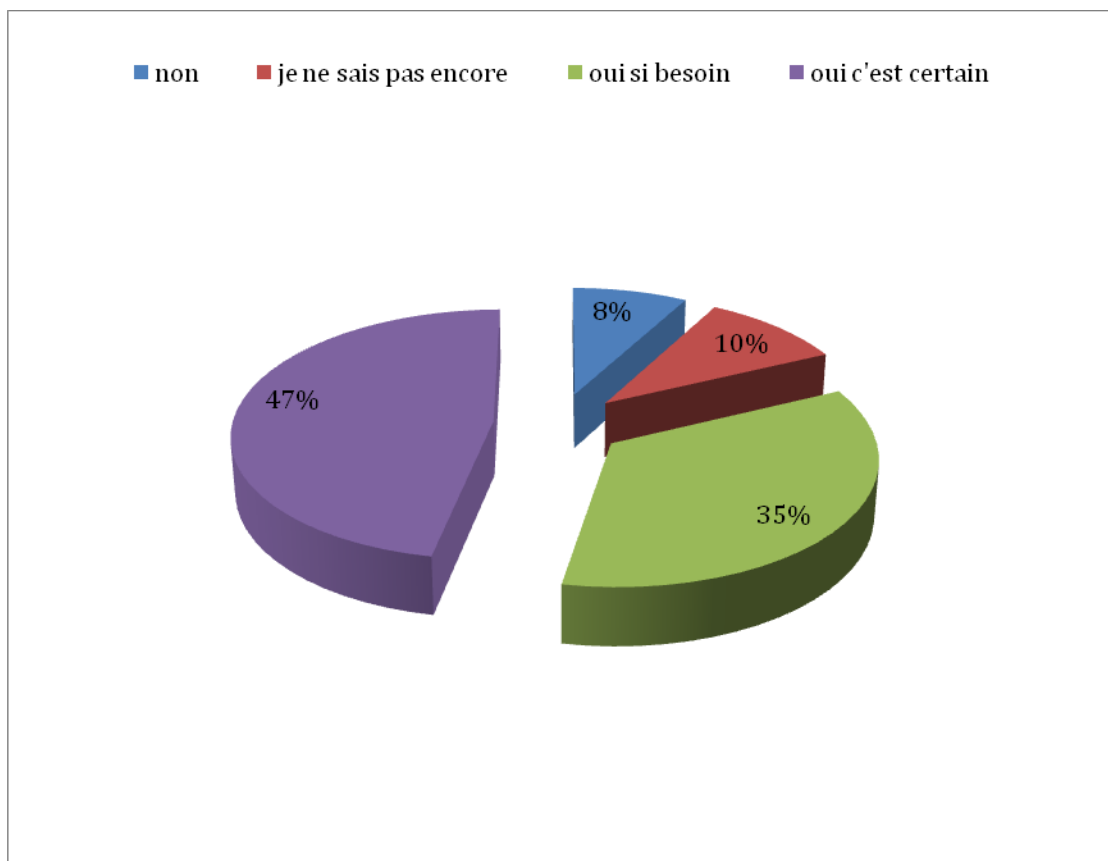
Nous avons ensuite demandé aux patientes si elles avaient pour projet d'emmener leur enfant chez un ostéopathe dans les jours ou les semaines suivant leur sortie de la maternité : **57%** des femmes interrogées ont déclaré qu'elles envisageaient certainement ou peut-être de le faire pour ce bébé (27% de façon certaine, 30% si le besoin s'en fait sentir), et seules 25% des femmes disent exclure le projet de consultation ostéopathique pour ce bébé (Figure 13).

**Figure 13: Projet de consultation des patientes pour leur bébé nouveau-né dans la population enquêtée**



Il est important de relever que **82%** des femmes ayant déjà consulté un ostéopathe pour elles-mêmes ont un projet (systématique ou si besoin) de consultation pour leur nouveau-né (**Figure 14**). Deux options d'analyse qui peuvent être complémentaires s'offrent donc à nous : soit l'ostéopathe leur a conseillé – et les a convaincues – de venir avec le bébé, soit elles ont pris cette décision spontanément. Quoi qu'il en soit, on peut penser qu'un premier contact avec l'ostéopathie les incite à revenir, et à élargir l'indication à leur enfant.

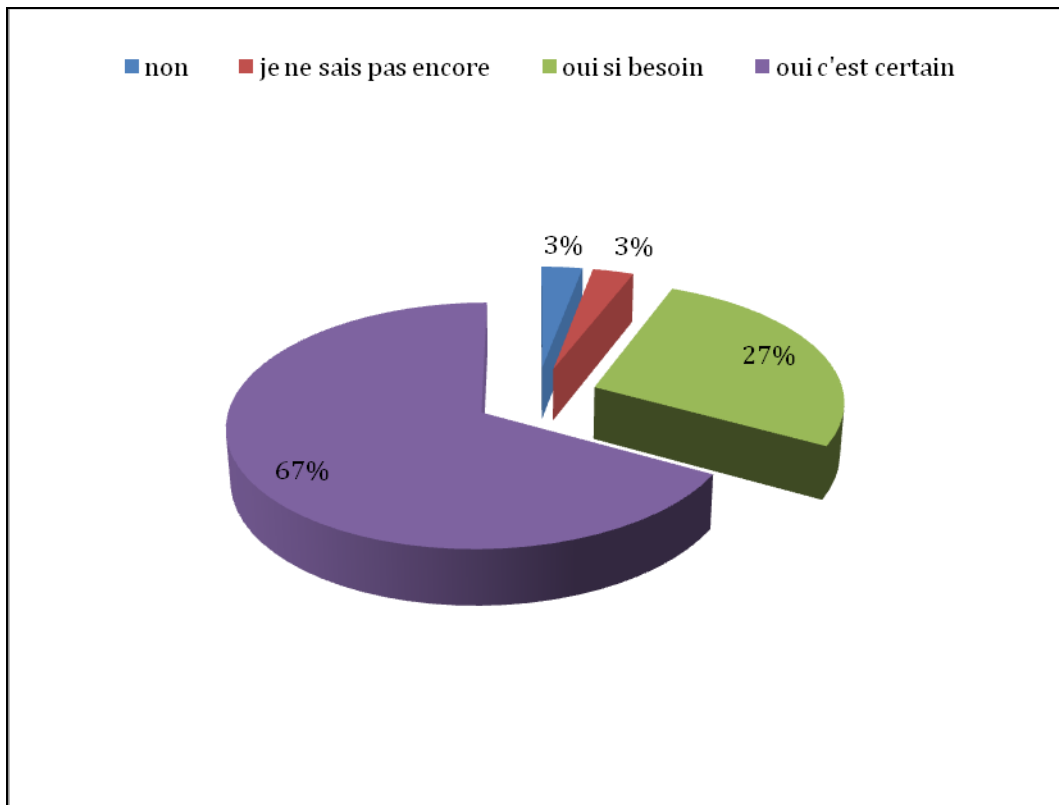
**Figure 14: Projet de consultation pour ce bébé chez les femmes ayant déjà consulté pour elles mêmes**



### *Une « récurrence » incontournable*

Dans le même ordre d'idée, il faut savoir que 94% des femmes ayant déjà consulté pour un enfant précédent iront certainement ou si besoin est consulter un ostéopathe pour cet enfant. Seules 8% d'entre elles l'excluent (**Figure 15**).

**Figure 15: Projet de consultation pour ce bébé chez les femmes ayant déjà consulté pour un enfant précédent**



Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées par le projet de consultation ostéopathique (**Tableau 7**), ce qui confirme nos précédents résultats.

**Tableau 7: Projet de consultation en fonction de la PCS**

PCS/Consultation	non	Ne sais pas encore	Oui peut-être si besoin	Oui c'est certain
Inactives	33%	21%	37%	9%
Artisans/commerçantes/chefs d'entreprises	33%	17%	17%	33%
Cadres/professions intellectuelles supérieures	24%	19%	33%	24%
Professions intermédiaires	20%	12%	35%	33%
Employées	25%	24%	25%	26%
Ouvrières	43%	14%	14%	29%

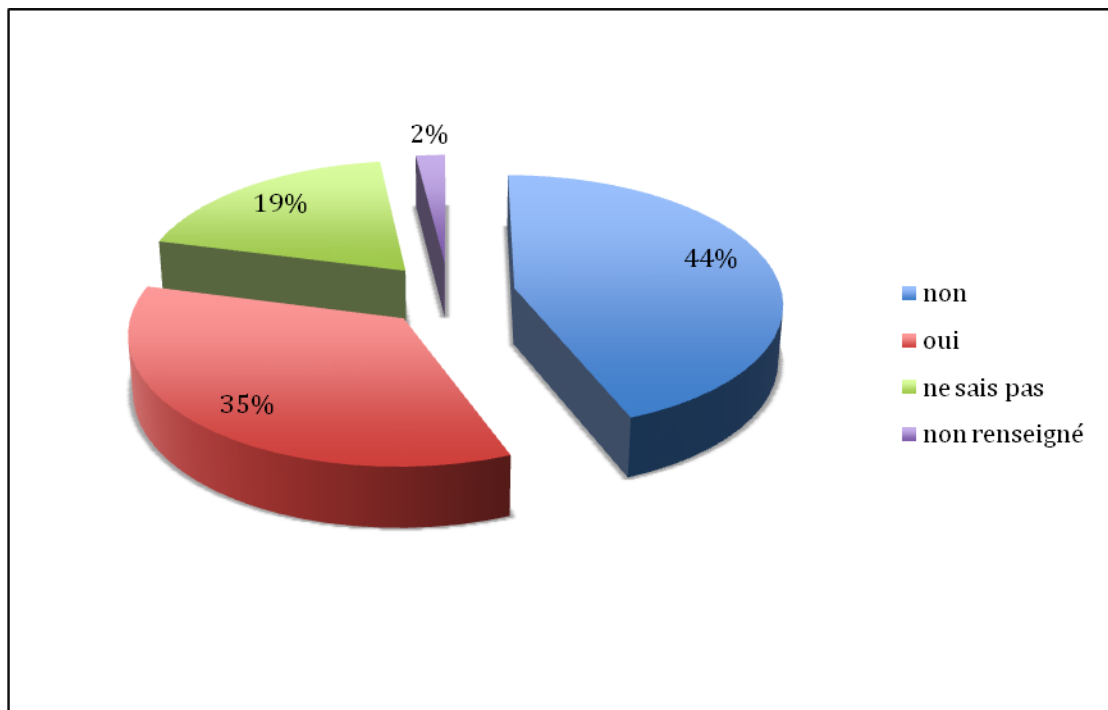
***Un prix de consultation finalement peu dissuasif***

Nous nous sommes intéressées à l'impact du prix de la consultation ostéopathique sur le projet de consultation. Pour cela, nous avons posé la question « *Le prix est-il un frein à la consultation ostéopathique ?* » aux femmes ayant pour projet d'emmener leur bébé chez l'ostéopathe. Notre hypothèse de départ était que le prix était un déterminant majeur pour aller consulter. En effet, le prix moyen de la consultation ostéopathique est de 50 euros, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie ; certaines mutuelles remboursent cependant partiellement quelques consultations.



Les résultats ne confirment pas notre hypothèse. En effet, si 19% des femmes déclarent ne pas savoir répondre à cette question, 44% répondent que le prix ne les freine pas dans leur projet, contre 35% qui, elles, répondent être freinées, tout en envisageant cependant une consultation (**Figure 16**).

**Figure 16: Femmes ayant pour projet d'aller consulter un ostéopathe avec leur bébé: Le prix est-il un frein à la consultation ostéopathique ?**



L'étude des réponses par PCS ne permet pas plus de conclure sur un éventuel impact négatif du prix de la consultation ostéopathique (**Tableau 8**).

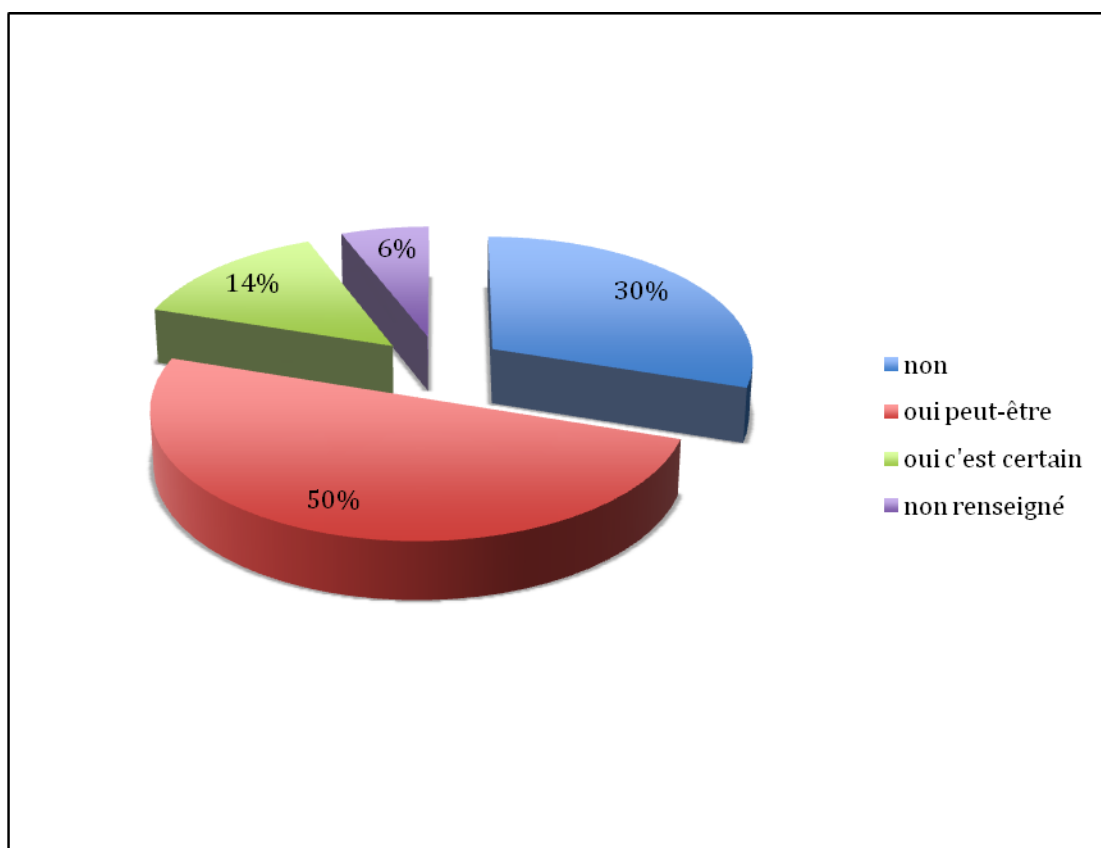
**Tableau 8: Femmes ayant pour projet d'aller consulter un ostéopathe avec leur bébé**

PCS/Consultation	Non	Oui	Je ne sais pas	Non renseigné
Inactives	17%	31%	35%	17%
Artisans/commerçantes/chefs d'entreprises	50%	25%	25%	0%
Cadres/professions intellectuelles supérieures	56%	25%	19%	0%
Professions intermédiaires	50%	38%	12%	0%
Employées	44%	0%	19%	0%
Ouvrières	50%	50%	50%	0%

Une donnée plus intéressante encore concernant l'impact financier de la consultation sur le projet est obtenue en questionnant les femmes qui disent ne pas compter emmener leur bébé voir l'ostéopathe, ou ignorent si elles le feront. Nous leur avons demandé les raisons pour lesquelles elles ne projettent pas de consultation : seules 12,6% avancent l'argument financier.

Par contre, à la question « *si la séance était remboursée iriez-vous consulter ?* », 64% répondent par l'affirmative (certainement pour 14%, peut-être pour 50%), tandis que 30% confirment leur projet de ne pas consulter même en cas de remboursement.

**Figure 17: Impact d'un remboursement éventuel sur le projet de consultation chez les femmes l'excluant a priori**



On ne peut donc pas conclure que le prix influence réellement le projet de consultation. Ce qui est certain, en revanche, c'est qu'un remboursement ferait augmenter le nombre de consultations, peut-être dans une attitude davantage consumériste.

Nous avons également étudié l'utilisation de l'argument financier pour expliquer le non projet de consultation en fonction de la PCS en posant la question suivante aux seules femmes n'ayant a priori pas le projet d'aller consulter : « Si la séance d'ostéopathie était remboursée, envisageriez-vous d'emmener votre bébé chez un ostéopathe ? »

À nouveau, il apparaît que cet argument n'est déterminant, au mieux que pour 1/3 des personnes dans le choix de consulter (**Tableau 9**).

**Tableau 9: Impact du remboursement de la séance en fonction de la PCS**

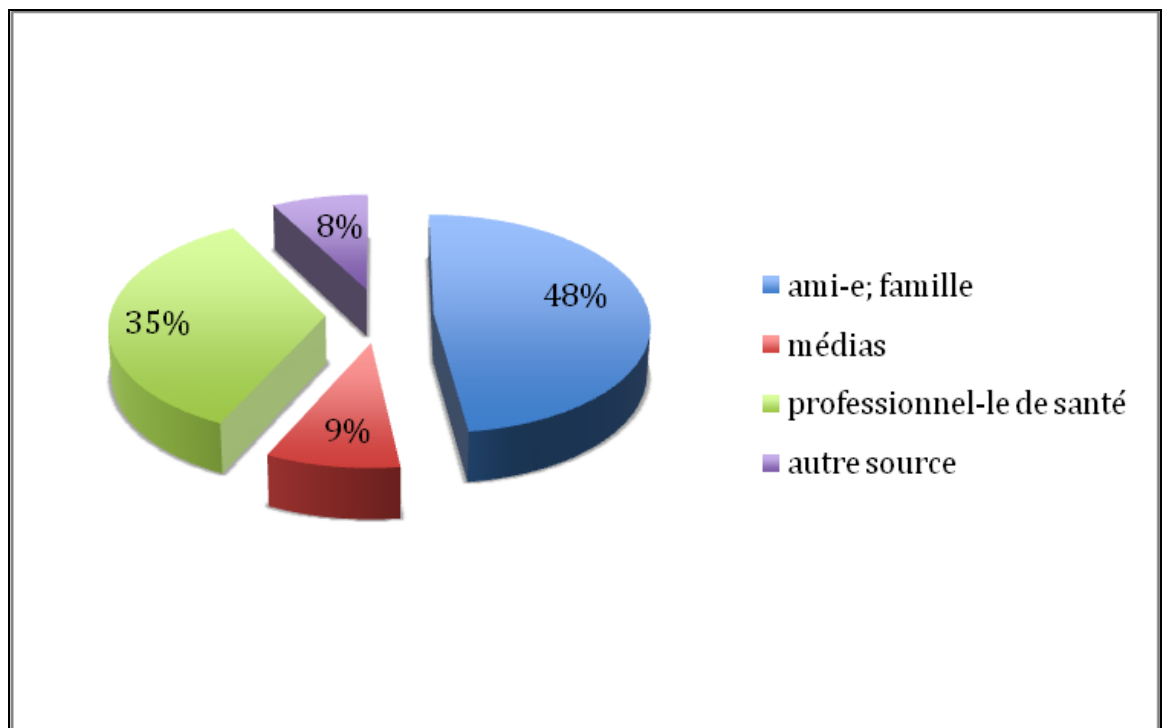
PCS/Consultation	non	Oui peut-être	Oui c'est sûr	Non renseigné
Inactives	15%	45%	30%	10%
Artisans/commerçantes/chefs d'entreprises	50%	50%	0%	0%
Cadres/professions intellectuelles supérieures	55%	9%	36%	0%
Professions intermédiaires	30%	58%	9%	3%
Employées	30%	50%	12%	8%
Ouvrières	25%	50%	25%	0%

***Un conseil partagé entre les proches et les professionnels de santé***

Les mères déclarant avoir pour projet d'emmener leur nouveau-né consulter un ostéopathe (certainement et peut-être) et celles ayant répondu « *je ne sais pas encore* » ont plusieurs sources d'information possibles sur ces consultations d'ostéopathe pour leur enfant. Sur les 209 patientes ayant répondu à ces questions, 48% ont déclaré avoir été conseillées par un ami ou un membre de la famille, 35% par un ou plusieurs professionnels de santé, 9% par les médias et 8% par une autre source d'information telle que des collègues de travail, l'information personnelle, ou autre (**Figure 18**). La population s'est donc appropriée cette pratique ostéopathique

même en dehors du cercle des professionnels de santé ; si tout nous porte à croire que les professionnels ont été à l'origine de cette proposition de soin alternatif comme ils l'ont été pour d'autres changements de pratiques liés à l'intime<sup>86</sup>, il est désormais clair qu'elle appartient autant au monde profane qu'au monde professionnel, et qu'elle répond donc à un besoin complémentaire à la médecine conventionnelle.

**Figure 18: Sources de conseil pour la consultation de bébé chez un ostéopathe**



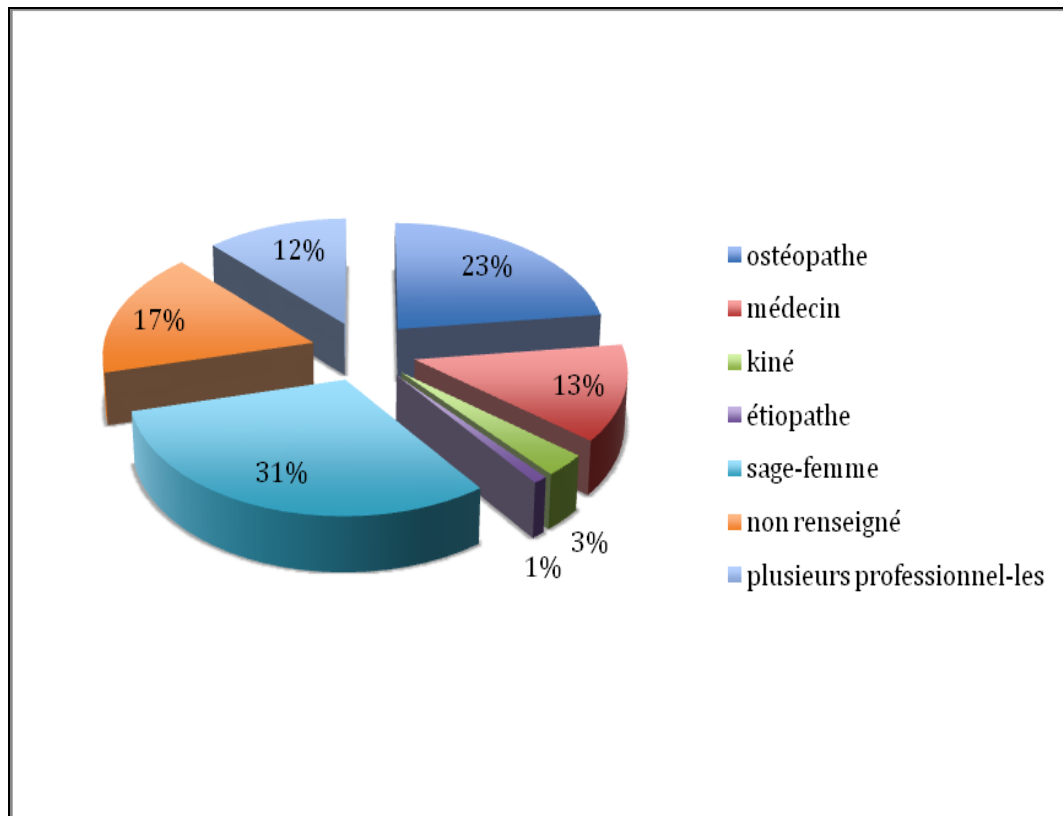
Parmi les professionnels eux-mêmes, lesquels étaient le plus cités comme conseillers pour la consultation ostéopathique du nouveau-né ? La sage-femme vient en tête (**Figure 19**), ce qui est cohérent avec le fait que cette dernière est un intervenant important auprès de la femme enceinte et du couple mère-enfant dans les moments de post-partum, autant dans le suivi médical stricto sensu que dans le

---

<sup>86</sup> MEMMI, Dominique. *La revanche de la chair: essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil, 2014, 280 p.

conseil. En outre, cette professionnelle est clairement identifiée comme étant un acteur important dans l'évolution des pratiques de soin périnatal. Dominique Memmi, dans *La revanche de la chair* parle de leur « pari réussi sur le relationnel », qui trouve ici toute sa résonance. Vient ensuite l'ostéopathe lui-même, comme conseiller ; nulle surprise, cette réponse étant en cohérence avec d'autres résultats que nous avons observés : les femmes ayant déjà consulté un ostéopathe pour elles-mêmes ou pour un de leurs bébés prévoient massivement d'y retourner pour leur nouveau-né. La patiente a sans doute été satisfaite du soin reçu à cette occasion, et/ou sa confiance envers le praticien est telle qu'elle est prête à lui confier son tout-petit. Le médecin n'apparaît dans la liste des conseillers de l'ostéopathie qu'à hauteur de 13%. Nous ne pouvons que partiellement exploiter cette réponse, ne sachant pas s'ils ont orienté leur patiente vers un ostéopathe *médecin* ou non. Certains médecins ne sont pas exclus du circuit alternatif, et certains d'entre eux trouvent dans l'ostéopathie une pratique complémentaire intéressante.

**Figure 19: Quels professionnels conseillent la consultation de bébé chez un ostéopathe ?**



La grande majorité des jeunes accouchées a donc connaissance de l'existence de l'ostéopathie, la moitié d'entre elles a déjà consulté personnellement ou pour un de ses bébés. La pratique est par ailleurs en progression, plus de la moitié des mères projetant d'éventuellement amener leur bébé consulter, cette proportion augmentant significativement dans le cas d'un précédent contact avec la profession... Donnée importante, si le prix ne semble pas être un frein majeur au recours à l'ostéopathe, et ceci toutes catégories socio-professionnelles confondues, un remboursement par la sécurité sociale augmenterait considérablement le nombre de consultations. Enfin, la pratique est à ce jour ancrée dans le parcours de soin du nouveau-né, plébiscitée tant par le monde profane que par une certaine catégorie de professionnels du soin, catégories tendant à s'étendre au monde médical lui-même.

Sur notre échantillon, au total:

- 91% des femmes ont entendu parlé de l'ostéopathie.
- 51% des femmes ont déjà consulté un ostéopathe à titre personnel.
- 50% des femmes ayant déjà un ou des enfants ont consulté un ostéopathe pour le précédent bébé.
- 57% envisagent certainement ou peut-être la consultation ostéopathique pour ce nouveau-né.
- 82% des femmes ayant consulté un ostéopathe pour elles mêmes ont le projet d'y amener leur bébé.
- 94% des femmes ayant consulté un ostéopathe pour un précédent bébé ont le projet de consulter pour ce bébé.
- 12,6% des femmes n'ayant pas le projet de consulter un ostéopathe pour ce bébé imputent cette décision au coût.

Ce toucher thérapeutique alternatif au parcours médical stricto sensu est donc effectivement plébiscité par les mères pour les nourrissons dans des proportions significatives. C'est donc – comme pour le recours au toucher traditionnel – qu'il répond à une attente à laquelle la médecine conventionnelle ne répond pas. Quelle est cette attente ? La question reste posée, et l'étude comparée des recours thérapeutiques est donc plus que jamais nécessaire pour y répondre.



### **Chapitre 3 – Analyse comparée de deux pratiques de soins aux nouveau-nés : le toucher traditionnel et l'ostéopathie**

Les études ethnologiques de Françoise Loux nous ont appris que la médecine populaire évolue constamment, se remaniant, disparaissant, renaissant en se transformant au gré des représentations prévalant dans la société. Je me suis donc interrogée sur un possible lien entre ces deux pratiques coexistantes pour soigner les nourrissons : l'ostéopathie était-elle l'expression de la modernisation d'une pratique traditionnelle de soins poursuivant sa légitimité populaire en marge de l'évolution de la médecine conventionnelle, utilisant des arguments en correspondance avec les systèmes de pensée actuels, la référence scientifique se substituant désormais à la référence religieuse d'antan ?

Pour tester cette hypothèse et tenter de répondre à cette interrogation<sup>87</sup>, nous allons utiliser l'observation de deux séances faites sur des nourrissons à Sablé-sur-Sarthe.

#### **Récit d'observation des séances**

Ma première observation s'est faite chez Madame M., toucheuse à Sablé-sur-Sarthe. J'ai été mise en relation avec elle par une de nos patientes communes, appartenant de plus à son cercle familial. Cette femme lui a évoqué mon intérêt pour sa pratique, et ainsi « introduite », je lui ai ensuite téléphoné pour lui demander si elle acceptait de me recevoir pour un entretien. C'est avec enthousiasme qu'elle m'a invitée à venir assister à une séance.

---

<sup>87</sup> Je tiens à remercier tout particulièrement les ethnologues Marika MOISSEEFF et Michael HOUSEMAN pour avoir accepté de consacrer un des ateliers « Nouvelles formes de médiation relationnelle » à la réflexion collective sur mon travail de comparaison des pratiques.

## *La toucheuse*

Sablé-sur-Sarthe, 2010

Mme M. m'a invitée à venir à ses consultations. Une chance. Je suis la sage-femme, ça me donne le sésame pour bien des privilèges ! Il est vrai que je me suis occupée de sa belle-fille, et du coup, je ne lui suis pas totalement étrangère.

Je sonne, et une petite femme toute ronde, tonique, vient m'ouvrir. Elle a l'air débordée. Je vais vite m'apercevoir que ce n'est pas qu'un air...

La pièce dans laquelle j'entre est la salle à manger-cuisine. Un intérieur très chargé, kitch à souhait, avec une grande table en bois couverte de napperons en dentelle et de petits pots de plantes. Au mur, un canevas représentant un chat, dans un cadre. Les étagères contre le mur sont elles aussi chargées de pots de plantes vertes, plantes grasses, et de nombreuses petites statues représentant des saints. Pas un statuaire de qualité, non, mais de ces objets qu'on ramène des magasins touristiques des lieux de culte et de pèlerinage, genre la Sainte Vierge qu'on retourne et qui se trouve dans une tempête de neige... Il y a des petites bougies, aussi, multiples petits autels disséminés sur les étagères et la commode, et une coupe de fruits en vrai pyrex avec des dessins en relief.

À peine ai-je posé un pied dans son intérieur, le téléphone sonne. Elle décroche, écoute ce qui est visiblement une plainte de jeune maman, et entame un questionnement précis sur le rythme et les pleurs de l'enfant. Un interrogatoire rigoureux qui n'a rien à envier à une recherche étiologique dispensée par le corps médical... Alimentation, transit, sommeil, tout est passé au crible. Elle donne finalement un rendez-vous après avoir rappelé quelques conseils d'hygiène élémentaire : *« lavez-vous bien les mains quand vous vous occupez de bébé, et lavez et rincez bien les biberons ! Ne restez pas enfermée, sortez-le un peu, ça vous fera du bien à tous les deux »*.

«Vous savez, en fait... la plupart du temps il n'y aurait même pas besoin de toucher. Ces pauvres petites mamans, elles ont besoin d'être écoutées et rassurées plus qu'autre chose. Leur bébé pleure, elles ne savent plus quoi faire, elles pensent

qu'elles n'y arrivent pas. Nous ici on parle, je les écoute, je les rassure, je leur donne quelques conseils. Et souvent ça suffit ! Elles me rappellent le lendemain en me disant vous savez Madame M., c'est merveilleux, mon bébé est beaucoup plus calme, il dort tranquillement, ça fait du bien !... Moi je sais bien que j'ai pas eu à faire grand-chose, le bébé n'avait que la tension de la maman qui l'empêchait d'être calme. »

Deux enfants, que je situe entre 8 et 10 ans, regardent la télévision dans le coin de la pièce. Ils se chamaillent, Madame M. les gronde, comme toute grand-mère le ferait. *« ça suffit les enfants ! »*

Un coup de sonnette, une femme entre portant un bébé dans un siège-auto « maxi-cosi ». Deux mois, trois tout au plus. Il est profondément endormi. Avec autorité, madame S. lui fait poser le siège sur une chaise, elle s'installe en face, sur une chaise aussi. Après un bref interrogatoire sur les raisons de la consultation, elle approche sa main, paume en avant, jusqu'à une dizaine de centimètres du bébé. La mère décrit un enfant grognon, qui pleure beaucoup, et bave énormément. La toucheuse me prend à parti, me demande de regarder de près les lèvres du petit : *« regardez, il y a un trait sur les lèvres, avec deux couleurs, c'est signe de muguet. Avec en plus la salive et les pleurs, c'est sûr. »*. Elle crie à nouveau sur ses petits enfants qui se disputent copieusement à côté, *« Mamie, il arrête pas de m'embêter, je peux pas regarder le film ! » « Arrête maintenant, laisse ta sœur tranquille ! »*... Le tout sans se déconcentrer, la paume de la main toujours en regard du visage de l'enfant. Elle descend sa main, et se met à grommeler *« ah ben évidemment, y'en a partout, pauvre petit, il était temps de faire quelque chose ! Les médecins, ils ne voient que ce qu'il y a dans la bouche, mais souvent c'est plus bas qu'il est le champignon, et il ne se voit pas. Allez mon petit coco, on va t'enlever ça »*.

Elle se met alors bien en face du ventre du bébé, et respire très fort. Très très fort, avec une expiration longue et marquée.

Les petits enfants se poursuivent maintenant autour de la table en piaillant. La grand-mère les expédie dans le jardin : *« ah, ils sont énervés aujourd'hui, c'est pas possible ! »*.

Elle poursuit quelques minutes son travail, concentrée, silencieuse mais vigilante, respirant toujours très lentement et insistant sur l'expiration. L'enfant dort toujours, impassible.

Elle explique soudain à la maman que le bébé va se mettre à pleurer, mais qu'il n'a pas mal, que c'est comme ça que ça se passe et que c'est normal. Je reste dans mon coin, j'observe, j'écoute, très surprise par la simplicité et le manque de cérémonial de la séance... Presque déçue, en fait. Je m'étais imaginée une sorte de magie occulte pleine de mystère, en lieu de quoi je me trouve dans une salle à manger kitchissime à regarder une grand-mère essayer de gérer sa progéniture dissipée et tout en respirant bruyamment et en promenant sa main autour d'un bébé... Flop.

C'est alors que ça s'est passé... L'enfant s'est soudain mis à hurler, alors même que la toucheuse n'avait pas bougé sa main. « Voilà, c'est bien, c'est fini, il en avait partout ! il va pleurer beaucoup aujourd'hui, cette nuit il va se réveiller vers 2 h du matin, et si vous allez voir il bavera énormément, comme s'il avait mangé de la craie. Et puis après ce sera terminé. Mais attention, lavez-vous bien les mains avant de vous occuper de lui, et surtout, stérilisez les biberons encore. Les médecins maintenant ils disent que ça n'est plus nécessaire, mais il faut le faire ».

La maman s'apprête à sortir, met discrètement un objet que je devine être un billet de 10 euros dans la boîte en forme de tirelire sur le bout de la table, remercie et sort. Madame M., elle, se dirige vers l'évier de la cuisine, et se lave les mains longuement. Elle m'explique que c'est important, car sinon elle garde le mal. Au début, elle n'y avait pas fait assez attention, et elle était très souvent malade.

Très contente semble-t-il de parler de son activité, Madame M. se met à me raconter son « don ». Si d'autres en héritent d'un proche qui le transmettent alors qu'ils sentent leur « force » décliner, elle s'est rendue compte de ses capacités suite à un épisode de maladie au cours duquel elle a frôlé la mort. J'ai déjà cet extrait d'entretien auparavant, je le replace sciemment ici afin de le replacer dans son contexte :

*« J'aurais dû mourir, même le personnel (de l'hôpital) n'a pas compris ce qui s'était passé... Ils m'appellent la ressuscitée ! J'étais condamnée, j'avais perdu connaissance, on avait déjà préparé mon mari... Un matin je me suis réveillée, je me suis levée, et tout allait bien. Moi, j'ai vu la lumière blanche au bout du tunnel, vous savez, et puis elle s'est arrêtée, j'ai compris que ce n'était pas encore temps pour moi. J'étais déjà très croyante avant, alors vous pensez si ça ne m'a pas arrangée ! Après ça, j'ai croisé quelqu'un qui m'a dit que j'avais un don, il le sentait. Il m'a dit d'aller à une séance avec un grand professeur qui venait de Tours pour tester les dons... On était beaucoup, trente peut-être, mais surtout des gens qui espéraient l'avoir. Beaucoup repartaient déçus, le professeur leur disait que non. Moi, quand il m'a vue, il m'a dit que j'allais pouvoir guérir beaucoup de monde ! Pour voir si on a le don, on peut utiliser une orange, mais attention, non traitée, hein ! Vous la prenez dans la main chaque jour, et si vous avez le don, elle sèche. Je l'ai fait à mon mari qui se moquait un peu en disant qu'il allait toucher les gens aussi... L'orange a pourri en trois jours, il n'a plus rien dit !*

*Le « professeur » nous a ensuite expliqué comment utiliser le don, comment se protéger aussi, et puis ce qu'on n'avait pas le droit de faire, comme de se servir du don sur des personnes qui ne le demandent pas. Il faut que les gens demandent pour les toucher. On ne doit jamais proposer même si on sent qu'il y a quelque chose. Et pour se protéger, il faut toujours se laver les mains après avoir touché, sinon on prend et on garde le mal. Ça m'est arrivé au début, j'avais pris une gastro terrible ! Maintenant que je vieillis aussi, je ne prends plus les malades trop graves, ça me fatigue trop. »*

## *Le toucheur*

Communauté de commune de Sablé-sur-Sarthe, août 2016

À la présentation de mon terrain lors d'un atelier avec des ethnologues, il est apparu que mon enquête comportait un biais. Je n'avais en effet interrogé que des femmes « toucheuses », il était donc difficile d'analyser certains aspects sans neutraliser ce « biais de genre ». Soit. J'avais le nom et les coordonnées d'un toucheur réputé dont j'avais souvent entendu parler par mes patientes lorsque j'exerçais comme sage-femme de ville. Je décidai donc de le contacter afin de lui demander s'il acceptait de me recevoir pour parler de sa pratique.

Au premier appel, c'est son épouse qui décroche. Je me présente en tant que sage-femme ayant exercé à Sablé quelques temps auparavant, intéressée depuis cette époque par la pratique de soin aux bébés par les toucheurs. Son mari absent, elle tente de me dissuader par une phrase explicite : « *il ne vous parlera pas. Il ne parle pas de ces choses-là* ». J'insiste tout de même pour savoir à quel moment je peux le joindre pour le lui demander en personne.

Au second appel, Monsieur S. décroche. Je me présente de la même manière que je l'avais fait avec son épouse, ajoutant en vue de créer un peu de complicité « *on fait un peu le même métier !* ». Il me reprend, précisant bien que nos activités n'ont rien à voir... « *Moi c'est un don, c'est comme ça* ».

*Mais vous voulez savoir quoi exactement ?* reprend-il. Je lui précise alors que mon intérêt porte sur les maux qu'il soigne, l'âge des bébés qu'il voit, et quelques autres détails, et que j'aimerais vraiment en discuter avec lui. J'ajoute que bien souvent, il guérit des choses que nous ne parvenons pas à guérir en médecine, prenant en exemple le « muguet ».

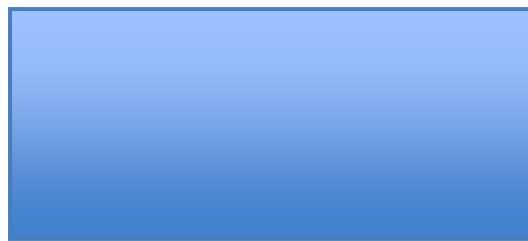
D'accord pour en parler. Il est capable de soigner beaucoup de choses, chez les bébés, il ne fait que ça, lui, soigner... Mais s'il voulait précise-t-il, il pourrait aussi faire « d'autres choses », des sorts, mais « n'étant pas mauvais homme » il ne le fera pas. Il ne touche pas à ça. Venez demain à 15h30.

À l'heure dite, je me dirige donc vers chez Monsieur S., non sans appréhension. Pourvu qu'il n'ait pas changé d'avis, pourvu que le discours de son épouse ne l'ait pas rendu hostile... et pourvu que ma tête lui revienne ! Je ne suis pas particulièrement encline à craindre les sorciers, mais j'ai lu Favret-Saada et Harry Potter... Je sonne, et madame B. m'ouvre la porte. Un sourire de bon augure. C'est une petite femme d'environ 65 ans fort avenante, et son physique tout en rondeur n'est en rien comparable avec la sécheresse du ton de sa voix au téléphone. Elle me fait entrer dans le vestibule de ce pavillon situé au cœur d'un lotissement. La maison est modeste mais coquette, entourée d'un petit jardin bien entretenu. À droite, j'aperçois la cuisine, d'où sort Monsieur S., me tendant la main pour me saluer. C'est un homme grand, costaud, portant autour du cou une grosse croix en pendentif – de plus de 5 cm de hauteur –, qui me semble être en bois. Nous entrons dans la pièce de gauche, un grand salon salle à manger, et tous deux m'invitent à m'asseoir à la table familiale, grande table rectangulaire en bois recouverte d'une toile cirée dans les tons jaunes et marron. Dans le fond de la pièce, le coin salon est constitué d'un canapé faisant face à un téléviseur, et, entre les deux, une table basse. La fille (une quarantaine d'années) et la petite fille (14 ans) de monsieur et madame S. sont assises dans le canapé et regardent un reportage animalier sur les loups à la télévision. Elles me saluent de loin.

Nous débutons alors notre entretien par sa question : « *C'est vous qui vouliez me voir ?* ». Oui, c'est moi... Il s'est placé en face de moi, tandis que sa femme est en bout de table, sur le côté, à ma droite, à égale distance de nous deux.

M.S

Mme S.



moi

Je reprends ma boutade « on fait un peu le même métier, vous et moi », pour introduire le débat. Là, comme lors de notre conversation téléphonique, il me reprend, mais de toute autre façon : « *Ah non, pas du tout. Moi je peux faire le vôtre, vous ne pouvez pas faire le mien* ». Je comprends que sur son terrain, il prend la main... Il se sent en confiance, c'est bon signe.

Après m'avoir questionnée sur mon actuel lieu d'exercice, il regarde mes mains, et me questionne, un peu d'inquiétude dans la voix : « *vous gardez vos bagues quand vous accouchez ?* » Une fois rassuré – non, je ne les garde jamais, même si les raisons qui m'animent sont sans doute différentes des siennes – je lui demande de me parler de son don et de sa façon d'opérer :

*« Moi je mets juste ma main là-dessus, je fais un signe de croix, je mets ma main dessus le bébé. »*

– Moi: Et vous mettez votre main au dessus ou vous posez la main?

*Non, non, je mets la main, je fais le signe de croix dessus son ventre, et je mets la main sur son ventre. (il tape sur la table du plat de sa main). Je ne fais que ça.*

– Et après vous vous lavez les mains pour enlever le mal ?

*Même pas. Ah mais c'est pas le mal, ça. Le mal c'est de la sorcellerie, c'est autre chose. Attention, c'est pas du tout pareil !*

– D'accord... Et pour le bébé, s'il a le mal de ventre, vous sentez où il a mal ?

*Oui, oui, je mets ma main sur le bébé, je fais le signe de croix, je mets ma main là-dessus, je dis tiens ça chauffe, c'est là que c'est. Et pour le muguet, le carreau, le chapelet c'est pareil.*



Je profite du fait qu'il cite ces termes pour lui faire préciser ce qu'il entend par carreau et chapelet, étant donnée la diversité de définitions que j'ai pu recueillir jusqu'alors :

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

– En fait c'est quoi ces maladies-là ? c'est quoi les signes, ils vomissent ? ils ne mangent plus ?

*Ah ben oui, la gorge plein de lait épais, ça c'est le muguet. Alors là y'en a qui vont chercher des dents de taupe. Moi je veux bien... Ça me dérange pas, moi (rire). Autrement c'est des coliques, les bébés dorment pas, dès qu'ils ont mangé ils ont mal au ventre, ça digère point, c'est calé là, quoi alors, on doit enlever ça aussi. »*

Quant à son don, il dit ne l'avoir reçu de personne de façon délibérée, de s'être rendu compte qu'il l'avait au contact des bébés :

*« Moi ça a commencé par ma nièce, par ma sœur, ma sœur elle a eu une petite fille, et puis elle faisait que de pleurer, et moi quand je l'ai pris dans mes bras j'ai dit tiens ? ben elle pleure plus... et c'est comme ça petit à petit... Ben je fais ça pour arranger les petites dames et surtout les bébés. »*

Par contre, dans sa famille, il y a une personne qui a le don dans chaque génération : *« Ma mère faisait ça, mon père le faisait, mon grand père le faisait, lui c'est autre chose, lui il faisait de la sorcellerie, il a fait mourir des gens »*. Son épouse essaie d'intervenir, comme pour relativiser ses propos, mais il la rembarre : *« Toi tu n'y connais rien, je te dis que le grand père il faisait mourir des gens, Ça c'est sûr. »*

Je lui demande alors de me préciser comment se passe une séance, lorsqu'une maman vient avec son bébé : « *je les mets sur un petit machin, un petit coussin* » précise-t-il. C'est son épouse qui décrit alors le processus. Elle est en général présente lors des séances. Elle me montre la petite couverture matelassée qui est posée sur le meuble à proximité de la table ; « *il a toujours un petit... il met ça sur la table (elle se lève et prend la couverture), il met le bébé sur le dos, la maman elle est à côté, et puis ben... ils sont heureux, comme des pachas !* » ; Monsieur S. laisse sa femme expliquer, puis reprend la parole pour expliquer et mimer son geste : « *Je mets juste ma main sur son ventre, si c'est le muguet je mets sur la bouche, je commence comme ça puis je descends (il mime) tranquillement ... et puis le bébé il a plus rien. Y'en a qui arrivent la langue toute blanche, ils repartent d'ici ils n'ont plus rien.* » et encore « *vous posez votre main sur le bébé, le bébé il a pas mal au contraire c'est comme ça qu'il est (il mime les bras qui s'ouvrent). C'est formidable ! Et ils me sourient ; ah! les sourires que j'ai ! c'est incroyable (...)* Moi, les bébés, j'en suis fou ».

La maison ne présente pas d'objets religieux visibles, contrairement à l'intérieur de sa « collègue » précédemment rencontrée. Seule sa croix autour du cou est très remarquable. Il dit ne pas dire de prières en passant sa main, mais rajoute : « *Écoutez, si vous avez envie de faire une prière (faisant allusion à la possibilité que je pratique à l'avenir), faites-la. Ça peut pas faire de mal, hein ! Un notre père, je ne sais quoi, nous on prie comme ça pour nous même* ». La référence à la religion est très présente dans son discours, quand il évoque la pratique de sa mère qu'il a observée durant son enfance : « *Ben on a toujours été chrétiens chez nous. Donc... Ma mère elle soignait le feu, elle faisait le signe de croix, bon ben j'ai dit pourquoi pas, on va faire un signe de croix ça me dérange pas* ». De la même façon, lorsqu'il évoque un ami toucheur : « *... Je connais un gars, il est à G., c'est autre chose. Il touche sa bille, le gars. Il est beaucoup avec les curés aussi. Moi j'ai des copains ils sont curés, mais lui bon c'est autre chose. Je pense qu'il se déplace... Vous pouvez prendre rendez-vous avec lui, hein ! Mais je sais pas si il vous recevra parce qu'il est débordé. Et lui il fait tout, de A à Z, moi je fais que les bébés. Et puis j'en ai pas beaucoup. Mais lui il a 10 ou 15 personnes tous les soirs. (...)* Mais je crois que c'est la croix qui prend tout. Il travaille avec une croix qui est haute comme ça, longue

*comme ça* (il mime une dimension d'une vingtaine de centimètres) *avec une chaîne qui est grosse comme mon pouce et vas-y coco*, (il siffle) ».

Au bout d'un moment d'échange, Madame S. me demande si j'ai soif, et me propose un café, qu'elle a déjà préparé. Monsieur S. demande à son épouse un Perrier, car le café à cette heure l'empêchera de dormir. La fille et la petite-fille nous rejoignent alors à la table, et nous échangeons un peu : elles vivent en banlieue parisienne et sont là en vacances. C'est l'occasion pour moi de demander à la famille si quelqu'un a hérité du don : « *Ah ça je sais pas. Je peux pas dire* », répond Monsieur S.

Sa femme renchérit : « *c'est souvent à un certain âge je pense que ça se...* » Elle est coupée par Monsieur S. qui déclare : « *c'est p'têt la fille qui serait la plus forte. Que le garçon.* » Sa parole est appuyée par Madame S. : « *à mon avis oui...* ». La fille en question, elle, ne dit rien.

L'entretien se termine. Les vacances approchent pour le couple qui part au bord de la mer pour une semaine. Monsieur S. souhaite désormais arrêter son activité de toucheur, il a assez travaillé... « *... moi, là, je vais arrêter. Je vais plus faire ça. C'est fini. (...) Les bébés, ok, mais au bout d'un moment...* ».

Tous me serrent la main. Je les remercie et les salue, et retourne dans la fournaise de la canicule extérieure.

### ***L'ostéopathe***

Ayant identifié la nécessité d'analyser comparativement la pratique du toucheur et celle de l'ostéopathe, j'ai téléphoné à Monsieur H., ostéopathe à Sablé-sur-Sarthe. Le contact était simple, car nous nous connaissions déjà. En effet, durant mes 14 années de domiciliation dans ce secteur, parmi lesquels 5 années d'exercice libéral de ma profession, j'avais eu maintes fois l'occasion de le rencontrer : en tant que patiente d'abord, puis dans mon réseau professionnel ensuite. Nous avons parfois travaillé conjointement pour soigner des patients (femmes et bébés), complétant nos compétences.

Monsieur H. accueille favorablement ma requête, et alla même jusqu'à organiser une matinée complète de consultations de nourrissons afin que je puisse disposer de plusieurs observations. C'est donc une matinée de l'été 2015 que je me rendis à son cabinet de consultations.

Sablé-sur-Sarthe, 2015

Il m'a invitée à venir pour la consultation de 9h. Il y a des bébés toute la matinée, aujourd'hui.

Je m'installe dans la salle d'attente de cette maison individuelle restructurée en cabinet de kinésithérapie et ostéopathie. Monsieur H. est seul à exercer dans ce cabinet. Il a 39 ans, et est installé à Sablé depuis 11 ans (2004), époque où il était le seul ostéopathe de la communauté de commune.

Je ne suis pas seule dans la salle d'attente. Un homme, la soixantaine, un peu bourru, vient d'entrer également. Ses salutations révèlent un accent sarthois prononcé. Il a mal au dos, et consulte M.H. pour des séances de kinésithérapie.

La salle d'attente est un espace ouvert sur un escalier montant vers une salle de rééducation, et sur un couloir desservant plusieurs pièces. Certains murs sont encore en Placoplatre brut donnant une impression de travaux en cours, tandis que d'autres sont peints. Au bas de l'escalier sont entreposés des cartons de draps d'examens neufs sur au moins 1,50 mètres de hauteur.

L'espace attente est composé d'un canapé en Skaï blanc, d'un autre noir, et de quelques chaises. Une table basse recouverte de magazines, quelques flyers sur une étagère, un grand tableau blanc affichant en version manuscrite au marqueur effaçable diverses informations.

Je liste les magazines proposés sur la table : *Paris Match*, *Ici Paris*, *Femme actuelle*, *France Dimanche* et *Maxi*. Un poste radio réglé sur « Chérie FM » diffuse des morceaux de variété française populaire et ses publicités criardes pour les promotions en cours dans les hypermarchés du secteur.

Ici, pas de cartes de visites d'autres professionnels comme j'en ai retrouvées chez les ostéopathes visités auparavant, mais trois flyers publicitaires : des cours de yoga, un salon bien-être proposant des épilations et des massages par une esthéticienne, et un restaurant local de cuisine traditionnelle offrant un service traiteur pour les événements festifs.

Sur le grand tableau blanc situé en hauteur sur un des murs, hors d'atteinte, Monsieur H. a écrit les tarifs des différents actes « *non remboursés par la sécurité sociale* » : ostéopathie : 50€, école du dos : 8,60€, hydrojet : 10€.

Il y précise également certaines règles et recommandations : « Toute séance de kiné non décommandée 48h avant est considérée comme effectuée », « Tout retard est pénalisé. N'étant que très rarement en retard, je préfère que vous arriviez avec 5 min d'avance que 5 min de retard », « N'oubliez pas de mettre votre N° de sécurité sociale et votre adresse sur la facture d'ostéopathie » et pour finir, « merci de ne pas stationner sur les bandes jaunes sur la rue ».

Trois diplômes encadrés sont également posés à hauteur d'homme sur l'étagère : le diplôme d'ostéopathe obtenu en 2003 à l'« Osteopathy Research Institute » (ayant pour devise Matter, Movement, Mind), un certificat d'ostéopathie périnatale et pédiatrique de 2005 et enfin un diplôme de Biokinergie daté de 2009.

Une femme entre dans la salle d'attente, tirant une poussette de jumeaux. Les bébés dorment. Ce sont deux filles, et je vois des petits pieds dans des chaussettes roses dépasser. Un homme entre lui aussi, la cinquantaine. Il dit qu'il a mal à l'épaule. Il entame très vite la conversation, se plaignant des difficultés de son activité professionnelle qui lui impose de travailler à une température de 4°C alors que dehors il fait 30°C...

Monsieur H. arrive d'un pas vif. Il est habillé d'un bermuda, d'un tee-shirt et de baskets montantes. Autour de son cou, une chaîne en argent et une bague accrochée, son alliance sans aucun doute. Il plaisante avec les personnes présentes, invite l'ouvrier douloureux à monter en salle de rééducation pour faire ses « exercices habituels », puis dirige la mère et les bébés vers une salle de consultation au fond du couloir. Il s'assure auparavant que sa patiente se souvient qu'il l'avait prévenue de

ma présence « *je vous avais bien dit que j'avais une sage-femme avec moi aujourd'hui ?* ». La femme acquiesce, et avance la poussette dans le couloir.

À peine la femme entrée, M.H. Dit : « je vais me laver les mains, installez la petite là ».

La femme s'exécute, visiblement habituée à ce geste. Elle prend donc le premier bébé de la poussette et l'allonge sur le dos sur la table d'examen. De retour, l'ostéopathe s'installe derrière la petite fille, assis sur une chaise, prend la petite tête dans ses mains et dit « *salut !* » puis s'adressant à la mère : « *c'est laquelle déjà ? je ne sais plus...* » (ce sont de jumelles homozygotes, visiblement très semblables). M.H. fait faire de légers mouvements de rotation à la tête. Tout à coup, sans que nous ne percevions rien de l'extérieur, il s'exclame, encourageant : « *Là, c'est bien, ça !* ». Il poursuit, et l'enfant se met à pleurer. « *Ben t'es pas contente ?* ». Il place ses mains sous la petite tête, l'enveloppant presque complètement, puis imprime d'imperceptibles pressions de pouces sur le crâne, en silence. Il ferme les yeux, visiblement concentré. Après une dizaine de secondes, il rouvre les yeux et fait tourner la tête plus fortement.

Il passe ensuite à la manipulation du ventre du bébé, sans la déshabiller, par pressions prolongées sur diverses zones de l'abdomen. Il revient ensuite à la tête et au cou, reprenant les rotations du cou, plus prononcées, plaquant une main sur le thorax, l'autre sous la tête. La petite pleure toujours, il dit « *Chuuuut* ». Il met ensuite une main sous les fesses du bébé, l'autre main sous l'occiput. L'enfant pleure encore un peu. S'adressant à l'enfant : « *ça va, ça va, ça se passe pas si mal que ça !* ».

La maman amène l'autre petite dans ses bras, elle et M.H. rient car elles sont habillées de la même façon... « *Y'a tout pour me piéger !* ». Il se reconcentre, fermant les yeux et refaisant les manipulations sur le cou.

Un coup de sonnette retentit alors, M.H. sort promptement en disant : « *Ah c'est le réparateur de la table d'examen* » ! Il revient, reprenant tout de suite la manipulation en se concentrant. L'enfant s'est apaisée pendant la pause. « *Ça y est, c'est presque fini, courage, courage* ». La petite cherchant sa mère du regard, il reprend : « *Mais oui, elle est là maman, elle est pas loin* ». Puis « *Bien ! voilà, bien,*

*la rotation ! voilà, impeccable. Elle tourne bien la tête à gauche, ça y est. Ah là là, c'était pas facile... On passe à l'autre. Je vais me relaver les mains ».*

Il revient, et pratique les mêmes manœuvres avec la seconde jumelle, alternant les attitudes concentrées les yeux fermés et les épisodes de communication avec la mère et le bébé.

M.H. : « *Voilà, c'est fini* »... Il s'installe à son bureau, derrière son ordinateur, et commence à taper un compte rendu de la séance. S'adressant à la maman : « *Je ne sais plus, vous réglez ou pas aujourd'hui ?* ». La maman, ayant replacé son bébé dans la poussette, s'assoit face à lui en sortant son carnet de chèques « *cette fois oui* ». « *Facture ?* ». « *Non, pas cette fois* ».

Elle rédige son chèque, le tend à M.H., et tous deux conviennent d'un rendez-vous un mois plus tard. Ils échangent sur les semaines à venir, au mois d'août, chacun d'entre eux partant en vacances (elle, 10 jours, lui, 3 semaines). L'ostéopathe remercie et tous deux se lèvent, se dirigent vers une porte qui donne directement sur l'extérieur, se saluent et elle quitte le cabinet précédée par la poussette.

Toutes les consultations qui suivront seront une répétition de ces séquences, avec pour seule variante le ton et les mots adressés au seul bébé masculin de la matinée sur un mode de complicité plus marquée du type: « *Salut mon pote !* »

### ***Le médecin***

Je n'ai pas réalisé d'observation spécifique récente auprès d'un médecin généraliste de Sablé-sur-Sarthe. Cependant, mon activité professionnelle – et mon rôle maternel – m'ont amenée de façon très fréquente à assister d'une part à des consultations médicales de nourrissons, et d'autre part à fréquenter la « maison médicale » dans laquelle les médecins de Sablé sont en grande majorité regroupés. J'assiste encore très fréquemment dans un cadre institutionnel à des consultations de pédiatres au CHRU de Tours, examen médical du nouveau-né pratiqué à sa sortie de maternité.

Le récit que je peux en faire est de fait moins narratif, mais je vais néanmoins exposer les points qui me paraissent importants pour la mise en perspective des différentes pratiques de soin.

Le médecin généraliste, comme le pédiatre libéral, exerce dans un cabinet dédié à cette activité. À Sablé, il n'y a pas de pédiatre. Comme indiqué précédemment, la majorité des médecins généralistes sont regroupés dans un bâtiment appelé « Maison médicale », au sein duquel chacun dispose d'un cabinet individuel, le secrétariat et l'accueil téléphonique étant mutualisés entre tous.

Les points de décor me semblant importants pour notre objet commencent dans la salle d'attente : mobilier neutre, table basse couverte de magazines divers : *Ça m'intéresse*, *Paris Match*, *Géo*, *Femme actuelle*, ainsi que quelques livres pour enfants sur une petite table excentrée. Au mur, une décoration faite de reproductions de tableaux assez impersonnels. (fleurs, paysages marins pour les deux salles d'attente fréquentées).

Dans le cabinet de consultation, un bureau central, sur lequel repose une pile de feuilles, résultats d'examens reconnaissables à l'entête au nom du laboratoire d'analyses, fascicules d'informations médicales. À proximité, l'écran d'ordinateur, son clavier et la souris, un ordonnancier au centre, et plusieurs objets portant des marques et logos de médicaments : des stylos, une règle à l'intérieur de laquelle se promène une petite bille jaune lorsqu'on l'incline. Le terminal de lecture de carte vitale, un cadre avec une photo de famille et, derrière le bureau, une bibliothèque vitrée contenant des ouvrages de médecine.

Sur le côté de la pièce, une table d'examen recouverte d'un drap en papier qui provient d'un dérouleur fixé à sa tête. Par terre, un pèse personne électronique, au mur, une toise et à proximité un petit meuble contenant le matériel d'utilité courante : stéthoscope, abaisses langues en bois, thermomètre auriculaire avec réservoir de caches à usage unique, marteau réflexe. Pour finir, un lavabo avec savon et essuies mains jetables, une poubelle à ouverture au pied.

Une fois le patient entré, le médecin commence par demander la carte vitale et la glisse dans le lecteur. Il recueille ensuite le récit de la mère, écoutant les raisons qui



l'amènent à consulter pour son bébé. La plupart du temps, il tape sur le clavier d'ordinateur en écoutant, remplissant au fur et à mesure le dossier patient informatisé.

Le médecin demande ensuite à la mère de déshabiller partiellement l'enfant (laissant le sous-vêtement et la couche), se lave les mains, puis approche pour débiter son examen. Il s'adresse en général à l'enfant par une parole d'introduction (par exemple, « bonjour toi ! ») puis, selon la plainte, va débiter son examen. Prenons une plainte de « mal de ventre » : le médecin va palper l'abdomen du nourrisson en questionnant la mère sur son transit. Il va parfois entrouvrir la couche pour libérer le ventre et permettre une palpation plus soignée.

La mère rhabille l'enfant, et tous deux rejoignent la chaise face au médecin qui rédige, s'il y a lieu, une ordonnance à l'intention du bébé. Il donne les conseils de prise médicamenteuse (moment, dose, mode d'administration). La mère paie puis quitte le bureau, sortant par la porte tenue ouverte par le médecin qui la salue. La consultation a duré autour de 15 minutes.

### **Analyse comparée des deux pratiques**

Nous allons comparer ces pratiques en utilisant 3 items : le lieu et le décor dans lesquels se déroule le soin, les gestes et positions des thérapeutes, et enfin le rapport soignant-soigné dans plusieurs de ses dimensions, afin d'en souligner les éventuels liens et différences. L'objectif poursuivi à cette étape de notre travail est de chercher s'il existe des éléments communs aux différents recours alternatifs – et qui font défaut au recours conventionnel – qui nous permettraient de comprendre ce que les jeunes mères recherchent en complément dans le parcours de soins pour leur bébé.

#### ***Espace domestique, espace dédié***

L'étude de cette composante révèle de prime abord une différence principale entre les deux exercices : si l'ostéopathe – tout comme le médecin – consulte dans un cabinet professionnel distinct de son domicile, la toucheuse et son collègue masculin reçoivent, eux, dans l'intimité de leur foyer. Les séances « traditionnelles » se déroulent dans la salle à manger des praticiens, au milieu de leurs objets familiers, et au cœur de leur intimité familiale, comme en témoignent la présence des petits

enfants qui jouent au milieu de la scène de soin chez l'une et la présence de l'épouse pour le second. Dans l'ouvrage à destination du grand public de l'ethnologue Dominique Camus, « *l'univers des guérisseurs traditionnels* <sup>88</sup> », nous trouvons cette référence au lieu d'exercice du guérisseur comme légende d'une photo : « *Généralement, c'est dans la cuisine ou au salon qu'opère le conjureur* ». Aucune mention n'est faite d'une quelconque différence entre les hommes et les femmes quant au lieu d'exercice. Même s'il est difficile d'établir un ratio homme/femme dans la population des toucheurs, mes patientes m'ont rapporté autant d'expériences avec des hommes toucheurs qu'avec des femmes. Les ostéopathes, eux, sont majoritairement masculins dans les dernières statistiques nationales<sup>89</sup>, mais la profession tend à se féminiser progressivement dans la jeune génération (tout comme la population des médecins généralistes d'ailleurs, dans laquelle on compte en 2015 60% de femmes exerçant en secteur libéral<sup>90</sup>). Il ne semble donc pas nécessaire d'introduire la variable de genre dans l'analyse du lieu d'exercice au niveau où nous l'utilisons : le ou la tradipraticien-ne reçoit dans son intimité domestique quel que soit son sexe.

Il existe néanmoins une similitude importante dans le décor des deux terrains d'enquête, mais qui semble spécifique à Sablé-sur-Sarthe : il s'agit des éléments d'appartenance au monde populaire, qui donnent au cabinet d'ostéopathie une « note » presque domestique. En effet, dès l'entrée dans la salle d'attente du cabinet d'ostéopathie de Monsieur O., tout nous informe sur cette appartenance populaire. Le mobilier, constitué de canapés en Skaï, est assez atypique pour un tel cabinet ; en général, les chaises sont simples, sobres, impersonnelles. Ici, un côté « comme à la maison » nous saisit immédiatement, rappelant un intérieur simple, ressemblant à la majorité des domiciles visités lors de mon exercice libéral. La musique de la salle d'attente, Chérie FM et ses publicités et annonces locales, diffère beaucoup de celle

---

<sup>88</sup> CAMUS, Dominique. *L'univers des guérisseurs traditionnels: panseurs de secrets et conjureurs*. Rennes : éditions Ouest-France, 2010, 127 p.

<sup>89</sup> En 2014 : 62,3% d'hommes contre 37,7% de femmes, en progression régulière depuis les premières statistiques de 2010 (source Registre des Ostéopathes de France, 27/01/2014).

<sup>90</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale* [en ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr> Consulté le 01/04/16.

qu'on entend dans les autres cabinets visités au cours de mes enquêtes de terrain, diffusant exclusivement de la musique classique ou des enregistrements de musique de relaxation.

Même les prospectus à disposition des patients sont liés à l'univers domestique : ici, ce sont un traiteur local « *pour vos baptêmes, mariages* » ou encore une esthéticienne... Dans les autres cabinets d'ostéopathes visités, j'ai surtout trouvé des cartes professionnelles de cours de yoga, de Qi Gong, séances de Reiki, coach en développement personnel, ou encore stages de méditation, sophrologie et parfois haptonomie. Si d'autres domaines que la santé sont abordés, ce sont des publicités pour des paniers bio, et des AMAP (Association pour le MAintien d'une culture Paysanne).

Les consignes manuscrites sur le tableau sont également atypiques. Si chez d'autres praticiens également kinésithérapeutes on trouve parfois la mention « *toute séance non décommandée 48h à l'avance est considérée comme due* », elle est en général sobrement imprimée. Par ailleurs, je n'ai jamais vu une telle liste de consignes, exprimées sur un ton à la fois ferme, directif et attentif à d'éventuelles difficultés administratives, reflétant une proximité avec une clientèle que le professionnel a visiblement identifiée comme risquant d'être dans l'embarras devant les tâches bureaucratiques.

D'autre part, le côté inachevé des peintures, des revêtements, ainsi que l'empilement des cartons de matériel dans le hall tend à rappeler un environnement domestique dans lequel le fonctionnel primerait sur l'esthétique.

Tous ces éléments révèlent – dans le cas de nos deux terrains sarthois – une proximité sociale entre les thérapeutes et leurs patients ainsi qu'une adaptation particulière à la population locale. Cette observation nous permet donc d'identifier que la proximité avec l'univers domestique – bien qu'à un degré différent – est un élément commun aux deux pratiques alternatives sollicitées par les jeunes mères. Elle nous prouve aussi que cette pratique ostéopathique est réellement entrée dans les habitudes des classes populaires de cette petite ville de la Sarthe.

Les sources de légitimité des soignants sont différentes. Si la religiosité populaire est très présente chez les toucheurs sous la forme de statuettes de saints ou de croix, chez l'ostéopathe, ce sont les diplômes exposés qui attestent d'une solide formation et de savoirs validés par une institution accréditée. Dans tous les cabinets d'ostéopathes visités, la référence au monde médical « savant » est ainsi présente, principalement par des planches anatomiques affichées aux murs et par des reproductions de vertèbres ou d'articulations posées sur les bureaux ou les étagères. Afin de compléter la comparaison entre les 3 recours disponibles pour soigner les bébés dans notre terrain, notons que chez le médecin, la référence savante est également visible, cette fois par des ouvrages médicaux présents dans la bibliothèque. Elle est également toujours signifiée par des objets divers portant des marques et logos de médicaments. A chacun son système de référence, dûment cristallisé et même affiché, dans tous les cas, dans les objets.

### ***Les gestes et positions***

Chasser l'invisible en se lavant les mains

Comme nous l'avons vu dans le récit du déroulé des séances, le lavage de mains est récurrent autour du geste de soin. Si, pour l'ostéopathe, il est réalisé avant de toucher l'enfant (comme pour le médecin), pour la toucheuse, en revanche, il semble impératif après l'acte. Questionné à ce sujet, l'ostéopathe invoque en tout premier lieu l'argument hygiéniste, témoignant de sa formation de professionnel du soin : il s'agit de ne pas transmettre de germe d'un patient à un autre. Pour la toucheuse, il s'agit plutôt de « *se débarrasser du mal* » qu'elle a « *enlevé* » du patient, sous peine de le garder et d'en souffrir. Ce lavage de mains, geste paraissant si anodin (et presque réflexe) pour un professionnel de santé, est ici révélateur d'une représentation du soin et du geste thérapeutique: si l'ostéopathe transmet quelque chose de lui à son patient par sa technique et sa main, la toucheuse, elle, lui ôte l'entité mal définie qu'elle nomme « le mal ».

Le geste est donc pareillement présent, mais son expression est conditionnée par la représentation que chacun se fait de son intervention et de la nature et la causalité des maux qu'il traite. Dans les deux cas, il s'agit bien de se débarrasser d'un

invisible, même si celui-ci n'est pas le même pour la toucheuse et l'ostéopathe : le « mal », appartenant au domaine de l'irrationnel pour l'une, le microbe, appartenant à un univers plus rationnel pour l'autre.

L'espace, la main ou l'instrument

La position du soignant par rapport à son patient diffère également : l'ostéopathe est assis derrière le bébé, qui est allongé sur le dos. Cela lui donne accès à son crâne, qu'il va manipuler de ses deux mains. Il est parfois amené à tourner l'enfant de côté lorsqu'il intervient sur son abdomen.

La toucheuse, elle, fait face au bébé qui est en position proclive, semi assis dans son siège. Le récit du toucheur nous informe sur le fait qu'il soigne le bébé allongé sur la table, face à lui. Chez tous, on peut trouver certaines interventions sur le bébé alors que sa mère le tient dans ses bras. Le médecin est, lui, généralement sur le côté de l'enfant allongé. Ces différentes attitudes ne semblent donc pas être foncièrement différentes en fonction du praticien qui intervient.

La différence majeure réside dans le toucher lui-même : l'ostéopathe comme le toucheur touchent le bébé de la main (les deux mains pour l'ostéopathe, la main gauche pour le toucheur). Cependant, l'ostéopathe manipule, alors que le toucheur ne fait aucun geste mécanique. La toucheuse, elle, impose les mains à une vingtaine de centimètres de l'enfant sans aucun contact physique. Ce qui est spécifique au médecin, c'est l'utilisation d'un média comme un stéthoscope pour examiner, et/ou un médicament qu'il prescrira pour soigner.

Le média qu'est le toucher apparaît comme un marqueur très important de cette pluralité de recours de soins, et prend des formes différentes en fonction, entre autres, du lien de causalité attribué à l'agent pathogène. Ainsi, le spectre des interventions est large, allant de la proximité sans contact chez la toucheuse, à l'intervention d'une médiation – instrument ou médicament – chez le médecin et, entre les deux, le toucheur qui pose juste sa main et l'ostéopathe pour qui la main qui manipule directement est nécessaire. Le toucher – et surtout la façon de toucher –, par sa qualité et ses modalités, apparaît donc être un élément central du soin comme le révèlent par ailleurs les discours des mères consultées au sujet de leur désir de

consulter un ostéopathe<sup>91</sup> (« *le médecin ne sait pas manipuler si minutieusement* » « *l'ostéopathe peut détecter par le toucher des petits soucis que le médecin ne peut pas voir à l'œil nu* »).

Le « dosage » d'irrationnel semble quant à lui être à nouveau un élément remarquable par lequel les thérapeutes se distinguent aux yeux des patients : ils diagnostiquent et soignent par une « action rationnelle en finalité »<sup>92</sup>, dont la rationalité n'est pas forcément compréhensible par les patients. En effet, aux yeux des jeunes mères, l'action différée d'un médicament qui va faire cesser une douleur est-elle plus « rationnelle » que l'efficacité de la main de la toucheuse promettant une amélioration rapide des symptômes ?

#### Écouter ses sensations

Il existe une forte ressemblance entre l'attitude de l'ostéopathe et celle de la toucheuse, alternant de courtes séquences de dialogue avec la mère du petit patient et des attitudes de concentration intense durant lesquelles les yeux sont clos et l'expiration sonore et forcée. Nous retrouvons ces séquences dans toute thérapie faisant intervenir une forme de transe, et en cela les deux pratiques se rejoignent. L'intégration des interactions du milieu extérieur (les petits enfants de la toucheuse, la visite du réparateur chez l'ostéopathe) qui m'ont parues dans un premier temps être des éléments perturbateurs, sont en fait des composantes classiques de ces thérapies, comme nous le rappellent Marika Moisseeff, psychiatre et ethnologue, et Luc Isebaert, psychiatre et psychothérapeute spécialiste en hypnose ericksonienne<sup>93</sup>. Les bruits environnementaux sont en fait un facteur de plus grande concentration pour un tel thérapeute : le fait de ne pas se focaliser sur la façon d'agir mais de faire confiance à des ressources intérieures permet une attention beaucoup plus grande à des éléments qui ne sont pas liés à la représentation. Il est probable que le contact avec le système neurovégétatif et tout ce qui concerne la synesthésie et la

---

<sup>91</sup> Ces entretiens et questionnaires seront exploités dans les chapitres suivants.

<sup>92</sup> Telle qu'elle est définie par Max WEBER.

<sup>93</sup> HOUSEMAN, Michael; MOISSEEFF, Marika. Atelier « Nouvelles formes de médiation relationnelle », janvier 2016, Paris, Collège de France.

proprioception de façon générale soient ainsi valorisés et favorisent un « accordage » avec le patient au niveau corporel.

Cette attitude trouvée chez les thérapeutes alternatifs est perçue comme importante pour les mères interrogées, à plusieurs titres : d'une part, l'intensité de la concentration leur paraît être un moment d'importance donné à leur enfant, le soignant étant, selon elles, « *vraiment dans ce qu'il fait* » ou encore « *Il est à fond !* ». Cette attitude est un gage de compétence pour certaines, y voyant la preuve de la finesse de la perception du toucher : « *La prise en charge du bébé n'a rien à voir avec ce que propose un médecin. L'ostéo travaille sur des leviers qui peuvent amener un grand bien être physique et psychique, pour ça, il est bien plus compétent, il a les gestes, le médecin ne sait pas manipuler si minutieusement* ».

La concentration est également vécue comme une reconnaissance de l'inquiétude maternelle face au motif de consultation ; là où la toucheuse ou l'ostéopathe « écoutent » attentivement avec leurs mains les sensations perçues au niveau du corps de l'enfant, le médecin, lui, sera souvent considéré comme jugeant trop promptement le symptôme comme « *c'est normal à cet âge* ».

Bien entendu, une des conséquences de l'attitude de concentration concerne l'efficacité symbolique qu'elle induit. Un peu « magique », un peu « sensitif », un peu « intuitif », le soin prend alors une dimension mystique permettant un espoir de guérison illimité et rassurant.

### ***La relation soignant-soigné***

Les indications de consultation : une permanence de la représentation traditionnelle du petit humain ?

Les indications de consultation pour le nourrisson sont, pour la plupart, assez proches dans les deux recours alternatifs : ce sont les pleurs, et donc la présomption de douleur, qui est majoritairement avancée. Les « coliques » – attribuées par la médecine classique à une immaturité physiologique du système digestif ne nécessitant pas de prise en charge (« *c'est normal ça va passer* ») – sont entendues et considérées par les praticiens situés en marge de cette médecine officielle. En cela, le

toucher et l'ostéopathe se rejoignent afin d'apporter une écoute et un réconfort à la mère par une prise en compte de la plainte suivie d'une action thérapeutique.

La différence entre les deux « prises en charges » réside cependant dans le lien de causalité, certes évoqué chez chacun des thérapeutes, mais selon une représentation différente. Plutôt attribuée à une « entité extérieure » chez la toucheuse (ici le muguet qu'il faut « enlever » pour que cesse le mal), elle est imputée à un dérèglement fonctionnel de l'enfant chez l'ostéopathe, qu'il convient « d'aider à réparer » ou au moins « d'accompagner » afin de rendre l'harmonie corporelle possible (pour les coliques, aider par le massage à activer les intestins encore « paresseux » car immatures ; pour un torticolis congénital, rendre sa souplesse au muscle contracturé pour permettre au cou de retrouver sa rotation normale...).

Une indication très fréquente de consultation chez l'ostéopathe pour un nourrisson – et inexistante chez le toucheur – est la « plagiocéphalie », qui est une déformation du crâne du bébé.

Cette indication de consultation, assez récente (elle existe depuis vingt ans environ), résulte principalement de l'introduction d'une nouvelle recommandation: afin de prévenir la mort inattendue du nourrisson, il a été prescrit de ne coucher les bébés que sur le dos, position qui induit un aplatissement du crâne.

Cette recommandation ayant été formulée en 1995, l'accroissement des consultations liées à l'effet secondaire de cette injonction a suivi. On trouve bien entendu des plagiocéphalies qui ne sont pas causées par cette pratique de couchage mais par un traumatisme musculaire lié à l'accouchement : même dans ce cas, la position de décubitus dorsal est considérée comme aggravante. L'ostéopathe s'est emparé de cette indication, pratiquant de fait un véritable « modelage » du crâne du bébé. Cette pratique, ayant ici comme argument de rétablir une forme initiale perturbée par la contrainte imposée par les recommandations de santé publique, n'est pas sans rappeler les modelages crâniens traditionnels. Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces modelages, liés dans le monde traditionnel à un argumentaire esthétique d'appartenance à une communauté, renvoient symboliquement à l'idée qu'il est indispensable d'intervenir pour achever l'humanisation encore imparfaite du



nourrisson<sup>94</sup>. Pour les parents d'aujourd'hui, l'argument esthétique est primordial : ils veulent que leur enfant ait un crâne semblable à celui des autres enfants. Pour les ostéopathes, l'argumentaire va au-delà de cette recherche esthétique. Ils justifient la nécessité de (re)modelage crânien par un risque probable de perturbations du développement de l'enfant en l'absence de ce geste : certains prudemment, d'autres plus affirmatifs, tous évoquent le lien entre la plagiocéphalie et des difficultés de développement comme des problèmes de concentration, des retards scolaires, obstacles qui aboutissent à une difficulté pour l'enfant d'entrer dans la compétition de la vie que notre société actuelle valorise... Ne serions-nous pas ici finalement dans la perpétuation inconsciente de la tradition du modelage des corps pour accéder à la compétence requise pour s'insérer dans l'humanité ? J'en suis personnellement convaincue, mais cette hypothèse appelle un travail de recherche spécifique.

L'argument selon lequel il faut permettre à un corps a priori capable de bien fonctionner de recouvrer son équilibre pour se réparer seul est récurrent dans le discours de l'ostéopathe. Il m'explique lors de l'entretien : « *j'écarte les sutures des os du crâne du côté plat pour permettre à l'os de pousser et au crâne de retrouver sa forme arrondie* », puis il déclare « *moi je fais mon boulot, la nature fera le reste !* ». Le toucheur œuvrera quant à lui pour que le développement du bébé se fasse sans heurt, sans douleur, accompagnant les étapes du développement pour les rendre plus douces.

Le thérapeute non conventionnel, toucheur comme ostéopathe, réalise donc un travail d'accompagnement du développement de l'enfant : il le guide, le protège, soulageant sa mère par la même occasion des inquiétudes fondamentales liées à la capacité de son tout-petit d'entrer la communauté des humains « normaux ».

Il est intéressant de remarquer que les indications de l'ostéopathie pour les nourrissons se situent parfaitement dans le champ des prises en charge proposées par les médecines populaires traditionnelles. Les mères, ici comme ailleurs, aujourd'hui

---

<sup>94</sup> GELIS Jacques. *L'arbre et le fruit*. Paris : Fayard, 1984, 611p. ainsi que :  
POURCHEZ Laurence. Les transformations du corps de l'enfant : façonnage du visage et bandage du tronc de l'enfant à l'île de la Réunion. In BONNET, Doris ; POURCHEZ, Laurence (coll.). *Du soin au rite dans l'enfance*. Paris : Eres, 2007, 317 p.

comme autrefois, misent donc sur une pluralité d'options de soins complémentaires qui témoignent pour chacune d'elles d'une représentation particulière du corps, du toucher, de la « bonne santé » et du soin qui en résulte. Toute pratique plébiscitée par le monde populaire est informative sur les représentations qui y prévalent. Quand, comme c'est le cas pour la pratique ostéopathique, la progression de sa popularité est bien circonscrite dans le temps, elle nous offre un observatoire particulièrement intéressant sur le statut du toucher selon les différents groupes sociaux dans nos sociétés et la façon d'y penser le corps.

#### Trouver le bon thérapeute : un réseau d'intimes

Le choix du toucheur se fait principalement par recommandations familiales. Souvent, le toucheur est consulté par tous les membres de la famille depuis plusieurs générations. Si toutefois celui-ci ou celle-ci a cessé son activité, des amis peuvent conseiller quelqu'un d'autre. Dans tous les témoignages que j'ai recueillis, le guérisseur demande qu'on appelle « de la part de quelqu'un » qui est déjà venu consulter. L'autre impératif exigé, cité par les patientes comme par les toucheurs, est « d'y croire ». Sinon, ça ne marchera pas, ou plus difficilement. La proximité géographique ne semble pas essentielle ; on peut se déplacer un peu pour consulter...

Pour l'ostéopathe, le « bouche à oreille » joue aussi. Il y a quelques années, il y avait très peu d'offres dans le secteur, le choix était donc limité. Désormais, il y a de nombreux ostéopathes installés, et celui qu'on consulte a été recommandé par un proche qui a également consulté pour son bébé et qui en a été satisfait. La famille peut aussi être un conseiller, on retrouve celle-ci de plus en plus souvent dans les témoignages : plusieurs femmes m'ont dit que leur mère ou leur belle-mère, ayant eu recours à tel ou tel ostéopathe, leur avait conseillé de s'y rendre. Parfois, les professionnels de santé conseillent également : sur un territoire, ceux qui prennent en charge les nourrissons sont assez bien identifiés et certaines femmes m'ont dit avoir été conseillées par une sage-femme de la maternité, une auxiliaire de puériculture ou une puéricultrice de PMI.

On retrouve également un circuit de conseil pour le choix du médecin traitant : médecin de la famille depuis longtemps, ou conseillé par un proche pour une qualité particulière: « *ne donne pas trop d'antibiotiques* », « *prend le temps* », « *donne un*

*rendez-vous rapidement* ». Cependant, la proximité géographique est ici un élément incontournable, car la nécessité de se rendre « en urgence » et plus fréquemment chez le médecin pour le bébé est une réalité pour les jeunes parents. Contrairement au thérapeute situé hors du circuit conventionnel, la fonction semble être, pour le médecin, plus importante que l'individu.

La priorité donnée au réseau d'intimes et de familiers pour trouver le soignant alternatif apparaît donc essentielle. Cet élément confirme la recherche d'un recours adapté aux besoins spécifiques recherchés par les jeunes parents : ce thérapeute-là pour ce bébé-là. Nous sommes bien ici en présence de la quête d'un soin individualisé, dont le toucher précisément serait révélateur, plus à même de rassurer les mères par leur adaptation aux besoins de leur enfant que l'attitude plus protocolaire d'un médecin conventionnel qui ne tiendra compte que du symptôme présenté.

La rémunération comme élément de rationalisation ?

La rétribution est bien différente entre toucheur et ostéopathe : on « donne ce qu'on veut » au toucheur, les sommes étant discrètement glissées dans un récipient à cet effet. Les femmes que j'ai questionnées m'ont dit avoir donné 10 euros, mais il semble que cette rétribution puisse être bien plus modeste : un toucheur interviewé pour un journal local, « Le Maine Libre » en 2012, disait « *Les gens donnent ce qu'ils veulent, 1-2-3 euros ou un peu plus ou zéro centime. L'essentiel n'est pas là. Le plus important, c'est qu'elles retrouvent une vie sans souffrance* »<sup>95</sup>.

L'ostéopathe a un tarif déterminé, et affiché clairement dans la salle d'attente. Cependant, chez Monsieur O., des arrangements sont mis en place. Très exactement, il choisit de ne faire payer qu'une séance sur deux à ses petits patients, et s'en explique ainsi : « *Le principe ostéopathique dit que pour un problème de rotation de la tête par exemple, il faut faire une séance, puis une autre 4 mois après... mais j'ai peur, je veux pas les laisser dans la nature comme ça, je préfère les voir et ne pas*

---

<sup>95</sup> *Le Maine Libre*, dossier spécial « Les toucheurs », 2012.

*arrêter le travail, vérifier que ça avance bien, quitte à faire des séances gratuites. Parce que je sais bien que les gens ici ils n'ont pas les moyens de payer ».*

La standardisation du paiement peut être considérée comme une forme de rationalisation : chez le toucheur, aucune règle sinon de donner ce qu'on veut, sans que cela ne soit connu par le thérapeute ; chez notre ostéopathe, le tarif est standardisé, annoncé, mais des aménagements sont possibles ; chez le médecin par contre, pas de dérogation, il y a systématiquement règlement dès qu'il y a consultation.

Une autre analyse est possible dans le traitement du sujet de la rémunération du thérapeute : il s'agit de revenir à la notion de *care*. Le toucheur intervient dans le domaine domestique, et ceci indépendamment de son genre. De plus, il est en général issu du milieu populaire, il appartient aux classes socialement dominées. Ces éléments placent d'emblée le travail des toucheurs dans la catégorie du *care*, qui, selon les théories développées par Laugier, Molinier et Paperman<sup>96</sup>, est invisibilisé et considéré comme étant « naturel ». Ici, cette invisibilité du travail de *care* se double de l'invisibilité liée au secret gardé vis-à-vis des classes médicales dominantes, deux notions différentes mais qui ici s'additionnent. Au travail domestique et discret du toucheur correspond une rémunération modique et non standardisée, laissée à la libre initiative du patient qui parfois remerciera par des cadeaux.

Chez l'ostéopathe, nous sommes dans un univers professionnel, de plus encore majoritairement masculin. Là, le travail est considéré, reconnu, valorisé, donc payé. Sa situation parfois intermédiaire d'intervenant du *care* rend possible la négociation ; l'ostéopathe rentre dans l'intimité de sa patiente, s'occupe de son bébé, avec, de plus, une conscience des difficultés financières de la population dont il est proche – et de laquelle il est issu, nous l'apprendrons lors de l'entretien. Dans ce sens, il touche lui aussi au *care*, et c'est tout « naturellement » qu'il ira au bout de son travail en acceptant de ne pas être payé. « L'amour du travail bien fait », gratuit et naturel...

---

<sup>96</sup> MOLINIER, Pascale ; LAUGIER, Sandra ; PAPERMAN, Patricia. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009, 298 p.

Le médecin quant à lui n'est à aucun moment dans ce registre ; il se fait payer, et personne d'ailleurs ne penserait à remettre en cause cet invariant. Nous pourrions invoquer le remboursement de la consultation médicale par la caisse d'assurance comme élément d'explication. Cet argument n'est en fait pas suffisant. En effet, à titre d'exemple, nous constatons dans une étude récente<sup>97</sup> les réactions de patientes de sages-femmes libérales – symboliquement inscrites dans le *care* – : interrogeant la professionnelle qui venait de passer une heure en consultation avec elle et son nourrisson, la femme demandait « *je vous dois quelque chose ?* ». Cette consultation est pourtant, au même titre que celle du médecin, intégralement remboursée par la sécurité sociale... Cette question serait absolument incongrue et impensable dans un cabinet de médecin, preuve que la dimension financière stricto sensu n'est pas seule en cause dans la manière d'appréhender la rémunération du soignant.

L'attitude face à la rémunération du geste qui soigne nous informe donc sur l'inscription spécifique de ces soins par le toucher dans le paysage thérapeutique. Le relatif désintéressement du thérapeute semble aller de pair avec son implication personnelle et individualisée auprès du patient. À nouveau donc, proximité, adaptation à l'individu soigné dans toutes ses dimensions – y compris culturelles et sociales –, implication personnelle dans la nécessité de soigner sans délai allant jusqu'au désintéressement financier, distinguent radicalement les attitudes thérapeutiques alternatives de celles de la médecine conventionnelle.

#### Dire l'invisible

Dans les deux formes de thérapie non conventionnelles étudiées, il est question de faire une action invisible : pour la toucheuse, il s'agit d'« *enlever le mal* », entité non visible ; pour l'ostéopathe, il faut « *écarter les sutures des os du crâne* » ou « *assouplir le muscle* »... La parole chez les deux acteurs va venir soutenir leur action, aider à la rendre plus visible, plus concrète pour la mère du bébé soigné. La toucheuse va donc nommer le mal qu'elle ressent dans le ventre du bébé (« *c'est le muguet* »), le qualifiant, n'hésitant pas à le considérer très concrètement quantifiable

---

<sup>97</sup> LE DU, Mai ; PULL, Céline. *La sage-femme et l'argent, aspects sociologiques*. Colloque ANSFL, Grenoble, 19/03/16

« *il y en a partout !* ». L'ostéopathe, pour sa part, va commenter les progrès qu'il perçoit dans ses mains, progrès invisibles et impalpables par l'observateur (« *Ah, voilà, c'est mieux, la rotation !* » ou encore « *ça y est, c'est plus souple à gauche* »). Il va concrétiser son action, et rassurer la mère sur l'efficacité de son acte. Quant au médecin, il nommera le recours thérapeutique en précisant le médicament prescrit et son effet désiré, mais de façon générale et non spécifique : il s'agit d'énoncer l'effet du traitement reproductible chez tous ses utilisateurs. Il y a donc toujours une forme de concrétisation de l'action par la parole, mais l'adaptation à l'individu est ici encore une spécificité des recours non conventionnels.

### L'implication personnelle

Au début de ce travail de recherche, je pensais que la différence entre les pratiques de soins serait surtout marquée par une opposition entre les références médicale et non médicale. En avançant dans les observations, il apparaît en fait que le marqueur différentiel essentiel est plutôt le degré d'implication personnelle dans la relation de soin et dans l'acte de soin lui-même. En effet, chacun des praticiens, qu'il soit toucheur, ostéopathe ou médecin, a une compétence spécifique, non partagée, dans laquelle il s'implique différemment. Aux deux extrêmes, le toucheur et le médecin : là où le toucheur est tellement engagé qu'il risque d'être « *pris par le mal* » qu'il enlève, le médecin, lui, utilise une prescription médicamenteuse protocolaire, un média qui se place entre lui et le patient, qui ira soigner par son action différée. Ici, la distance est maximale.

Entre ces deux figures, l'ostéopathe s'implique, certes en soignant avec ses mains, en pratiquant une technique directement sur le corps du bébé qui nécessite un moment de concentration personnalisé sur le dysfonctionnement spécifique à cet enfant-là, mais en ne s'engageant pas directement physiquement, intimement.

Les trois acteurs ont cette capacité commune à mettre une médiation temporelle dans leur action de guérison : la toucheuse prévient la mère que le bébé réagira dans la nuit, l'ostéopathe laisse entendre qu'il faut du temps pour que son action fasse effet (« *j'ai fait mon travail, la nature va faire le reste* »), quant au médecin, il est implicite que l'action sera effective à la prise médicamenteuse, différée de la consultation. Tous se projettent donc dans l'avenir, mais en impliquant de manière

très différente leur personne. Pour les acteurs « alternatifs », c'est leur compétence propre et leur capacité à comprendre et soigner l'individu bébé qui est face à eux qui est en jeu, tandis que pour le médecin, il s'agira plus de l'efficacité de la molécule du médicament prescrit. Certes, il lui faut prescrire le bon médicament, mais cette prescription se fait en fonction du symptôme et non de la spécificité de la personne à soigner.

En conclusion de ces observations, il apparaît que des éléments communs aux pratiques alternatives peuvent effectivement être identifiés : l'individualisation du soin, la recherche d'une rationalité spécifique à chacun, le tout ayant pour objectif de rassurer les mères en faisant baisser leur angoisse liée à la responsabilité de cette nouvelle vie qui leur incombe entièrement. Et ce qui apparaît comme central dans les différents recours thérapeutiques alternatifs, ce qui cristallise toutes ces différentes façons de dire et de faire, c'est l'usage et les modalités du toucher, qui semblent par leur spécificité contenir et soutenir toute cette quête.

### **Le toucher pour accompagner l'humain en devenir : un baume apaisant pour les angoisses maternelles**

La recherche de réassurance sur la capacité de son enfant à « devenir » et donc sur sa compétence maternelle propre à lui « permettre de devenir » apparaît comme l'objectif majeur de la quête maternelle dans les premiers temps de la vie de son enfant. Cette jeune mère va donc chercher des moyens de soulager son angoisse, et va pour cela solliciter des tiers qu'elle jugera compétents pour l'accompagner sur ce chemin du « devenir humain », indépendamment du recours médical qui assure une autre fonction, bien différenciée, celle de soigner ponctuellement des maladies.

Notre questionnement trouve donc une première réponse dans cette étude comparative : oui, le recours à des thérapies complémentaires au parcours conventionnel pour soigner les nourrissons comporte bien des similitudes qui permettent de comprendre la quête des jeunes mères, et c'est l'intervention du toucher qui est apparue comme centrale dans cette recherche thérapeutique. Il permet en effet, soutenu par la parole, l'objectivation par la mère de l'acte de soin ; le geste

contient de plus tout l'engagement du thérapeute par sa présence attentive, son adaptation individuelle au petit patient. C'est également ce geste de toucher, par la manière dont il est réalisé, qui permet à l'efficacité symbolique de se déployer en marge de toute autre efficacité recherchée par la jeune mère, qu'elle soit d'ordre magnétique, mystique, énergétique ou encore mécanique.

La réassurance de la mère est donc fortement encouragée de toutes les manières : la proximité avec le cercle domestique ainsi que la proximité sociale sous entendent une attention portée à la situation particulière de la famille qui consulte. Le temps consacré à l'écoute, la prise en considération de tout symptôme existant chez l'enfant et de toute inquiétude maternelle est également essentielle : non seulement la plainte est entendue, mais elle est **toujours** suivie d'un geste thérapeutique ou d'une parole réconfortante. Même lorsqu'il s'agit d'une inquiétude « banale » aux yeux de la médecine conventionnelle car liée à une étape physiologique du développement de l'enfant – coliques des premières semaines, pleurs, poussée dentaire –, le soignant « alternatif », lui, lui accorde du crédit et la prend en charge, sans hiérarchiser ni juger la demande maternelle à l'aune d'une « réalité » pathologique.

Cette analyse nous a de plus permis de penser un système de pratiques fortement structuré sur le rapport entre rationalité et irrationalité dans l'offre de soins. Nous pourrions ainsi considérer une « galerie », représentée à l'image de la « *Galerie de vues de la Rome moderne* » du peintre Giovanni Paolo Panini (ci-dessous)...





Cette galerie contient, à l'image des « tableaux dans le tableau » les différentes offres de soin disponibles dans les diverses sociétés humaines : toucheur, rebouteux, ostéopathe, médecin généraliste, médecin spécialiste, acupuncteur, homéopathe, mais également sorcier, marabout, chamane et autre guérisseur représentant chacun un lien de causalité différent entre l'agent responsable du mal et le symptôme exprimé : un micro-organisme visualisé au microscope<sup>98</sup> pour les uns, une altérité mauvaise présente dans l'air<sup>99</sup> pour d'autres, le regard envieux d'un autre humain<sup>100</sup>, un dysfonctionnement organique ou squelettique<sup>101</sup>, ou encore un gène défectueux...

---

<sup>98</sup> Comme dans notre système de pensée « pasteurien ».

<sup>99</sup> Comme le Djin du sorcier sénégalais wolof décrit par Chiara QUAGLIARIELLO dans son travail anthropologique *Modèles de naissance et de « nature » en conflit : les Sénégalaises en exil face à l'hôpital moderne*. Thèse de doctorat en anthropologie, Sienna, Italie : Università degli studi, 2013.

<sup>100</sup> Représentation de la cause de maladie dans l'Antiquité (DASEN Véronique).

<sup>101</sup> Comme entre autres dans la vision ostéopathique.

La représentation de ce lien causal sera plus ou moins teintée d' « irrationnel » par rapport au système de pensée de la société considérée, tout en sachant que chacun des thérapeutes évolue lui-même dans sa galerie avec des espaces intermédiaires : même le plus rationnel d'entre eux admet une part d'incompréhensible ou d'inattendu dans son action.

En Occident, une partie très vaste de l'éventail est disponible, et les jeunes mères choisissent les recours complémentaires qui apaiseront leurs angoisses en fonction du système de pensée et de représentation qui les inspirent le plus fortement.

Mais ces bricolages entre rationnel et irrationnel sont aussi des préférences de soignants : l'ostéopathe qui insiste sur la rationalité et les connaissances anatomiques va à certains moments teinter sa pratique d'une touche d'irrationalité – comme par exemple quand il ressent le « mouvement respiratoire primaire » dans un crâne – ; la toucheuse, capable de soigner à distance un malade en regardant sa photo, va par ailleurs conseiller la stérilisation des biberons afin de protéger le bébé d'une infection : le médecin traitant, si ancré dans la rationalité de l' « evidence based medicine » va parfois savoir conseiller à son patient atteint de zona d'aller faire soulager sa douleur par le toucheur, avec comme argument : « *on ne comprend pas tout* »...

C'est dans ce contexte que la parole liée au geste de soin prend toute son importance. Elle apparaît comme un élément majeur soulignant le juste dosage de rationalité. Tous ces thérapeutes font en sorte de rendre visible l'invisible qu'ils administrent: en le parlant, en l'expliquant, répondant ainsi au besoin de rationalité nécessaire à la réassurance de leur patient, et ceci d'autant plus lorsqu'il s'agit de soigner un bébé qui ne pourra exprimer directement ni sa plainte ni son soulagement.

Le toucher, par son caractère thérapeutique, est une pièce centrale autour de laquelle tourne tout un dispositif. Il témoigne directement de ce rapport entre rationnel et irrationnel et de la nature du lien causal ici supposé. Dans cette « galerie » de soins se juxtapose une diversité de modes de touchers : en Sarthe, un « toucher qui ne touche pas », qui utilise l'air, l'onde impalpable associée à une pensée magique mais qui est à proximité du patient ; un « toucher pour guérir » de

l'ostéopathe, convaincu que la main est indispensable ; enfin un médecin qui touche peu ou pas du tout, mais n'en utilise pas moins un médicament-média qui ira au contact d'une zone organique, comme une cible intérieure.

Au centre de ce dispositif, l'implication personnelle passant par des mains et une voix apparaît comme un autre ingrédient dont chacun, soignant comme soigné, choisira le juste dosage qui lui convient. Chaque société humaine compose donc sa « galerie » de touchers légitimes, ensemble de propositions répondant à sa façon aux besoins d'apaiser une angoisse et de fournir un réconfort physique et moral. Et de façon curieuse, ce choix de pratiques apparaît peu socialement situé, seul son aveu l'est. Il concerne tout l'ensemble social.

Le succès actuel de l'ostéopathie au niveau national, sa progression rapide et datable, son degré de légitimité, son rapport aux institutions et son rapport spécifique au toucher – et au-delà, au corps – nous offre un observatoire privilégié pour analyser le rapport au corps qui s'élabore depuis 30 ans dans la société française. Le toucher apparaissant comme une cristallisation essentielle de l'évolution actuelle dans le rapport au soin, il va constituer notre outil principal pour analyser l'évolution de ces représentations elles-mêmes.



**SECONDE PARTIE : TOUCHER POUR SOIGNER :  
ENTRE IMPENSABLE ET INDISPENSABLE**

*Mutter und Kind, 1907, de Paula Modersohn-Becker*



Se demander « **pourquoi ces choix de toucher spécifique pour accompagner le petit humain, ici et maintenant ?** » oblige à une perspective historique. D'où viennent ces pratiques ? À quels moments ont-elles évolué ? Sous quelles influences ?

Parce que le tout petit n'est pas accessible par la parole, le toucher est l'élément central du soin qu'on déploie à son égard. Perpétuation de la communauté, promesse de notre avenir, le petit humain concentre à lui seul toutes les projections du cercle de famille et de la communauté, au sens plus large. Cette promesse qu'il porte, il revient aux proches et à la société de la protéger et de la façonner pour la faire advenir, et la rendre conforme aux attentes spécifiques du groupe. Nos pratiques de soins sont donc un miroir de notre façon de nous représenter le corps et le statut de l'enfant nouveau-né. Les manières de manipuler le bébé comme de le mater, pratiques ô combien socialisées, disent notre conception de la vie.

Dans le domaine du soin au nouveau-né et au nourrisson où le toucher est central, ce plongeon dans l'histoire nous offre un éclairage saisissant: en l'espace de 60 ans à peine, des pratiques souvent pérennes depuis plusieurs générations ont radicalement changé, offrant un observatoire privilégié de l'évolution des paradigmes de soin. C'est cette histoire du rapport au toucher dans la société française depuis le milieu du XXe siècle que nous nous proposons d'explorer dans cette seconde partie de notre recherche, afin de rendre raison du présent : les choix récents dans les pratiques de soins aux bébés.

Nous nous pencherons dans un premier chapitre sur l'évolution du rapport au toucher en général dans le monde social, avant de nous concentrer sur l'univers du soin. C'est ensuite l'évolution des manières de toucher le nouveau-né et le nourrisson qui retiendra toute notre attention. En effet, lorsqu'elle concerne le bébé, la relation au toucher est diversifiée: il en existe deux modalités bien différentes. Nous reprendrons et déclinerons plus avant notre opposition entre le toucher-contact, un toucher « relationnel » et émotionnel, qui met en général en contiguïté les peaux, du toucher-manipulation appartenant au registre du soin médical et faisant appel à un savoir faire acquis dans le cadre d'un enseignement.

La relation à ces deux façons de toucher le bébé connaît, en France, une évolution quasiment opposée depuis le milieu du XXe siècle : le « toucher-contact », – subsumé ici principalement par la proximité corporelle entre la mère et son enfant – a été évité, voire banni jusqu’à une époque récente, tandis que le « toucher-manipulation » du soignant, très intrusif, semblait, lui, intangible. Une inversion s’est ensuite opérée cours des années 1990, propulsant en une décennie le toucher-contact du discrédit à l’injonction et le toucher-manipulation, fait inédit dans notre histoire, de l’indispensable à l’inadmissible.

Après une plus large perspective sur l’état de notre rapport au toucher dans le monde social, c’est à l’évolution de ces deux formes de toucher des corps des nouveau-nés et des nourrissons dans la société française depuis 1950 environ que nous nous intéresserons particulièrement. Cette date n’est pas choisie au hasard : elle marque en effet l’entrée dans une nouvelle ère de prise en charge, en France, de l’accouchement des femmes et de l’accueil des nouveau-nés du fait du transfert massif de l’événement du domicile vers l’institution de soin.





## Chapitre 1 – Le toucher interdit : une tendance générale

### L'interdit du contact, hors du monde du soin

L'interdit du toucher entre les individus est de plus en plus marqué dans la société. Si cet interdit qui signe l'augmentation du respect de l'enveloppe corporelle de l'individu contemporain est relativement observable dans la vie quotidienne, il est plus aisément objectivable grâce à des « traces » institutionnelles : judiciarisation exponentielle des atteintes corporelles, évolution des normes d'hygiène dans l'espace public, interdits par directives dans les situations éducatives, les exemples sont nombreux depuis les années 1990.

Cet interdit est soutenu par trois argumentaires : l'injonction hygiéniste, (prépondérante dans l'évolution des pratiques au sein des lieux publics), la peur de la domination sexuelle – surtout présente dans l'univers éducatif – et l'interdit d'emprise parentale sur le corps des enfants, au sein de la famille.

#### *L'injonction hygiéniste*

L'interdit ne concerne pas uniquement le contact direct ; dans l'espace public, il s'observe dans les lieux partagés, au sein desquels la proximité entre les corps et les traces corporelles est de plus en plus régulée. La peur de la contamination microbienne soutient généralement l'argument des changements de pratiques. L'histoire récente des toilettes publiques nous fournit un exemple intéressant. Lieux partagés de contact – par l'intermédiaire de la cuvette des WC – et des odeurs avec les autres membres de la communauté, cet espace devient le théâtre d'une hygiénisation importante dans les années 1980 : à Paris, les sanisettes « Decaux », toilettes publiques au nettoyage automatique à grand renfort de jets sous pression, sont installées entre 1981 et 1986. À la fin des années 1980, ce sont les protections à usage unique pour les sièges des toilettes qui se multiplient dans les bars et les restaurants. Plus récemment, mais dans le même ordre d'idée, c'est la pratique de désinfection des mains au gel hydroalcoolique qui s'est développée, au delà des soignants, dans toute la population. Un autre exemple d'interdit du toucher a été exemplaire : lors de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009 et 2010, de nombreux professeurs des écoles ont pris d'eux-mêmes l'initiative d'instituer un « *interdit du*

*bisou* » entre les enfants, faisant alors preuve d'une grande créativité afin d'inventer un langage des signes de substitution.

Plus généralement, les épidémies et les peurs qu'elles véhiculent ont servi de tremplin au durcissement des règles d'hygiène dans l'espace public : le SIDA dans les années 1980, la grippe H1N1 en 2009, puis Ebola en 2015. Nous verrons qu'il en est souvent de même pour l'évolution des attitudes dans le soin. La facilité avec laquelle les individus adoptent ces règles est significative de l'acceptation de cet interdit du toucher dans notre société.

Une nouvelle étape est franchie avec la volonté de soustraire les humeurs corporelles à la vue et à l'odorat. Par exemple, les toilettes publiques sont désormais équipées de réceptacles « aveugles » pour les serviettes hygiéniques : impossible de soulever le couvercle, aucune vision du contenu de la poubelle n'est possible. Ces substances issues du corps disparaissent ainsi de toute relation sensorielle : ni le toucher, ni la vue, et si possible, pas d'odeur. Si l'hygiène est l'argumentaire invoqué, l'extension de l'interdit du toucher à la soustraction visuelle révèle une véritable évolution de l'ensemble des représentations. L'occultation des traces des humeurs corporelles dans l'espace public peut être imputée au processus de civilisation des mœurs tel que l'a mis en évidence Norbert Elias. L'espace partagé est aseptisé, les produits du corps, comme les corps eux-mêmes, sont soustraits au toucher et par extension au regard, protégeant la sensibilité des individus de tout contact sensoriel au bas corporel de l'autre.

### ***La crainte de la domination sexuelle***

Le souci d'éviter toute domination sexuelle ne se réduit pas aujourd'hui au problème de la domination genrée. Elle porte plus généralement désormais sur la crainte de la défaillance du contrôle pulsionnel libidinal et favorise dans certains cas l'éviction du contact physique entre individus. Cette tendance est partie prenante de l'évolution de l'individuation. L'exemple le plus fréquent en est, semble-t-il, le souci d'éviter la domination sexuelle sur les mineurs.

Les institutions éducatives nous offrent de nombreux exemples de la progression récente de cet interdit de proximité physique entre enseignants et élèves. Les

enseignants se sont récemment imposé des conduites strictes : ne jamais rester seul en compagnie d'un élève et, en cas de nécessité, laisser la porte ouverte afin que des témoins puissent attester de l'absence de gestes déplacés. Une rumeur court actuellement sur l'existence d'un texte officiel émanant de la direction de l'Éducation Nationale interdisant le colloque singulier entre enseignant et élève... En réalité, en France, il n'en est rien. Les enseignants s'imposent bien cette règle, mais de leur propre chef, par crainte et prudence, révélant ainsi qu'ils ont totalement intégré l'interdit de proximité dans leur conduite professionnelle. Afin de vérifier la réalité de cette absence de texte d'une part et de tester l'autocontrôle des professeurs d'autre part, j'ai questionné des membres de la communauté enseignante par le biais d'un forum internet. Marion, professeur, témoigne « *C'est juste une précaution vu tout ce qu'on peut craindre en délire de parents ou d'élèves. La consigne à donner : c'est laisser la porte de classe ouverte...* » ; « *Ce que j'ai toujours fait dans ce cas (quand il faut bien que ça arrive) : laisser la porte ouverte. J'ai entendu ça quelque part (où ? je ne sais pas), et je l'ai toujours fait, l'ambiance est plus légère comme ça.* » précise Alexandre. Philippe renchérit : « *Il n'y a a priori effectivement aucun texte. Et heureusement ! Qu'est-ce que cela signifierait de la confiance que l'État accorderait ou non alors à ses fonctionnaires de catégorie A ?!!!* ». Anne, elle, témoigne que « *Lundi matin, un étudiant composait seul sous ma surveillance ; spontanément, j'ai laissé la porte ouverte* ». <sup>102</sup> C'est ce qu'Élias appelle l'habitus contrôlé de la « seconde nature » : l'interdit est intégré par les individus et scrupuleusement respecté.

Une directive émanant de l'Inspection Générale de la ville de Paris en 2015, met, elle, explicitement en avant la volonté d'officialiser l'interdit de cours individuel dans les conservatoires de musique, considérés comme « *porteurs de risque de dérapages importants qui s'inscrit dans la durée, de rapports de proximité et de séduction et d'un contexte musical marqué par une banalisation des relations*

---

<sup>102</sup> Propos recueillis en mai 2016 auprès d'enseignants sur un réseau social, suite à la question posée : « Existe-t-il un texte officiel interdisant le colloque singulier entre un enseignant et un élève ? »

*sexuelles et amoureuses entre maître et élève* »<sup>103</sup>. Les professeurs concernés se sont immédiatement élevés contre cette suspicion qui pèse sur leur capacité à l'autocontrôle. Marc Morel, le président de l'Association des professeurs des conservatoires parisiens estime que le « *corps enseignant se sent directement touché par ce texte et par la manière dont il est formulé. Tout le monde trouve cela absurde d'être accusé en tant que professeur de musique, de pédophile potentiel, cela est impensable* ».

L'Association Nationale des Enseignants de Disciplines Artistiques explique que « ce qui a surtout choqué les professeurs de musique, c'est que le cours individuel soit assimilé à une situation de séduction. Qu'est-ce que cela veut dire ? Que nous, enseignants, nous nous rendons en classe non pas pour enseigner la musique mais pour séduire nos élèves ? C'est un procès d'intention de la profession, d'autant plus que le rapport n'avance aucun chiffre ni aucune statistique »<sup>104</sup>. Ces exemples illustrent bien le durcissement de l'interdit et son intégration par le monde social.

Si l'attitude des membres de l'Éducation nationale n'est guidée que par l'autocontrôle, la progression de la judiciarisation des atteintes aux enfants est bien réelle depuis la décennie 1980 : 100 condamnations pour viol sur mineur en 1984, 336 en 1990, 578 en 1993.

La prise en compte de la gravité de l'atteinte à l'enfant marque donc une évolution à partir de ces années, attestant d'une part d'une plus grande crédibilité donnée à sa parole et prouvant d'autre part l'extraordinaire progression du respect dû au corps enfantin et à son intégrité.

---

<sup>103</sup> Inspection générale de la ville de Paris. *Rapport de la Mission de prévention, de signalement et de traitement des risques d'infraction sexuelle sur des mineurs par des agents de la Ville et du département* – Juin 2015 – N°14-15.

<sup>104</sup> KUBIK, S.; TRIBOT LAPSPIERE, V. *Paris : un rapport recommande la suppression des cours individuels en conservatoire pour faire face au risque d'abus sexuels*. (25 mai 2016). [en ligne]. Disponible sur : <http://www.francemusique.fr/actu-musicale/paris-un-rapport-recommande-la-suppression-des-cours-individuels-en-conservatoire-pour-faire-face-132207>. Consulté le 26 mai 2016.

## *L'interdit de l'emprise par corps dans la famille*

Les traces juridiques

L'évolution du rapport à l'enfant et à son corps a été tardivement rendue visible par le monde juridique. Si la fin du XIXe siècle marque le début de la reconnaissance de l'enfant comme sujet de droit (loi de 1889, première loi française permettant la déchéance de la puissance paternelle en cas de mauvais traitements envers un enfant), ce n'est qu'au XXe siècle que l'enfant va être considéré comme un individu à part entière. La loi de 1945 relative à la création de l'aide sociale à l'enfance marque le début du système français de la protection de l'enfance. Mais c'est au cours de la dernière décennie que la législation concernant le respect de l'enveloppe corporelle, à plus forte raison de celle des enfants, a connu une rapide progression : la Convention internationale des droits de l'enfant établie par l'ONU en 1989 est ratifiée par la France en 1990 ; elle stipule que l'enfant doit être « *protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou brutalité physique* » ; en 1989 toujours sont mis en service des numéros verts pour faciliter les plaintes (« allo enfance maltraitée ») ; l'Observatoire National d'Évaluation de l'Action Sociale est créé en 1995 et le thème de l'enfance maltraitée est choisi comme grande cause nationale en 1997. En cette même année est également élaborée une circulaire ministérielle sur la « prévention des mauvais traitements à l'égard des élèves ». Plus récemment, divers textes sont venus enrichir la législation en faveur des enfants : La loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs ; la loi du 2 janvier 2004, relative à l'accueil et à la protection de l'enfance prévoit, entre autres, la création de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger ainsi que de nouvelles dispositions relatives au signalement des actes de maltraitance par les professionnels soumis au secret. Quant à la loi du 5 mars 2007, elle réforme la protection de l'enfance et confie au Conseil Général (devenu Conseil Départemental en 2013) la responsabilité d'assurer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger.

Mais ce n'est que le 4 mars 2015 que le Conseil de l'Europe sanctionne le mauvais élève français, considérant que le droit national viole l'article 17 de la Charte européenne des droits sociaux – dont la France est pourtant signataire – en ne

prévoyant pas « *d'interdiction suffisamment claire, contraignante et précise des châtiments corporels* ». Cet article 17 [annexe3] prévoit en effet que les États doivent « *protéger les enfants et les adolescents contre la négligence, la violence ou l'exploitation* ». Bien que cette sanction n'entraîne pas à cette étape de pénalité financière, sa portée symbolique est majeure puisqu'elle ouvre la voie à une condamnation par la Cour européenne des droits de l'homme en cas de dépôt de plainte par les associations qui militent en faveur de cette interdiction.

Cette sanction – à visée principalement pédagogique dans un premier temps –, a été obtenue grâce à l'action « the Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children » initiée en 2001 par l'association anglaise *Approach*, ONG fondée pour lutter pour la protection des enfants qui est soutenue sur le territoire français par des associations<sup>105</sup>, des médecins et des élus qui plaident depuis longtemps pour une modification du code civil.<sup>106</sup> Le débat avait en effet été relancé en octobre 2013, lorsqu'un père de famille fut condamné à une amende de 500 euros pour avoir donné une fessée déculottée à son fils de 9 ans : si le code pénal interdisait la violence sur mineur, aucune loi en revanche ne bannissait clairement les châtiments corporels, contrairement à ce qui a cours dans d'autres pays européens. Une jurisprudence reconnaissant un « *droit de correction à visée éducative* » existait même à l'époque, aggravant considérablement le cas de la France aux yeux des militants pour la protection des enfants.

Mais ce n'est finalement qu'en 2016, lorsque l'ONU rappelle la démarche engagée pour légiférer sur l'interdit des châtiments corporels – y compris le bannissement de la fessée administrée par les parents à leurs enfants – que la France réagit enfin. Elle a tardé en effet à officialiser l'interdit, contrairement à 23 pays de l'Union Européenne qui l'ont fait au cours des dernières années. C'est donc finalement le 1er juillet 2016 que l'Assemblée nationale a voté contre « *tout recours*

---

<sup>105</sup> Entre autres: NI CLAQUES NI FESSEES. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.niclaquesnifessees.org> et Observatoire de la violence éducative ordinaire [en ligne]. Disponible sur : <http://www.oveo.org>.

<sup>106</sup> DUPONT Gaëlle. La France condamnée pour ne pas avoir interdit gifles et fessées. *Le Monde.fr*, [en ligne] 04/03/2015. Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/03/02/la-france-condamnee-pour-ne-pas-avoir-interdit-> Consulté le 03/07/16.

*aux violences corporelles* » des parents envers les enfants, par le biais d'un amendement déposé par des députés socialistes et écologistes et adopté lors de l'examen du projet de loi « égalité et citoyenneté ». La définition de l'autorité parentale dans le code civil a ainsi été modifiée, précisant désormais parmi les devoirs qui la constituent « *l'exclusion de tout traitement cruel, dégradant ou humiliant, y compris tout recours aux violences corporelles* ».

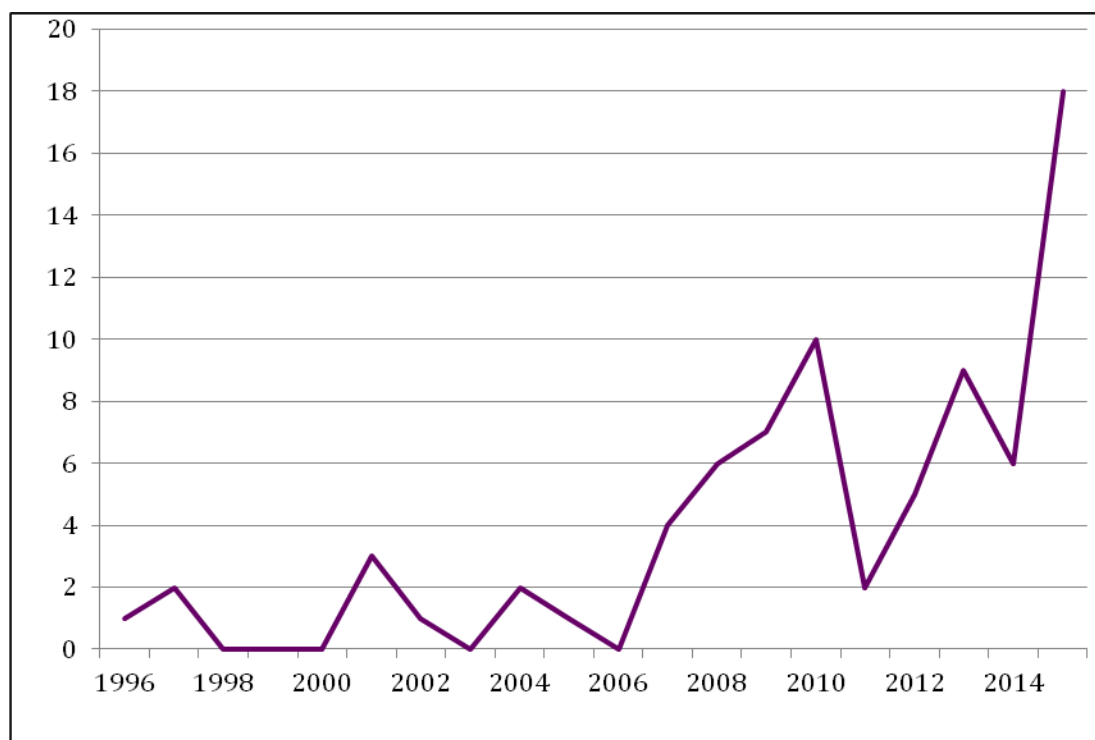
#### Les pratiques françaises

Bref, hors l'ordonnance de 1945, à partir du début des années 90, une offensive inédite, progressive, durable contre l'emprise physique sur les enfants s'est déclenchée. C'est à partir de cette période à peu près que cet interdit en France des châtimens corporels infligés par les parents anime de nombreux débats. En témoigne l'inventaire des articles parus dans la presse nationale répertoriés par Europresse (**figure 20**) aux mots clés « interdiction de la fessée aux enfants » sans limite de date, nous recensons 77 articles dont le premier paraît en 1996 dans le journal *La Croix*. On note ainsi que la préoccupation pour le sujet semble plus marquée depuis le milieu des années 2000, avec un pic en 2010 dû à la publication d'une étude américaine<sup>107</sup> mettant en évidence le lien entre les châtimens corporels infligés aux enfants de moins de 3 ans dans le milieu domestique et le comportement agressif développé par ces derniers à l'âge de 5 ans. Cette étude menée entre 1998 et 2005 auprès de 2 461 enfants fut validée par la communauté scientifique et très diffusée dans les médias mondiaux. En 2013, après un moment d'accalmie du débat, c'est le procès du père de famille évoqué plus haut qui le relance, pour aboutir en 2015 à son intensification qui mènera en 2016 à la modification de la loi.

---

<sup>107</sup> CATHERINE A.; TAYLOR, J.; MANGANELLO A.; SHAWNA, J. Lee; JANET C. Rice. Mothers' Spanking of 3-Year-Old Children and Subsequent Risk of Children's Aggressive Behavior. *Pediatrics*, avril 2010.

**Figure 20: Nombre d'articles traitant de l'interdiction de la fessée aux enfants dans la presse nationale en France entre 1996 et 2014**



Les pratiques elles-mêmes semblent s'être progressivement modifiées depuis les années 1980 ; en 1982, une étude, réalisée sur les punitions en général auprès de 232 maîtres d'écoles maternelles et primaires par Bernard Douet, enseignant à l'université Paris-V-Descartes, révélait que 44 % d'entre eux avaient encore parfois recours à la fessée sur leurs élèves. Le responsable de l'enquête précisait cependant que: « *Les enseignants eux-mêmes admettent que les enfants punis n'améliorent ni leurs performances ni leur conduite.* ».<sup>108</sup>

C'est donc bien à partir de la fin du XXe siècle que la pratique courante s'est lentement modifiée en intégrant l'interdit d'atteinte au corps de l'enfant, évolution soutenue et légitimée par des publications scientifiques importantes dans la décennie 2000. La première grande méta-analyse réalisée sur les conséquences négatives des

---

<sup>108</sup> REROLLE, Raphaëlle. Comment punir les enfants... (à propos du colloque réunissant, à Paris, psychiatres, enseignants et psychologues autour du thème : « Quand et comment punir les enfants ? »). *Le Monde*, 23 mars 1988.



punitions corporelles commises par les parents sur les enfants date en effet de 2002. Elle incluait 88 études mettant pour la première fois en évidence 10 types de conséquences néfastes.<sup>109</sup> Une seconde méta-analyse réalisée en 2016 confirme la précédente, complétant même la liste de 5 conséquences supplémentaires grâce à 75 études réalisées sur les 50 dernières années et incluant 160 927 enfants.<sup>110</sup>

#### Dans le monde

Il est intéressant de rappeler que la toute première législation mondiale en faveur de l'interdiction des châtimets corporels aux enfants est attribuable à la Suède, qui, dès 1979, officialise l'éducation non violente. La Finlande (en 1983) et la Norvège (en 1987) donneront l'impulsion à l'extension de cette législation et seront suivies par l'Autriche (1989), le Danemark (1997), la Lettonie (1998), la Croatie (1999), l'Allemagne et la Bulgarie (2000). En somme, commencé un peu plus tôt (dans les années 80) dans les sociales-démocraties nordiques, le mouvement d'interdiction de l'atteinte au corps enfantin « prend » bien au cours de la décennie 90 dans le reste de l'Europe, avant d'être suivi dans une partie du reste du monde. Car l'Europe n'est pas seule à légiférer pour l'interdiction des châtimets corporels : ainsi l'Uruguay et le Venezuela les ont-ils interdit en 2007, imités quelques années plus tard par le Costa Rica, le Honduras, le Brésil, l'Argentine, le Togo, le Kenya, la République du Congo, le Soudan du Sud, la Nouvelle-Zélande, ... tandis que 19 États américains autorisent officiellement les punitions physiques à l'école.

---

<sup>109</sup> GERSHOFF, E. T. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 2002, pp. 539-579.

<sup>110</sup> GERSHOFF, E. T. & GROGAN-KAYLOR, A. Spanking and Child Outcomes: Old Controversies and New Meta-Analyses. *Journal of Family Psychology*, advance online publication 7 April 2016.

**Figure 21: Nombre cumulé d'états ayant légiféré sur l'interdiction des châtiments corporels sur les enfants dans le monde**



L'histoire de l'interdit du toucher par la maîtrise de la pulsion d'emprise sur les corps est donc réellement en marche, et s'observe autant dans l'autocontrôle effectif des populations que dans l'établissement autoritaire de la législation.

### **L'éviction du toucher direct dans le monde du soin**

L'univers médical, par la proximité corporelle qui sous-tend son champ d'activité, est bien entendu au centre de nos observations. L'éloignement du toucher y est observable au même moment que dans le reste du monde social. L'éloignement du corps du patient de la main du soignant est constant depuis la seconde moitié du XXe siècle. Il trouve ses justifications premières dans l'avancée des progrès technologiques qui permettent de faire l'économie de l'examen par la main, ainsi que

dans la préoccupation hygiéniste. Cependant, un autre argument semble de plus en plus important dans le discours des soignants : il s'agit du respect de l'intimité de l'individu. Nous allons explorer cette dimension au travers d'exemples dont certains ont donné lieu de notre part à une enquête de terrain auprès de professionnels.

### *Le déclin de l'examen clinique*

En médecine, nous assistons à une diminution régulière de l'examen clinique impliquant le toucher ; on lui préfère l'imagerie et l'analyse biologique, permettant une visualisation « concrète » des lésions corporelles et/ou des perturbations biologiques – et une preuve opposable en cas de contestation médico-légale. Les exemples sont nombreux, observés aux urgences des hôpitaux ou relatés par des patients : ici, suite à une chute dans les escaliers, Madame L.<sup>111</sup> souffrant de l'épaule et de la hanche raconte que le médecin ne l'a pas approchée, la questionnant simplement sur les circonstances de l'accident et faisant pratiquer une batterie d'examens radiologiques. Suite aux images ne révélant aucune lésion, elle est invitée à rentrer chez elle avec une ordonnance d'antalgiques sans qu'aucune main de soignant ne l'ait approchée. Même récit pour Madame B.<sup>112</sup>, souffrant du ventre : interrogatoire, prise de sang, échographie, mais aucun contact direct avec la main du médecin.

Quant aux touchers internes, ils sont, eux, aussi de moins en moins pratiqués. Touchers vaginaux dans le cadre du suivi de grossesse et touchers rectaux pour dépister des tumeurs prostatiques ont cessé récemment d'être des gestes systématiques. Si la pertinence et l'efficacité de l'examen vaginal dans le dépistage des pathologies de la grossesse est remise en question, l'argument est plus trouble pour les touchers rectaux souvent remplacés par un dosage biologique (PSA) pourtant censé, selon les recommandations, être complémentaire et non supplétif à

---

<sup>111</sup> Entretien privé de 2015.

<sup>112</sup> *ibid.*

l'examen digital. Mais les médecins généralistes rechignent en grande majorité à pratiquer ce geste<sup>113</sup>.

La pratique du toucher vaginal dans le suivi de grossesse à bas risque est significative de l'évolution du rapport au toucher dans le suivi médical, car elle concerne un domaine particulier situé à la limite du physiologique et du pathologique. Le choix de faire un toucher vaginal de surveillance à la patiente enceinte ne présentant pas de pathologie est laissé au libre choix du praticien, alors qu'il est plus systématiquement pratiqué dans le cadre d'un protocole de surveillance de grossesse dite « à risque ».

Le toucher prend donc ici une place particulière et reflète la représentation que le praticien se fait du toucher interne. Cet examen est une composante essentielle du suivi de grossesse, enseigné en France comme incontournable dans les cours de médecine et de maïeutique et pratiqué systématiquement pour toute femme enceinte en consultation jusque dans les années 2000 au moins. Les premières remises en cause de la nécessité de pratiquer ce toucher intrusif dans le suivi de grossesse interviennent en France au cours des années 2000 ; les sages-femmes furent les premières à remettre en cause cette pratique, par ailleurs très diversement appliquée au niveau européen.

C'est de façon assez soudaine que les sages-femmes françaises, portées par les sages-femmes libérales principalement, se sont emparées de cette nouvelle revendication. Très vite, des études scientifiques venues des pays anglo-saxons<sup>114</sup> – au Royaume Uni le toucher vaginal n'était pas un examen systématisé – démontrant l'inefficacité du geste sont utilisées afin de légitimer « officiellement » le bouleversement de pratique. Ces études, réalisées dans les années 1990-2000 et médiatisées dans le milieu des sages-femmes, sont pourtant d'une faible fiabilité scientifique si l'on en juge par les maigres effectifs des cohortes et les biais qu'elles

---

<sup>113</sup> Étude Krisis, Les hommes et les médecins généralistes au cœur de la campagne de dépistage du cancer de la prostate, Journée nationale de la prostate, *Association Française d'Urologie*, 2006.

<sup>114</sup> DOWNE S, GYTE GML, DAHLEN HG, SINGATA M. Routine, vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

comprennent<sup>115</sup>. Si les médecins et sages-femmes plus « anciens » exerçant en institution ont plus de difficulté à remettre en cause le bien fondé de cette pratique, les plus jeunes – médecins comme sages-femmes – et les sages-femmes libérales ont adopté ce bouleversement avec une grande rapidité. Chez les sages-femmes, l’abandon de cette pratique prend même souvent l’aspect d’une revendication.

Très peu d’études évaluent les pratiques cliniques chez les médecins et les sages-femmes. L’une d’elles datant de 2010<sup>116</sup> nous démontre cependant que la modification de pratique relative au caractère systématique du toucher vaginal est récente : sur les 133 professionnels médicaux interrogés dans la région d’Angers (gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes), seulement 31,8 % des « jeunes » exerçant depuis 2005 pratiquent le toucher interne en systématique. Ce pourcentage monte à 55,6 % chez ceux exerçant depuis 2000 et à 66,7 % chez les plus anciens. On peut donc dater cette révolution du rapport au toucher interne au début des années 2000.

Cette étude montre également que les sages-femmes avaient une attitude différente de celle des médecins : moins de la moitié d’entre elles (41,9 %) pratiquait ce toucher systématiquement, alors que la majorité des médecins y avait recours : 59,5 % pour les médecins généralistes et même 90 % pour les spécialistes (gynécologues et gynécologues obstétriciens). Les sages-femmes que j’ai questionnées à ce sujet en avril 2015<sup>117</sup> sont unanimes dans leur volonté de limiter au maximum les touchers vaginaux dans le suivi des femmes enceintes et invoquent comme argumentaire le respect de l’intimité et du corps de la femme. Nous détaillerons ces discours dans la suite de ce travail.

---

<sup>115</sup> *ibid*

<sup>116</sup> LORIOUX, Romain. *Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?* Mémoire en vue de l’obtention du diplôme de sage-femme, Angers : Université d’Angers, 2010, 80 p.

<sup>117</sup> Entretiens réalisés par mail et par téléphone auprès de 6 sages-femmes libérales exerçant dans 5 zones géographiques différentes de France.

### *Les progrès de la technique*

L'évolution de la médecine au cours de ces trente dernières années s'est traduite avant tout par une explosion d'avancées technologiques, participant à rendre apparemment obsolète le toucher de l'examen clinique. Pour faire un diagnostic, force est de constater que les examens complémentaires d'imagerie et de biologie sont désormais fréquemment utilisés en première intention.

Les progrès de l'imagerie médicale sont en grande partie à l'origine de cette évolution, somme toute très récente : en 1979, le Prix Nobel est attribué à deux Britanniques ayant mis au point le scanner ; en 1980, l'échographie Doppler est créée ; en 1990 se développe la médecine nucléaire avec la scintigraphie et la tomographie et en 2003, ce sont les inventeurs de l'IRM qui sont récompensés à leur tour par le prix Nobel de médecine... La multiplication récente de ces équipements dans la grande majorité des institutions de soins donne accès à l'observation de l'intérieur du corps sans effraction de l'enveloppe corporelle.

Même la chirurgie connaît cette évolution à partir des années 1980, par le développement de la technique cœlioscopique qui consiste à opérer le patient sans ouvrir son abdomen. Le chirurgien ne réalise que trois ou quatre orifices dans la paroi abdominale du patient : un premier par lequel il introduit une mini caméra, un second qui lui permet d'insuffler du gaz pour gonfler le ventre et visualiser les organes et un ou deux derniers pour insérer les instruments et réaliser le geste chirurgical, contrôlé visuellement sur un écran. C'est en 1987 qu'un chirurgien lyonnais, Philippe Mouret, réalise la première intervention de ce type en procédant à une ablation de vésicule biliaire, ouvrant la voie à une véritable révolution. Cette chirurgie technologiquement exigeante s'étendra à de nombreuses spécialités à partir de 1994, pour devenir dès la fin des années 1990 le premier choix d'intervention lorsque celle-ci est possible. La main du chirurgien n'est plus en contact avec les viscères du patient, il les manipule avec des instruments tout en gardant ses mains au dessus du ventre du patient, et contrôle ses gestes en regardant l'image projetée sur un écran devant lui.

La volonté de préserver l'intégrité du corps par l'utilisation de technologies est ainsi très marquée depuis la décennie 1990; ces outils modernes permettent pour beaucoup de modérer le toucher en le remplaçant par le regard et, s'il est nécessaire de manipuler, introduisent un média entre la main et le corps du malade.

La volonté de préserver l'intégrité du corps est également très marquée à partir de ces décennies 80 et 90. C'est à nouveau la chirurgie qui nous offre de précieux exemples ; l'obsession de l'absence de cicatrices laissées sur le corps est devenue très présente, en particulier dans la chirurgie des femmes. L'ablation de l'utérus nécessitant jusqu'alors une incision abdominale est remplacée par la technique d'« Hystérectomie voie basse » dans les années 1980 : plus d'ouverture visible du ventre, mais une incision située au fond du vagin, ne laissant pas de cicatrice externe. Cette technique, décrite au XIXe siècle, fut redécouverte dans les années 1970 et surtout diffusée dans les années 1980 par quelques équipes spécialisées (professeurs Dargent à Lyon et Pigné à Paris). Alors étudiante à l'Assistance Publique de Paris, je me souviens avoir assisté en 1990 – au milieu d'un public nombreux et admiratif – à cette opération qui était encore à l'époque considérée comme une « démonstration » chirurgicale.

À cette même époque, ce sont les césariennes qui évoluent. L'incision se fait désormais horizontalement à hauteur du pubis et non plus verticalement en partant de l'ombilic. Les médecins sont à l'époque très heureux d'annoncer à la femme qu'« on ne verra pas la cicatrice, elle sera cachée par les poils pubiens ».

Même la relation au corps des défunts connaît cette progression vers la préservation de son intégrité. Le nombre des corps autopsiés a ainsi été divisé par trois entre 1993 et 2003, cette évolution connaissant dans cette période une accélération considérable dans un processus déjà en marche : leur proportion, estimée à 90 % des morts hospitalières en 1930, n'est plus que 1 % actuellement.<sup>118</sup>

---

<sup>118</sup> MEMMI, Dominique. *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil, 2014, 280 p.

## *La protection de l'hygiène*

La préoccupation hygiéniste en milieu hospitalier s'est concrétisée à cette même époque par la création – en 1980 – d'un nouveau corps professionnel, les « cadres hygiénistes infirmiers », chargés de rédiger et de faire appliquer les règles de prévention des contaminations et de la propagation des infections, parmi lesquelles en première ligne les infections « manu portées ». En 2000, une codification a même été mise en place afin de statuer sur le nombre minimum obligatoire de ces agents spécifiques par établissement de soin.

Le port des gants comme écran entre le soignant et le patient en est une illustration. La recommandation du port de gants en tant que protection individuelle ayant pour objectif de protéger le soignant face aux risques liés au sang est apparue en 1987 avec les « précautions universelles<sup>119</sup> » éditées par la Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Elles ont été intégrées aux précautions standard visant tant la protection des soignants que celle des patients vis-à-vis de l'ensemble des produits biologiques<sup>120</sup> suite à la sensibilisation au risque de contamination par les hépatites B, non A – non B et le VIH. Une première circulaire<sup>121</sup> paraît en France en 1989, demandant au personnel de santé de « *porter des gants toutes les fois où l'on aura un contact avec du sang, des liquides organiques ou des muqueuses ou avec des surfaces ou encore du matériel souillé et lorsque les mains sont lésées* ». En 1998, la législation se renforce par une circulaire<sup>122</sup> indiquant que « *Les précautions générales d'hygiène ou précautions « standard » doivent être appliquées pour tout*

---

<sup>119</sup> Centers for Disease Control and Prevention. *Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings*. MMWR 1987 ;36 (S2) : 1S-18S.

<sup>120</sup> ABITEBOUL D., FARGEOT C., DEBLANGY C., LUCET JC. *Le gant et les AES*. Paris: CH Bichat-Claude Bernard. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.geres.org/docpdf/hg03da.pdf>. Consulté le 3/5/16.

<sup>121</sup> CIRCULAIRE DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez le personnel de santé. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/32045/>

<sup>122</sup> CIRCULAIRE N° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. [en ligne]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_249\\_20\\_avril\\_1998.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf)



*patient dès lors qu'il existe un risque de contact ou de projection avec du sang, des liquides biologiques mais aussi avec des sécrétions ou excréments et pour tout contact avec une peau lésée ou une muqueuse* ». Dès lors, le port des gants se généralise pour tout acte mettant en contact physique le professionnel et son patient, jusqu'à être rapidement totalement intégré par les professionnels. Avant cette date, cette pratique n'était pas généralisée, je peux en témoigner : lorsque j'ai débuté ma vie professionnelle en 1991, nous n'utilisions pas de gants systématiquement pour les soins infirmiers tels que les ponctions veineuses (prises de sang) et poses de perfusions. Seuls les actes nécessitant un port de gants stériles et les actes effectués sur des patients infectés par l'hépatite B, C (à l'époque non A-non B) ou le VIH faisaient l'objet de cette précaution. A la fin de la décennie 1990, il est devenu incongru de ne pas en mettre, et on enseigne actuellement aux étudiants qu'il est formellement interdit et dangereux de faire ces actes à mains nues. En 20 ans donc, nous sommes passés de la « découverte » de la nécessité de mettre des gants à son obligation, suivie d'une exemplaire « compliance ».

Si l'injonction au port des gants est soutenue par l'argument hygiéniste dans le monde médical, des études nous ont montré qu'il n'est pas suffisant pour justifier tous ses usages. Les protocoles de protection des soignants par le port des gants mis en place à la fin des années 1980 sont évidemment attribués à l'épidémie de SIDA. Il se trouve que cet argument n'est pas suffisant : en effet, le risque de transmission et de séroconversion par des liquides biologiques infectés est de l'ordre de 0,37 à 1 % pour le VIH, contre 3 à 7 % pour le virus de l'hépatite C et 10 à 30 % pour le virus de l'hépatite B, endémique depuis bien plus longtemps que le VIH sans avoir amené à changer les pratiques<sup>123</sup>.

L'étude menée par Dominique Memmi, Gilles Raveneau et Emmanuel Taïeb va dans ce même sens ; ils concluent que « au delà des microbes, il (le port des gants)

---

<sup>123</sup> DECROIX Gilles. La protection des soignants contre les contaminations professionnelles. *Revue Responsabilité*, numéro hors série, avril 2003, p 7.

constitue une barrière plus générale contre le Mal, ici omniprésent : la condition de malade<sup>124</sup> ».

La crainte de la contamination microbienne, pourtant avancée comme principal argument d'éviction du toucher direct entre patients et soignants, ne suffit donc pas à justifier les changements récents d'attitudes. Comme Élias a pu le montrer à propos d'autres changements de pratiques, les argumentaires ne sont là qu'à titre de rationalisation ex post de changements massifs et cohérents dans les pratiques sociales.

### *Le respect de l'intimité*

Outre les progrès techniques et la protection mutuelle des patients et des soignants contre la contamination microbienne, un argument fréquemment utilisé par les acteurs du monde médical pour justifier l'abandon du toucher est désormais le respect dû au corps et à l'intimité du patient.

Nous avons interrogé des sages-femmes sur leur attitude face au toucher des femmes et des nourrissons lors de leurs consultations. Leurs réponses sont aujourd'hui unanimes : il faut toucher le moins possible, pour « respecter le corps » et l'« intimité ».

### *Toucher... avec les yeux*

Les sages-femmes questionnées distinguent le toucher « médical » qui fait appel à une compétence professionnelle (ici principalement les touchers vaginaux), d'un toucher plus relationnel, correspondant plus à un savoir être, une qualité de présence. Quel que soit le toucher évoqué, les sages-femmes expriment leur volonté de l'éviter au maximum : « *Même en haptonomie, je touche peu. Mes mains sont posées sur celles des parents plutôt que sur le ventre, et le plus souvent même à travers les vêtements sauf si c'est la femme elle-même qui dénude son ventre, mais j'ajoute toujours que ce n'est pas nécessaire* » (Catherine, 51 ans). Louise, elle, nous confie

---

<sup>124</sup> MEMMI, Dominique ; RAVENEAU, Gilles ; TAÏEB, Emmanuel. Les soignants et leurs gants. In, (dir), *Le dégoût, envers du social*. Rennes : PUR, 2016, pp. 163-170.

qu'elle « *ne touche pas forcément. Je touche même peu... Je suis juste présente, j'effleure parfois, ou sinon le toucher est juste une main posée, si c'est vraiment nécessaire à cette femme* ». Ces professionnelles ont donc mis en place une autorégulation du toucher dans leur pratique, alors que le cadre juridique de leur exercice professionnel ne le leur impose absolument pas.

Elles jugent d'ailleurs généralement le toucher médical lui-même (celui que nous qualifions de « manipulation » dans la suite de ce travail) agressif et inutile ; pour Louise, 70 ans, pratiquant l'accouchement à domicile : « *j'ai appris tous les touchers médicaux... ils deviennent rares chez moi dans ma pratique car je me suis rendue compte au fil du temps qu'on n'a pas besoin de toucher pour avoir les infos médicales. Il suffit d'observer, de prendre le temps d'observer* ». Pour Aline, 41 ans : « *j'exclus les TV (touchers vaginaux) systématiques car c'est prouvé que ça n'apporte rien. (...) il existe des touchers qui ne sont que techniques, et que je ne pratique pas car je les trouve irrespectueux, intrusifs, dangereux par ce qu'ils peuvent provoquer.* ». Estelle, 45 ans : « *Je ne fais pas de toucher vaginal systématique pendant les consultations de grossesse, je le propose à la dame à la consultation du 7ème mois, la réponse est souvent positive car les dames sont rassurées par cet examen. En rééducation périnéale j'ai remarqué que les résultats sont les mêmes avec ou sans examen, voire meilleurs sans, car elles sont plus détendues. Je leur explique qu'elles sont libres d'être examinées ou pas* ». Charlotte, 28 ans : « *Pourquoi je fais moins de touchers vaginaux? Car je pense de façon générale que les touchers inutiles peuvent être intrusifs* ».

Elles ont – elles l'avouent elles-mêmes – une conception sacralisée du corps et de l'intimité ; on ne touche pas car « ça ne se fait pas ». L'argumentaire est d'ailleurs parfois réduit à la constatation de cette évidence, témoignant de l'intériorisation profonde de l'interdit de toucher : « *Un toucher vaginal, c'est pénétrer dans une intimité que les femmes ne sont elles mêmes pas habituées à explorer... C'est quand même une zone, euh... C'est pas pour rien que le sacrum s'appelle le sacrum... Les mots ne sont pas là par hasard. C'est une zone où la pudeur, l'intimité sont complètement à respecter. On ne devrait jamais, jamais, examiner une femme sans avoir réfléchi à l'intérêt que ça avait de le faire, et sans lui avoir demandé la*

*permission* » nous dit Louise. Annie, 68 ans, insiste : « *On ne touche pas vaginalement n'importe comment. Et il faut surtout impérativement demander la permission* ». Catherine, 52 ans, nous dit : « *j'évite les touchers vaginaux comme tout autre geste de routine s'il n'est pas justifié médicalement. C'est une question de respect du corps de l'autre* ». Enfin, Cécile nous confie que « *Pour le suivi de grossesse, je touche peu, mais je me force, ça me frustre un peu quand même par rapport à quand je faisais des accouchements. Et puis, en fait, je ressens souvent une gêne dans le toucher, ça touche quelque chose de mon intimité à moi aussi* ». Le processus d'individuation (interdisant entre autre le toucher de l'autre) se vérifie ici par une véritable identification. Au-delà de l'autre, c'est soi et son intimité propre qu'on protège.

Lorsqu'il y a toucher, le consentement est alors incontournable ; toutes insistent sur son absolue nécessité : Charlotte, 28 ans, nous dit : « *Pour le toucher vaginal, je n'examine effectivement que très peu. C'est surtout en rééduc (rééducation périnéale) que je le fais. (...) J'aime le fait d'expliquer aux femmes avant de faire ce toucher, de ne rien faire sans leur demander ne serait-ce que de bouger les doigts* ». Elle poursuit : « *bien sûr je demande toujours cet accord, et à leur rythme. Pas le « c'est bon, je peux? » mais plutôt « dites moi quand vous êtes prête* ». On est confronté ici à un exercice particulier du pouvoir médical. Ces professionnelles ont adopté une relation soignante-soignée très sophistiquée, basée sur un « gouvernement par la parole<sup>125</sup> » au sein duquel les normes sociales ont été parfaitement assimilées : il est inconvenant d'exercer une emprise sur sa patiente, de quelque nature qu'elle soit. On négocie donc chaque acte, la patiente étant invitée à être décisionnaire, et on laisse le corps à distance autant que la pratique de la spécialité le permet.

Ce toucher qu'elles jugent intrusif est donc perçu comme une emprise sur la femme, dont il faut nécessairement s'affranchir. Quand il ne peut être évité, les conditions de sa réalisation sont strictes : il doit être consenti et pratiqué avec empathie et affectivité. Louise définit ainsi son toucher : « *Je parlerais de toucher*

---

<sup>125</sup> MEMMI, Dominique. *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte, 2003, 308 p.

*empathique... Quand je touche une femme, je vais à la rencontre de ce qui me paraît nécessaire qui est de l'ordre de la confiance, de l'aider à garder confiance en elle ». Pour Charlotte il doit être « rassurant, soutenant et le moins intrusif possible ». Aline distingue deux sortes de touchers : « Même si je fais un geste technique (toucher vaginal ou palper obstétrical), je garde à l'esprit que c'est un toucher affectif avant tout. Même l'autre jour quand une patiente ne s'est pas délivrée, et que j'ai « envoyé » la main<sup>126</sup>, j'ai eu l'impression de le faire avant tout en la touchant elle, en la regardant dans les yeux ».*

Estelle distingue elle aussi différentes formes de touchers, mais – et de manière très élaborée – à l'aide d'une autre notion, celle de la différence entre les individus qu'elle « touche » : « Mes arguments en faveur d'un « toucher différent » ou plus orienté selon les besoins sont de l'ordre de l'individualisation de la relation et de la prise en charge de nos patientes. De la même façon que nous adaptons nos mots et nos explications selon la patiente qui est en face de nous, il me semble que nous pouvons individualiser notre toucher. Pendant les études de sage-femme le toucher est appris comme une technique (et c'est indéniable) de notre pratique de sage-femme et présenté comme indispensable, mais peu à peu nous pouvons l'affiner, le contextualiser ». Elle insiste sur l'évolution récente dans laquelle s'inscrit ce changement d'attitude : « J'ai été frappée de constater que pour mon dernier accouchement il y a 5 ans et demi j'ai été peu examinée par rapport à mes accouchements d'il y a 20, 18 et 16 ans. La sage-femme était plus dans l'attente et dans l'observation ».

L'éviction du toucher est donc un processus en cours chez ces professionnelles autant et plus que dans le reste du monde social, et cette attitude concerne autant les manipulations que le toucher relationnel. Le toucher est considéré comme un vecteur de domination sur la patiente, et les sages-femmes tentent d'échapper à cette forme de pouvoir que leur rôle professionnel leur confère de facto. Pour y parvenir, elles élaborent un subtil « glissement » argumentaire : leur toucher échappe à la fonction

---

<sup>126</sup> Elle a pratiqué une délivrance artificielle ; c'est un geste qui consiste à mettre la main et une partie de l'avant-bras dans l'utérus de la femme qui vient d'accoucher afin d'aller décoller le placenta qui ne s'expulse pas seul.

de domination en épousant celle de la confiance réciproque. Confiance accordée par la patiente à la professionnelle par le consentement et la confiance de la femme elle-même, restaurée par le toucher attentif de la sage-femme. Ce toucher confiant est nécessairement accompagné d'affect et d'empathie qui, sous sa forme ultime, trouve son parachèvement dans sa substitution par l'observation, le regard.

Ici ce n'est plus seulement le « procès d'individuation » d'Élias qui doit être sollicité comme schéma interprétatif, mais le procès de « civilisation » des pulsions. Au sein d'une évolution menant au contrôle toujours plus maîtrisé des pulsions, il considère la « pulsion scopique » comme l'ultime manifestation pulsionnelle autorisée. On peut donc considérer ces professionnelles comme ayant actuellement atteint ce stade très contrôlé de leur pratique et de leurs comportements dans la relation avec leurs patientes adultes.

### ***La manipulation du corps féminin à l'hôpital : une critique qui s'ébauche***

Il est cependant nécessaire de nuancer ces observations : en hôpital – ou en clinique –, le toucher-manipulation sans précautions ni égards des obstétricien-nes est encore de rigueur lorsqu'ils interviennent au moment de l'accouchement, et leur attitude d'emprise sur les corps féminins reste très présente. C'est pour l'instant la parole des femmes qui s'est récemment libérée, attestant de la légitimité de la critique de cette attitude dominante du médecin sur les corps féminins. Depuis environ 3 ans en effet, de virulentes condamnations contre ce qui est désormais nommé « violences obstétricales » et « violences gynécologiques » sont relayées par les réseaux sociaux. Cette locution de « violence obstétricale », née en Amérique du Sud – en langue espagnole *violencia obstetrica* – vers l'an 2000, a été traduite et utilisée en langue anglaise vers 2010 avant d'arriver en France en 2013. Sa large médiatisation date, en France, de 2014<sup>127</sup>. Les vives critiques de cette attitude d'emprise médicale trouvent désormais un écho dans les médias nationaux, à l'instar des émissions *Les pieds sur Terre*, intitulées *Accoucher dans la violence*, diffusées

---

<sup>127</sup> LAHAYE, Marie-Hélène (auteure du blog *Marie accouche là*), entretien privé du 29 janvier 2017, confirmé par une recherche europresse.com interrogeant tous les médias français.

les 18 et 19 janvier 2017 sur France Culture<sup>128</sup>. Voici ce dont témoignent les premiers mots de l'émission :

*« Quand elle a lancé un appel à témoignage, comme on fait parfois, pour trouver l'histoire que vous allez entendre, Charlotte Bienaimé a reçu en quelques heures des dizaines de mails, d'appels téléphoniques, de récits, d'histoires, de témoignages de protestation de femmes ayant vécu ce dont elle parlait avec hélas de nombreuses variantes et d'infinies nuances. Déjà quand Mélanie Décalot avait proposé dans l'émission « sur les docks » une collection de témoignages intitulée « maltraitances gynécologiques » (...) les auditrices s'étaient manifestées de manière massive pour raconter à leur tour leur expérience, pour soutenir les intervenantes et pour se féliciter de ce que soit levé enfin ce tabou, que l'on parle de ces violences obstétricales que la plupart des femmes ont subi une fois au moins dans leur vie. On pourra en effet imaginer que de nos jours un accouchement qui se passe à l'hôpital permet pour cette raison même à la mère et à l'enfant de recevoir les meilleurs soins possibles, mais aussi que grâce à cette médicalisation précisément et à l'étendue du savoir des obstétriciens par exemple accoucher à l'hôpital soit pour la mère, l'enfant, et le père pourquoi pas, un moment, disons, un peu émouvant pourquoi pas, allez même, un moment agréable, ou en tout cas pas un souvenir atroce. Or, de nombreux témoignages concordent en réalité sur les violences subies à ce moment-là par les mères ou futures mères et qui ont aussi des conséquences sur l'enfant, le père et parfois même la société en général. Des violences*

---

<sup>128</sup> KRONLUND Sonia. *Les pieds sur terre : Accoucher dans la violence*. France Culture, 18 et 19 janvier 2017. Je remercie la productrice pour son autorisation de retranscription dans ce travail.

*psychologiques et physiques qui peuvent prendre la forme de pressions diverses, de gestes chirurgicaux pratiqués sans consentement ni même information, de césariennes sans anesthésie, d'infantilisation de la mère, de brutalités etc. »*

C'est donc bien que le toucher intrusif devient inconcevable pour le monde social, et que la critique en devient audible. Et ce n'est pas anodin si cette spécialité médicale cristallise toutes les critiques des attitudes de domination : elle est non seulement le théâtre de l'opposition de deux conceptions de la physiologie féminine – elle concerne un événement « normal », non pathologique et questionne donc la médicalisation de la vie – et, concernant de plus exclusivement le traitement du corps féminin, elle libère l'expression d'un « for intérieur féminin » qui gagne en légitimité depuis quelques années<sup>129</sup>.

Mais il est un patient qui ne peut être questionné sur son consentement, alors même que la représentation actuelle entraîne les soignants et la société dans son ensemble à le considérer comme un individu à part entière. Comment ces professionnelles font-elles pour rester en cohérence avec leurs pratiques et leurs principes de fonctionnement lorsqu'elles doivent prendre en charge un bébé ?

### ***Toucher le bébé : un privilège parental***

Pour Catherine, « *Mon premier argument pour faire ou ne pas faire un geste, c'est le respect du corps de l'autre. Quand je fais des séances de massage pour le bébé, je montre sur une poupée, jamais sur un enfant* ». Ce refus du toucher constitue-t-il bien une entreprise de contrôle des pulsions ? Celle-ci semble en tout cas être partie prenante du processus continu de construction du bébé en personne, en individu.

Mais ce phénomène semble relever d'une réappropriation physique des enfants par leurs parents. Questionnées sur le toucher du bébé (nouveau-né et nourrisson), les

---

<sup>129</sup> MEMMI, Dominique. Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction, *Sociologie*, N°4/2016, décembre 2016, pp. 413-438.



sages-femmes s'y révèlent également très réticentes : « *Pour les bébés, j'ai tendance à peu les toucher, car je ne veux pas prendre la place des parents. Je les laisse le déshabiller, le manipuler et valorise leur toucher. Pour le massage du bébé, c'est pareil, je l'explique, mais laisse les parents faire* », nous dit Charlotte.

Les sages-femmes, qui se refusent au contact avec le bébé, prônent unanimement la sollicitation du toucher par la mère. Ainsi Louise nous explique: « *Quand les bébés viennent au monde, je touche juste pour vérifier qu'il n'ont pas froid. Mais souvent c'est juste la mère qui le touche. Moi je vais le regarder, l'observer plutôt qu'aller l'embêter à le toucher. Je ne le pèse que le lendemain de sa naissance par exemple, pour pas l'embêter tout de suite* ». Cécile : « *Pour le bébé, ce n'est pas à la sage-femme de le toucher... C'est aux parents. Et puis c'est fou de voir comme les nouveau-nés sont capables de te faire comprendre si ils veulent ou pas être touchés. J'essaie de ne pas les tripoter. Je suis gênée par le toucher utilitaire, par exemple, quand on le déshabille et qu'on attend que le pédiatre l'examine. Puis il pleure, on le tourne, on le manipule, non, vraiment, ça, ça me gêne. Quand je dois faire un geste, j'essaie plutôt de le faire dans les bras des parents* ».

Les sages-femmes semblent donc être unanimes dans leur attitude à ne toucher le bébé qu'exceptionnellement. Les parents peuvent – et doivent – avoir ce contact physique avec leur enfant, mais eux seuls y sont en quelque sorte « autorisés ». Elles sous-entendent donc que le toucher d'un individu extérieur à la triade mère-père-bébé est forcément mal toléré et comporte une dimension agressive. Ne pas stimuler la sensibilité du petit corps, le laisser si possible à distance ou solliciter la participation de la mère à toute occasion, sont autant d'attitudes qui laissent supposer une volonté constante de maîtriser les pulsions d'agressivité.

### ***Le triomphe du « puritanisme »***

Le toucher du patient, qu'il soit adulte ou bébé, est donc érigé en interdit dans la pensée actuelle. Cadre normatif du contrôle des pulsions, il n'autorise que les touchers professionnels construits aujourd'hui comme nécessaires au maintien de la bonne santé, mission qui leur incombe de façon toujours plus exigeante au fur et à mesure que la médicalisation de la vie progresse. Ce toucher, pour être légitime, doit

être absolument nécessaire et avoir fait l'objet d'une négociation préalable avec l'intéressé-e. Il doit de plus être attentif, empathique, voire affectif pour certains statuts de soignants tout au moins. Parachèvement du respect dû à l'enveloppe de l'individu, l'observation visuelle lui est préférée dès qu'elle est possible.

Une solution s'ouvre alors aux soignants lorsque le toucher est nécessaire au soin : il s'agit, pour l'adulte, de l'éduquer à se toucher lui-même pour des gestes de dépistages et, pour l'enfant, à éduquer les parents afin qu'ils touchent leur bébé. Mais même dans cette situation, le toucher reste très contrôlé : il est technique, nécessite un apprentissage pour la patiente ou les parents, dispensé et « accompagné » par un professionnel « savant ». Cet exemple nous fournit une nouvelle illustration du « gouvernement par la parole » décrit par Dominique Memmi dans son ouvrage *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*<sup>130</sup>, qui place l'individu depuis les années 70 dans une position de capacité à assumer la pleine conscience et la prise en charge de son état physique.

Le toucher des corps est donc désormais doté d'une signification qui impose un cadre de contrôle très strict afin de n'être pas considéré comme un acte de domination, de violence, résultat d'un débordement d'une pulsion d'emprise. Le contrôle de cette pulsion libidinale est nécessairement convoqué dans la relation au toucher ; l'éloignement du corps, adopté comme norme, protège le soignant et le patient d'un risque de dérapage jugé aussi impensable que latent.

---

<sup>130</sup> MEMMI, Dominique. *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte, 2003, 308 p.

## **Chapitre 2 – Toucher le bébé, entre prohibition du contact et hégémonie de la manipulation : un après-guerre scientifique et rationalisant**

Notre objectif à présent est de comprendre le cheminement qui a conduit à notre rapport actuel aux touchers des corps des tout petits.

Nous n'avons pas choisi par hasard les années 1950 comme point de départ de cette observation. C'est en effet au cours de cette décennie que la prise en charge des accouchements – et donc des naissances – a connu en France une révolution, quittant l'intimité du domicile pour investir massivement les institutions de soin. Les pratiques se sont donc rapidement uniformisées, offrant à l'observateur un terrain d'étude privilégié.

### **Une longue tradition de séparation des corps des mères et des enfants**

La proximité corporelle de la mère et de son bébé semble avoir été empêchée en France depuis plusieurs siècles, et cette constatation historique concerne aussi bien les classes populaires que les classes supérieures. Les diverses recherches historiques consultées font état par exemple d'une immédiate prise en charge du nouveau-né après sa mise au monde, ne prévoyant pas le temps d'un contact peau contre peau entre la mère et son enfant. Par ailleurs, la pratique de l'emballotement du nourrisson a été constante et répandue dans toute la population de l'Antiquité jusqu'au XXe siècle, mettant de fait à distance les peaux maternelles et infantiles<sup>131</sup>.

La pratique de l'allaitement maternel d'une part et du partage du lit parental d'autre part constituent alors les grandes occasions de proximité corporelle. C'est la contrainte domestique qui en est la principale origine dans les foyers populaires : les enfants dorment couramment avec les parents : cette habitude est attestée par de nombreux récits. Mais les clercs de la société française n'ont eu de cesse depuis le

---

<sup>131</sup> MOREL, Marie-France. Histoire du maillot en Europe occidentale. In : BONNET, Doris; POURCHEZ, Laurence. *Du soin au rite dans l'enfance*. Paris : Érès, 2007, pp.61-84.

XVIIIe siècle – et même auparavant – de produire des injonctions visant à proscrire la proximité des corps des mères et de leur bébé : les autorités religieuses d’abord, puis les médecins par le média des traités de puériculture et les pratiques institutionnelles.

La création et l’application de ces règles de puériculture révèlent sans aucun doute la volonté farouche de maîtriser les peurs générées par les ambivalences redoutées entre parent et enfant : peur des pulsions mortifères parentales, peur des pulsions libidinales réciproques entre la mère et l’enfant. Nous retrouvons ainsi au fil des années l’extraordinaire récurrence des injonctions et des recommandations visant à interdire le contact entre la mère et son nourrisson.

### *Les recommandations de « façons de faire »*

Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand nous montrent que du début du XXe siècle à 1980, date de la publication de leur ouvrage *L’art d’accommoder les bébés*<sup>132</sup>, la puériculture a constamment recommandé de séparer les corps des mères de celui de leur nourrisson, sous divers arguments prenant leur source soit dans la protection de l’enfant contre l’agressivité ou la maladresse maternelle, soit dans la protection mutuelle des membres de la dyade contre leurs pulsions libidinales réciproques.

L’injonction de la séparation des corps des mères et des bébés s’est souvent focalisée sur l’interdit du partage de la couche entre parents et enfants ; notons au passage que l’interdit s’enracine dans l’histoire. A la fin du XVIIIe siècle par exemple, on peut déjà lire dans le *Miroir de l’âme religieuse* par Louis de Bouvignes<sup>133</sup>, prédicateur capucin, en réponse à l’examen de conscience concernant l’obéissance au 5<sup>e</sup> commandement : « Tu ne tueras point » (p. 209 / p. 14 de l’examen de conscience) :

---

<sup>132</sup> DELAISI DE PARSEVAL, Geneviève ; LALLEMAND, Suzanne. *L’Art d’accommoder les bébés, 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris : Seuil, 1980, 275 p.

<sup>133</sup> BOUVIGNES, Louis de. *Miroir de l’âme religieuse*. Namur : chez Charles Gérard Albert, 1690, (reproduit sur internet par Google books).

« N'ay-je blessé, tué ou fait mourir personne ? [...] Et vous Mère, ne vous estes vous point exposée au péril d'étouffer vôtre enfant pendant le sommeil, en le couchant près de vous en même lit ? Il y a tant de Pères & mères mal-avisez qui rendront compte à Dieu de cet abus, que l'Eglise condamne ; & on ne doit point excuser de grand péché une Mère, qui s'endort tenant son petit entre ses bras ou couché à son côté».

L'historien François Lebrun permet de généraliser ce constat. Il note dans son livre *Croyances et cultures dans la France d'Ancien Régime*<sup>134</sup> :

« La terrible mortalité des enfants au berceau pose, plus encore, un problème de mentalité collective. Comment a-t-on pu si longtemps, dans toutes les classes de la société, y compris dans l'élite cultivée, accepter sans réagir l'effroyable hécatombe que représente la disparition, dès la première année, du quart des nouveau-nés ? [...] Pourquoi les statuts synodaux des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles rappellent-ils souvent aux parents l'interdiction de coucher dans leur lit leurs tout jeunes enfants au risque de les retrouver étouffés le lendemain matin, sinon parce que cette pratique reste enracinée, témoignant, au mieux, d'une étonnante négligence, au pis, d'une volonté avouée ou inavouée d'infanticide? »

Cette crainte de l'étouffement est toujours présente dans les manuels de puériculture du début du XX<sup>e</sup> siècle, selon l'étude minutieuse de Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand<sup>135</sup>. Cette analyse des manuels de puériculture

---

<sup>134</sup> LEBRUN, François. *Croyances et cultures dans la France d'Ancien Régime*, Paris : Seuil, 2001, 256 p. (reprise de l'article : La place de l'enfant dans la société française depuis le XVI<sup>e</sup> siècle. *Communications*, n° 44, 1986, p. 247-257.)

<sup>135</sup> DELAISI DE PARSEVAL, Geneviève ; LALLEMAND, Suzanne. *L'Art d'accommoder les bébés, 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris : Seuil, 1980, 275 p.

français retrouve ce conseil en 1946 sous la plume des docteurs Oria et Raffin qui conseillent l'usage du berceau afin d'empêcher la mère de prendre son nourrisson dans son lit, ce qui, selon eux, provoquerait un risque d'étouffement. Dans cette même lignée, le *Petit guide de la jeune maman* de 1951 explique aux mères : « évitez de le prendre, de l'amuser, de répondre à ses appels, sauf s'ils vous paraissent provenir d'une souffrance ». L'argument hygiéniste fait alors son apparition en soutien à la protection contre l'étouffement : cette édition conseille en effet aux mères « d'éviter de couvrir le bébé de baisers à cause des microbes »<sup>136</sup>...

Plus tard, en 1975, c'est un nouvel argument, toujours sous-jacent mais jamais clairement exprimé jusqu'alors, qui vient désormais appuyer le tabou du contact entre mères et enfants. Il s'agit du risque induit par un trop grand plaisir, un « risque libidinal » de la part du bébé<sup>137</sup>.

Certains adeptes de la psychanalyse poursuivent dans ce sens par un discours très alarmant, à l'instar de Françoise Dolto qui déclarait au sujet du lit partagé entre parents et enfants : « Combien d'enfants ont été freinés dans leur développement par ces câlins, par le charme de la volupté et de la tendresse partagée en silence, par ce corps à corps voluptueux. On les retrouve ensuite avec des retards considérables de langage, de psychomotricité et de l'affectivité »<sup>138</sup>. Il est important de signaler que la distinction entre le nourrisson et le petit enfant n'est pas faite dans ces recommandations, et les parents de jeunes nourrissons sont soumis dès la naissance à cette injonction de ne pas répondre aux pleurs du bébé par le contact physique, la bonne réponse étant de le laisser pleurer afin qu'il « fasse ses poumons »<sup>139</sup>.

---

<sup>136</sup> Ibid.

<sup>137</sup> Dr KREISLER, Léon. *Guide de la jeune mère, de la naissance à 2 ans*. Paris : ESF, 1975 (cité par DELAISI DE PARSEVAL et LALLEMAND).

<sup>138</sup> DOLTO, Françoise. *Les étapes majeures de l'enfance*. Textes recueillis et annotés par Claude HALMOS et présentés par Catherine DOLTO-TOLITCH. Paris : Gallimard, 1994.

<sup>139</sup> Arguments avancés par des femmes ayant eu des enfants en bas âge dans les années 1970 et 1980, entretiens privés.

### ***Quand l'institution organise la séparation : les cellules Bridgman***

Ces recommandations de séparation furent concrétisées et généralisées au début des années 1970, grâce entre autres au transfert massif de l'accouchement du domicile vers l'institution de soin au début des années 1950<sup>140</sup>. La majorité des femmes accouchant désormais hors du domicile, elles sont soumises aux pratiques uniformisées de l'institution. C'est ainsi que dès le début des années 1970 un nouveau dispositif architectural, la « cellule Bridgman », place les nouveau-nés dans des pièces vitrées séparées des chambres des mères, régulant d'autorité la présence des mères auprès de leur enfant par des stricts horaires de contact limités aux repas. Le bain du bébé lui-même était, dans la majorité des maternités, pratiqué par une professionnelle en dehors de la présence parentale. Je tiens à préciser que cet agencement était encore de mise lorsque j'ai terminé mes études de sage-femme en 1991 à l'assistance publique de Paris, le seul assouplissement concédé à l'époque étant la possibilité accordée aux jeunes parents de pénétrer dans la nursery sans autorisation préalable.

### ***La disqualification de l'allaitement maternel***

Une des occasions les plus évidentes du contact entre la mère et le bébé est sans nul doute l'allaitement maternel. Si le recours aux nourrices pour les enfants des classes aisées est connu depuis l'Antiquité et fréquent dans notre société jusqu'à la Première Guerre mondiale – y compris d'ailleurs pour les enfants des classes populaires dont les mères devaient travailler –, l'allaitement par le sein de la mère était, lui, généralisé pour les enfants des campagnes françaises. Au début du XXe siècle, le biberon de lait remplace peu à peu l'allaitement au sein. Les causes avancées par les historiens sont multiples : la diminution des risques liés à la contamination microbienne des biberons grâce aux techniques de stérilisation, l'apparition des intérêts économiques liés à la commercialisation des laits artificiels –

---

<sup>140</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *La révolution maternelle : femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris : Perrin, 1997, 367 p.

nombreux dépôts de marques de lait au début du XXe siècle<sup>141</sup> – mais également la rationalisation des règles de puériculture dictées par le monde médical normalisant les doses de lait à ingérer, le nombre de repas et la prise de poids des bébés... Cette diminution statistique de la pratique de l'allaitement au sein correspond bien aux injonctions qui fleurissent alors de ne pas céder à la tentation du contact trop fréquent entre la mère et son enfant.

Le biberon a donc tendu à se substituer, avec un succès considérable, à l'allaitement au sein dans tous les milieux sociaux dès avant la Première Guerre mondiale. Cette évolution se poursuit dans l'entre-deux-guerres, puis connaît une interruption pendant la Seconde Guerre mondiale, facilement compréhensible étant données les difficultés inhérentes à l'état de guerre. La France connaît ensuite une décroissance brutale et soutenue du taux d'allaitement maternel : parmi les assurées sociales, la proportion des mères allaitant au sein diminue en effet brutalement à partir des années 1950 : 67 % d'allaitement en 1949, 56 % en 1950, 51 % en 1951<sup>142</sup>. Nous pouvons vraisemblablement mettre cette évolution en relation avec le déplacement des accouchements vers les institutions de soin et la généralisation des pratiques de séparation des mères et des bébés dès la naissance que nous avons évoqué précédemment.

C'est dans la seconde moitié de la décennie 1970 que la tendance commence à s'inverser, comme nous pouvons le constater dans le **tableau 10**. Mais le taux d'allaitement maternel va rester faible (touchant moins de la moitié des mères) et stable jusqu'au milieu des années 1990, époque à laquelle ces taux augmentent régulièrement (**Figure 22**). Les causes de ce nouvel engouement pour l'allaitement maternel dans les années 2000 et surtout 2010 en France ne sont pas clairement établies, comme le souligne Dominique Memmi dans son livre *La revanche de la*

---

<sup>141</sup> Par exemple, en 1898, le « séro-lait du docteur Pierre LAURENT, le seul lait stérilisé identique à celui de la femme », ou en 1912, le « lait scientifique pasteurisé du docteur PERCHERON » (cités par C.S. DIDIERJEAN-JOUVEAU. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lillfrance.org>).

<sup>142</sup> ROLLET, Catherine. *Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations*. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.santeallaitementmaternel.com/se\\_former/histoires\\_allaitement/allaitement\\_rollet.php](http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/histoires_allaitement/allaitement_rollet.php)



*chair*<sup>143</sup> en 2014, au point qu'elle a dû en chercher les raisons dans une évolution beaucoup plus profonde. La promotion de l'allaitement par l'OMS et l'UNICEF date de 1979. La France a donc résisté fort longtemps à la modification profonde des pratiques...

**Tableau 10: Évolution du taux d'allaitement maternel en France**

(Taux calculés d'après les certificats du 8e jour)

Source : Direction des études et statistiques du ministère de la santé<sup>144</sup>

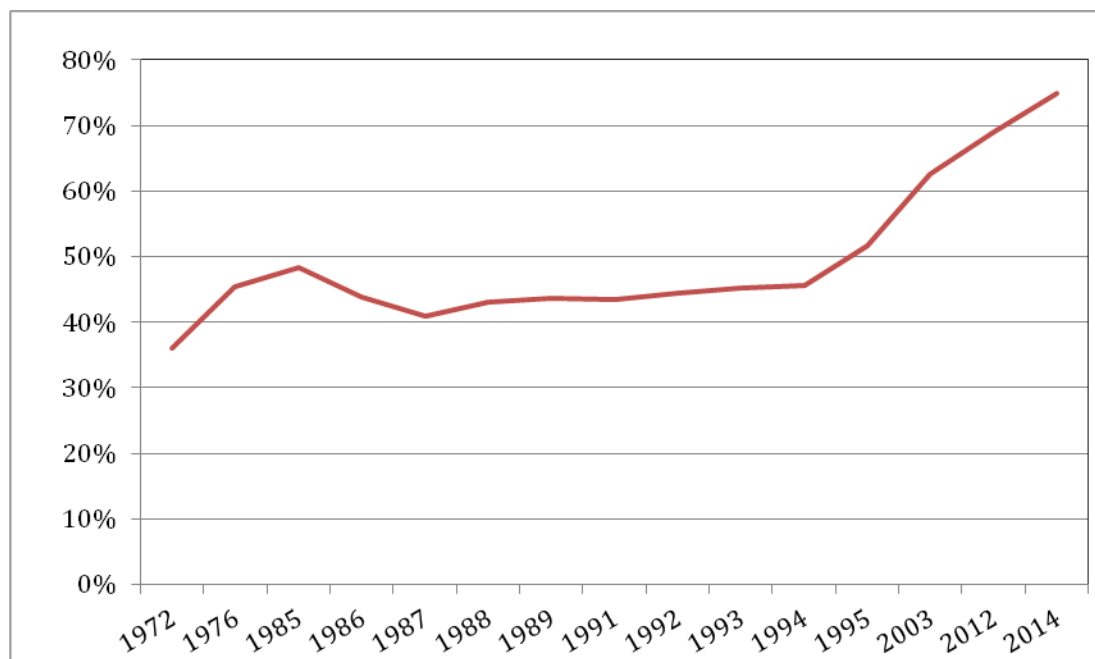
Année	Taux d'allaitement débuté en % (recueil sur certificat du 8e jour)
1972	36,00 %
1976	45,50 %
1985	48,4 %
1986	43,8 %
1987	41 %
1988	43 %
1989	43,7 %
1991	43,5 %
1992	44,5 %
1993	45,3 %
1994	45,6 %
1995	51,6 %
2003	62,6 %
2012	69 %
2014	75 %

<sup>143</sup> MEMMI, Dominique. *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil, 2014, 280 p.

<sup>144</sup> <http://social-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/drees-direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques>.

## Figure 22: Évolution du taux d'allaitement maternel en France

(Source : Direction des études et statistiques du ministère de la santé)



La récurrence de la volonté de séparer les corps des mères de ceux de leurs nourrissons est donc assez pérenne. Les raisons invoquées vont, tout comme les recommandations elles-mêmes, varier en fonction des époques : elles sont d'ordre moral, hygiéniste ou encore psychologique, l'argument changeant au cours des périodes traversées, s'adaptant aux préoccupations et aux priorités prévalentes dans la société.

Au total, quatre figures de mères soutiennent au fond de façon incroyablement récurrente l'interdit de proximité des corps. La mère maladroite, la mère mortifère, la mère contaminante et la mère pulsionnelle – présentées ici de façon outrancière à dessein – incarnent chacune à leur manière les menaces liées au danger de toucher leur enfant.

**La mère maladroite**, qualifiée ainsi pendant longtemps du fait même de son appartenance au sexe féminin : elle est constitutionnellement inférieure à

l'homme<sup>145</sup>, négligente, ignorante et gauche. Elle étouffe son enfant pendant le sommeil en s'endormant avec lui, mais est également en mesure de le laisser choir si elle le porte. Cette figure n'a pas totalement disparu, loin s'en faut... Dans le CHU au sein duquel je travaille, les sages-femmes m'ont expliqué l'interdiction faite aux mères de se promener dans les couloirs de la maternité en portant simplement leur nouveau-né dans les bras, ceci, disent-elles, afin d'éviter ce risque d'accident et de devoir en assumer la responsabilité. Cette crainte est bien entendu totalement fictive : en 30 ans de pratique, je n'ai jamais entendu parler d'une telle mésaventure.

**La mère meurtrière**, habitée par des pulsions mortifères envers son enfant, rejoint la « maladroite » dans sa capacité à étouffer son bébé, mais cette fois par malveillance et non par maladresse. Elle assassine tout bonnement son enfant.

**La mère contaminante**, très présente dans les périodes hygiénistes : elle peut contaminer son enfant si elle ne respecte pas les règles d'hygiène car elle est porteuse de maladies contagieuses et de microbes mettant en péril la santé de son bébé si elle est dans une trop grande proximité physique avec lui.

**La mère pulsionnelle**, déjà accablée dans une histoire lointaine pour des raisons de moralité douteuse liée à son sexe, revient aujourd'hui par le biais d'autres argumentaires avec la vulgarisation des théories freudiennes, principalement au cours des années 1970/80. Une approche très critique de la proximité physique des mères et de leurs nourrissons a été adoptée par ces courants psychanalytiques et ont imprégnés la société autant que le corps soignant. Dévorante, empêchant par son emprise l'enfant de s'autonomiser, la mère est considérée au total comme bien dangereuse.

---

<sup>145</sup> Comme déjà chez ARISTOTE, au IV<sup>e</sup> siècle avant JC.

## **La manipulation autorisée: une continuité entre traditions populaires et monde médical moderne (des années 1950 aux années 1990)**

### *Une tradition ancestrale de manipulations invasives*

Les soins prodigués dès la naissance aux nourrissons sont nombreux aux siècles classiques, réalisés par la « bonne-mère » – sage-femme ou matrone –, puis par d'autres femmes de la communauté : décrassage tonique de la peau, nettoyage des orifices, emmaillotement, façonnage, autant de pratiques dans lesquelles les corps enfantins sont très sollicités<sup>146</sup>. Les sources historiographiques recueillies par Jacques Gélis nous apprennent que la préoccupation pour le nouveau-né n'est, pour les « hommes de l'Art » – en l'occurrence les chirurgiens –, pas présente avant le milieu du XVIIe siècle. Jusqu'à cette époque, faute d'alternative, ils ne contestent guère les pratiques empiriques des sages-femmes héritées pour la plupart de l'Antiquité. Ainsi Jacques Gélis relate-t-il<sup>147</sup> :

« Il arrive, surtout après un accouchement difficile, que l'enfant vienne au monde en état d'apnée et fasse douter de la réalité de sa vie. Comment faire alors revenir à la vie le nouveau-né ? L'accoucheuse traditionnelle n'est pas démunie devant pareille situation. Elle recourt aux bonnes vieilles recettes en vaporisant avec la bouche un peu de vin ou d'eau de vie dans le gosier de l'enfant (...). La matrone use aussi largement de condiments (ail, oignon, graines de moutarde ou de girofle) qu'elle met dans la bouche, le nez ou le fondement de l'enfant, afin qu'il reprenne vie. Elle lui insuffle de l'air par la bouche ou les narines, elle use du bouche à bouche. Elle frictionne le corps de l'enfant de linges humectés d'eau-de-vie ou de vin ».

---

<sup>146</sup> GELIS, Jacques ; LARGET, Mireille ; MOREL, Marie-France. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris : Gallimard, 1978, 246 p.

<sup>147</sup> GELIS, Jacques. L'évolution des savoirs en obstétrique et en pédiatrie aux siècles classiques. In Dir. MOREL M-F. *Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui*. Paris : Érès, 2013, 384 p.

La question de la prise en charge du nouveau-né par les accoucheurs n'apparaît réellement qu'au milieu du XVIIe siècle sous la plume de François Mauriceau qui, dans son *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* de 1668<sup>148</sup>, affiche la préoccupation de lutter pour leur survie en dénonçant les pratiques superstitieuses et dangereuses des matrones. Mais les procédés n'évolueront réellement que bien plus tard, et principalement dans les villes.

Même à une époque plus récente, l'accueil du nouveau-né a généralement manqué d'égards... L'image du bébé tenu par les pieds recevant une fessée comme premier contact est exemplaire des pratiques de la première moitié du XXe siècle. Outre cette attitude de préhension de l'enfant à la naissance, les premiers soins prodigués au nouveau-né ont jusqu'à une période très récente – pas totalement révolue – présenté un caractère invasif.

### ***Un paradigme anthropologique persistant: le statut liminal du nouveau-né***

Au début des années 1950, comme nous l'avons signalé plus haut, a lieu le « grand déménagement »<sup>149</sup> de l'accouchement, du domicile vers l'institution, induisant un changement important dans l'esprit de la prise en charge de cet événement : la médicalisation de toutes les étapes de la vie progresse et la naissance est au cœur de cette révolution, passant de l'intimité du foyer à la sphère publique. Cependant, les connaissances sur le nouveau-né sont encore larvaires, et nul ne s'en préoccupe vraiment. C'est la femme et elle seule qui fait l'objet des attentions de cette nouvelle ère obstétricale des années 1950.

C'est au cours des années 1960 que la prise en charge du nouveau-né se spécialise. Une « technicisation » des manipulations du nouveau-né est d'abord introduite au profit des prématurés – jusqu'alors totalement négligés – avant d'être généralisée à tous les nouveau-nés. Dans les années 1950 en effet, 85 % des

---

<sup>148</sup> MAURICEAU, François. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris : chez l'auteur, 1668, Edition de 1681. [en ligne]. Disponible sur : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57713z/f2.image> Consultée le 24/12/2016.

<sup>149</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *La révolution maternelle : femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris : Perrin, 1997, 367 p.

prématurés pesant moins de 1500 grammes mouraient en France ; le médecin Alexandre Minkowski revient alors d'un séjour aux USA révolté par le retard français en terme de prise en charge de ces enfants nés avant terme. Il crée en 1955 le laboratoire de biologie du développement fœtal et néonatal, puis en 1967, à Port-Royal, le premier service de réanimation et de médecine néonatale. La réanimation néonatale avait, elle, été importée et initiée en France en 1964 par un autre médecin parisien, Gilbert Huault, qui créa la première unité de soins intensifs pédiatriques polyvalente de France<sup>150</sup>.

Encouragé par les extraordinaires résultats obtenus dans la survie des prématurés, le Professeur Minkowski oriente rapidement son action vers la prévention : c'est donc logiquement qu'il sollicite la collaboration des obstétriciens et des sages-femmes et qu'il prône une systématisation de la prise en charge spécialisée des nouveau-nés à la naissance. L'aspiration naso-pharyngée devient peu à peu systématiquement appliquée à tout nouveau-né, et les gestes de dépistage d'éventuelles malformations se multiplient : le bébé est désormais placé sur une table chauffante fortement éclairée immédiatement à la naissance, il est frictionné, et des sondes sont introduites dans ses narines pour lui dégager les voies aériennes supérieures et lui permettre de respirer, dit-on à l'époque. La sonde est ensuite glissée dans la gorge jusqu'à l'estomac afin d'en aspirer le contenu pour le « purger » et de s'assurer de l'absence d'obstacle signant une malformation. Une sonde est ensuite introduite dans l'anus afin d'en vérifier la perméabilité, une injection intramusculaire est généralement pratiquée<sup>151</sup> et des prélèvements dans le nez, la gorge et l'anus sont faits au moindre signe suspect à la recherche d'une potentielle infection. Je me souviens qu'au cours de ma formation à l'Assistance publique de Paris entre 1987 et 1991, on encourageait même les étudiantes à

---

<sup>150</sup> La découverte de la réanimation néonatale date de 1959-1960 en Afrique du Sud, lorsque des médecins utilisèrent pour la toute première fois un appareil de ventilation mécanique pour oxygéner des nouveau-nés atteints de tétanos néonatal. La toute première unité spécialisée de France ouvre à Saint-Vincent de Paul en 1964 sous la direction de Gilbert Huault. La première unité de réanimation néonatale à proprement parler voit le jour quant à elle à Port Royal en 1967, dirigée par Alexandre Minkowski. (Le Dû, Maï. Le nouveau-né qui va mourir. Contexte historique de l'évolution des pratiques. *Les Dossiers de l'obstétrique*, novembre 2013, N°431, p.21).

<sup>151</sup> La supplémentation en Vitamine K1 fut, selon les périodes, administrée tantôt par voie orale tantôt par injection dans le muscle de la cuisse.

« s'exercer » à l'intubation trachéale sur des nouveau-nés ne le nécessitant absolument pas ... Le bébé est ensuite pesé, mesuré – taille, périmètre crânien, périmètre thoracique –, avant d'être chaudement habillé et placé dans un berceau. Dans les années 1980-1990, le nouveau-né était même placé dans une couveuse au lieu du berceau, la mère n'ayant pas la possibilité de toucher l'enfant pendant les 2 premières heures suivant l'accouchement<sup>152</sup>.

Les pratiques d'accueil du nouveau-né à la naissance ne se modifient donc pas radicalement lors du transfert du domicile à l'institution, ni d'ailleurs durant les décennies 1970 et 1980 de médicalisation triomphante. Elles évoluent plutôt, en prenant un caractère plus technique et standardisé, mais restent dominées par le même paradigme anthropologique : le nouveau-né est toujours perçu comme un être inachevé nécessitant impérativement une intervention humaine dès ses premières minutes de vie pour débiter son adaptation extra-utérine. Cette représentation du nouveau-né – sur laquelle repose la nécessité de sa manipulation précoce – persiste donc et seuls la nature des références et l'état des connaissances induisent une évolution des gestes qui restent somme toute dans la même lignée : frictions stimulantes à l'aide de solutions alcoolisées, purge préalable à l'alimentation, curage des orifices. Il n'y a guère que les produits et les instruments utilisés qui évoluent...

### ***L'incroyable négation de la douleur du nouveau-né***

Les interventions sur le nouveau-né sont donc légion en maternité. Elles sont d'autant plus facilement pratiquées que le monde médical est persuadé de l'insensibilité du petit humain à la douleur. Le prématuré, premier « objet » de la progression technique est censé posséder un système sensoriel immature et donc insensible. Mais le nouveau-né sain à terme est considéré de la même façon par le corps médical, qui choisit de nier l'existence de toute sensibilité chez le tout-petit malgré certaines observations anciennes comme celles du chirurgien pédiatrique

---

<sup>152</sup> Observation personnelle dans les maternités de l'APHP.

Louis Ombrédanne<sup>153</sup>. C'est donc longtemps sans scrupules ni attention particulière que les manipulations de tous ordres sont pratiquées sans restriction ; même les actes de chirurgie lourde sont effectués sans qu'une anesthésie soit pratiquée, les mouvements de l'enfant étant empêchés par une paralysie médicamenteuse induite afin de ne pas gêner le geste opératoire. Ainsi, les discours évoluent peu au cours du XXe siècle. En 1938, le docteur Dupin, écrit :

« Il y a des différences sensibles entre l'organisme du nourrisson et de l'enfant et celui de l'adulte au point de vue de la résistance à l'anesthésie. Le système nerveux est bien imparfait dans les premières années de la vie. Le nouveau-né a sans aucun doute une certaine sensibilité générale, bien difficile à préciser d'ailleurs. La douleur ressentie au début doit être très faible, si bien que pendant la première semaine de la vie, on peut opérer sans anesthésie, sans provoquer de douleurs violentes<sup>154</sup>. »

C'est en 1985 qu'apparaît une première reconnaissance de la réalité du ressenti de la douleur chez le nouveau-né dans un ouvrage pédiatrique français. Le docteur Perelman écrira en effet dans son fameux traité de pédiatrie :

« On ne connaît pas les causes et les effets de la douleur physique chez le fœtus, mais on sait que le nouveau-né à peine né est sensible à la douleur, au chaud et au froid (...). Il existe encore peu de mesures objectives des phénomènes douloureux chez le prématuré et le nouveau-né, mais un

---

<sup>153</sup> En 1912, le chirurgien pédiatrique Louis OMBREDANNE est persuadé du ressenti douloureux chez le nouveau-né et écrit : «... qu'une intervention sans anesthésie, dût-elle même ne pas éveiller de douleur consciente, c'est-à-dire de douleur au sens métaphysique du mot, constitue pour le système nerveux une excitation périphérique violente déterminant des réflexes d'une intensité telle que nous devons les éviter au nouveau-né ».

<sup>154</sup> DUPIN, DR. Étude physio-pathologique. In ROCHER, PHILIP, GOT, POUYANNE et DUPIN. *Les anesthésies chez l'enfant*. Bordeaux : Imp. Delmas, 1938.



intérêt croissant à leur égard, un sentiment de culpabilité et le désir de les réduire chaque fois que possible »<sup>155</sup>.

Si la réalité de la sensibilité du nouveau-né à la douleur est réellement prouvée en 1987 par l'anesthésiste américain Anand<sup>156</sup>, en 1992 encore, le docteur Daniel Alagille, patron de pédiatrie, écrivait:

« Les bébés ne souffrent pas. Lorsqu'ils crient, c'est de colère, de faim, de soif, ou bien encore pour rien. De toute façon, c'est bon pour eux, comme leur premier cri à la naissance, cela défrise leurs alvéoles et améliore la capacité respiratoire »<sup>157</sup>.

Les services de néonatalogie s'occupant des enfants prématurés ou malades progressent plus vite dans la prise en charge de la douleur ; en effet, les gestes invasifs sont nombreux et les professionnels, sensibilisés par des enquêtes et des reportages étudiant les pratiques professionnelles de soins aux tout petits, se mobilisent pour diminuer la douleur induite par leurs gestes. La forte présence infirmière, investissant une posture à l'éthique différente de celle des médecins, y participe significativement<sup>158</sup>. En maternité par contre, l'évolution est tardive et laborieuse, et l'hétérogénéité des prises en charge de la douleur du nouveau-né impressionnante : en 2005, près de la moitié des équipes interrogées négligent par exemple l'utilisation de méthodes antalgiques simples pour effectuer des gestes de

---

<sup>155</sup> PERELMAN, R. ; AMIEL-TISON, C. ; DESBOIS, J.-C.. *Pédiatrie pratique. Périnatalogie*, Paris : Maloine, 1985, 1527 p.

<sup>156</sup> ANAND K.J.S. ; HICKEY P.R.. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N. Engl. J. of Med.*, 317, 1987, p. 1321-1329.

<sup>157</sup> COHEN-SALMON, Didier. *Le problème de la douleur des enfants*. Intervention à la Journée d'étude de la Société d'Histoire de la Naissance, Paris, 9 Juin 2007.

<sup>158</sup> PAILLET Anne. *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. La Dispute, 2007, 286 p.

routine pourtant réputés douloureux<sup>159</sup>. Malgré ces constatations donnant pourtant lieu à des publications, les attitudes évoluent très lentement... Au CHU de Tours par exemple, alors que la prise en charge de la douleur des bébés malades est bien assurée depuis longtemps, il a fallu attendre l'année 2014 pour que le premier protocole d'évaluation et de traitement systématiques de la douleur chez le nouveau-né sain en maternité soit mis en place.

Durant une longue période historique, l'attitude face au toucher des nouveau-nés et des nourrissons est donc globalement stable : le toucher-contact est empêché et les manipulations sont systématiques. Le nouveau-né conserve en effet son statut liminal d'humain en devenir qu'il faut façonner. Le chemin menant à son nouveau statut anthropologique d'humain achevé ne va réellement débiter qu'au cours de la seconde moitié du XXe siècle, sous des influences que nous allons étudier maintenant à l'aune, toujours, du rapport au toucher.

---

<sup>159</sup> CHARPENTIER Annie, DRECOURT-MESTER Jocelyne, RENAULT-TINELLE Nadine, BLONDEAU Liliane. Le phénomène douleur du nouveau-né en maternité. *Douleurs*, 6, 2005, p. 374-382

## Chapitre 3 – Une époque de transition : disgrâce des manipulations et valorisation du contact (1970-1990)

### Une première vague de résistance: les années 1970

#### *Les manipulations condamnées : des médecins marginaux au secours des bébés*

Des précurseurs européens bien antérieurs

Au début du XXe siècle, quelques précurseurs européens s'étaient déjà émus du sort réservé aux nouveau-nés. Issus du monde médical, en général imprégnés des théories psychanalytiques en émergence, ces figures novatrices ont commencé à dénoncer, ici ou là, la violence avec laquelle le petit humain est accueilli au monde.

Parmi eux, notons la « Dottoressa » Maria Montessori, médecin italienne engagée pour l'éducation des enfants, qui écrivait déjà en 1936 dans son livre *L'Enfant* :

« Il (le nouveau-né) arrive dans l'ambiance de l'homme adulte avec ses yeux délicats qui n'ont jamais vu le jour, avec ses oreilles épargnées jusqu'alors par le bruit. Son corps qui n'a jamais subi aucun heurt est exposé maintenant aux contacts brutaux, manié par les mains sans âme de l'adulte, qui oublie sa délicatesse digne de vénération... Or, nous ne le comprenons pas. Pour nous, il n'est pas un homme. Quand il arrive dans notre monde, nous ne savons pas le recevoir ; et pourtant le monde que nous avons créé lui est destiné ; c'est lui qui doit le continuer et le faire avancer vers un progrès supérieur au nôtre<sup>160</sup> ».

---

<sup>160</sup> MONTESSORI, Maria. *L'Enfant*. Bruges: Desclée de Brouwer, 1936, 200 p.

Un autre médecin, Wilhelm Reich, psychiatre et psychanalyste austro-hongrois élève de Freud, s'est également questionné sur la violence de l'accueil du nouveau-né dans nos sociétés occidentales. Dans son ouvrage *Écoute, petit homme !* écrit en 1945, publié en allemand en 1948 et traduit en français en 1972, il écrit (s'adressant à l'homme normal « *moyen, soumis, borné, malade, bête* », qu'il nomme « *petit homme* » ) :

« Mais quand je pense aux nouveau-nés que tu tortures pour en faire des « hommes normaux » à ton image, j'ai envie de revenir vers toi pour empêcher ce crime »<sup>161</sup>.

Une figure américaine déterminante : le pédiatre Terry Berry Brazelton

Au début des années 1970, un pédiatre américain, Terry Berry Brazelton, met au point un outil d'observation clinique du nouveau-né que l'on connaît en France sous le nom d'échelle de Brazelton. De formation psychanalytique, il s'intéresse aux recherches balbutiantes sur les interactions précoces et souhaite inciter les pédiatres de maternité à changer leur regard sur le nouveau-né.

Ces travaux servent encore aujourd'hui de référence et son outil d'observation fut le moyen principal qu'utilisèrent les psychologues français pour débiter leurs travaux auprès des nourrissons dans les services de pédiatrie, c'est pourquoi il doit être évoqué. Il est à signaler qu'une fois de plus ce pédiatre est adepte de la psychanalyse, ce qui confirme l'importance majeure de ces théories dans le changement de représentation du nouveau-né dans nos sociétés occidentales.

---

<sup>161</sup> REICH, Wilhem. *Écoute, petit homme !* Traduction française par KAMNITZER Pierre d'après le texte allemand en 1972. L'ouvrage a été également publié en anglais par FARRAR, STRAUS and GIROUX, sous le titre *Listen, Little Man !* en 1948. Numérisation version française : S. BECHET, 1996. [en ligne]. Disponible sur : <http://edenguard.fr/Docs%20NRJ%20Et%20Cie/Wilhelm%20Reich/EcoutePetitHomme.pdf> Consulté le 18/06/16.

Les années 1970, l'expérience éprouvée

En France, il semble que ce soit au cours des années 1970 qu'apparaissent les premières initiatives concrètes en faveur du changement de pratiques relatives à l'accueil du nouveau-né. Ces initiatives proviennent principalement de deux médecins – Bernard This et Frédérick Leboyer – qui ont concrètement œuvré en ce sens en tant que professionnels. D'autres suivront de près, comme Michel Odent et Max Ploquin entre autres, mais la spécificité des deux premiers est leur préoccupation exclusive pour le nouveau-né dans le processus de l'accouchement et de la naissance. Des psychologues également – comme Danielle Rapoport – se distingueront par leur engagement concret auprès des enfants, sans négliger certains autres psychanalystes – tel Didier Anzieu – qui nourriront les argumentaires de ces acteurs de terrain par des concepts essentiels. Nous reviendrons sur ces derniers dans un chapitre ultérieur.

Bernard This et Frédérick Leboyer sont deux médecins qui ne se connaissent pas. Et pourtant, ils vont tous deux, presque au même moment, en ce début des années 1970, être les révélateurs d'une véritable révolution anthropologique qui affirme que le bébé est un être humain dès son apparition au monde. Ils affirment que les nouveau-nés sont capables de ressenti dès la naissance, allant à l'encontre de la croyance persistante qui la nie. Tous deux accusent le monde médical – auquel ils appartiennent – de maltraitance envers les nouveau-nés et les nourrissons. Ils affirment que le petit d'humain est un être à part entière, émotionnellement compétent et doté d'une capacité de mémoire de son vécu affectif et sensoriel. Ils ont en commun l'expérience vécue en tant qu'accoucheur, l'expérimentation, l'observation attentive et, aspect très important, une expérience de cure psychanalytique.

Mais qui sont ces hommes si radicalement en opposition avec la doxa médicale de leur époque ? Comment en sont-ils venus à être les chevilles ouvrières de la création du nouveau statut du nouveau-né qui prévaudra quelques décennies plus tard ?

Bernard This : le précurseur du « changer la naissance pour que le monde change »

Bernard This est le premier médecin français à publier un ouvrage consacré au rôle que joue le nouveau-né dans le processus de la naissance et à mettre en avant la maltraitance dont ce dernier est victime. Déjà en 1960 il publie *La psychanalyse, science de l'homme en devenir*<sup>162</sup> dans lequel il évoque l'importance d'accueillir le nouveau-né avec humanité, mais c'est en 1972 que sort son livre *Naître*<sup>163</sup> qui aborde la naissance sous un angle nouveau : il y fait pour la première fois la différence entre l'*accouchement* tel que vécu par la mère et la *naissance* dans laquelle le bébé est actif. L'ouvrage – très psychanalytique – reste confidentiel, puisqu'il n'est lu, selon les propos mêmes de son auteur, que par quelques-uns de ses collègues psychanalystes<sup>164</sup>... Pour comprendre le cheminement qui a conduit cet homme à considérer le nouveau-né d'une façon si nouvelle à une époque où le monde médical n'y était pas disposé, reprenons son parcours professionnel et intellectuel. Il est en effet très éloquent sur le contexte de l'époque qui a reçu les toutes premières graines du changement qui révolutionnera la représentation du nouveau-né dans les décennies suivantes. Cette biographie est issue d'un échange privé réalisé en septembre 2010 lors du colloque de la Société d'Histoire de la Naissance « Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui » puis d'un entretien filmé, réalisé le 17 janvier 2011 par Marie-France Morel et Paul Cesbron pour le fonds d'archives de la Société d'Histoire de la Naissance (SHN), film non distribué qui m'a été confié par ses auteurs (ce dont je tiens à les en remercier chaleureusement).

Bernard This est né en 1928 en Meurthe-et-Moselle et suit ses études médicales à Nancy. Il y apprend avant tout, explique-t-il, que le corps serait une entité sécable et mesurable sans que jamais la notion de psychisme ne soit abordée ; conformément à la pensée dominante de l'époque, le bébé lui est présenté comme un être sourd, aveugle et insensible. Lors d'un remplacement de médecine générale en 1951, le tout

---

<sup>162</sup> THIS, Bernard. *La psychanalyse, science de l'homme en devenir*. Paris : Casterman, 1960, 313 p.

<sup>163</sup> THIS, Bernard. *Naître*. Paris : Aubier-Montaigne, 1972, 320 p.

<sup>164</sup> Entretien privé, septembre 2010.

jeune médecin qu'il est vit un événement qu'il considère comme fondateur de sa prise de conscience : une femme accouche dans son cabinet et le nouveau-né qui arrive est calme et tranquille, ce qu'il n'avait jamais imaginé possible au vu de ses expériences passées en stage hospitalier.

Il se passionne dès 1952 pour l'Accouchement Sans Douleur (ASD) qui révolutionne l'obstétrique et déchaîne les passions, et se rend aux Bluets<sup>165</sup>, berceau de l'implantation de la méthode, voir ce qu'il s'y passe... Bien que subjugué par ce qu'il voit, il est cependant frappé par le manque d'égards pour le nouveau-né. Pour lui, ASD ou non, rien n'a changé pour le bébé.

Dans la même période, il découvre la revue *Psyché*<sup>166</sup> qui est pour lui une révélation. Il se passionne alors pour l'hypnose, découvre la psychanalyse et, désireux de faire une cure analytique, « monte » à Paris pour y trouver un psychanalyste, car il n'en existait pas à Nancy.

Nous sommes en 1953. Bernard This suit son analyse sur le divan d'André Berge et travaille dans le service d'obstétrique de l'Hôpital Foch à Suresnes où il prône l'ASD de Fernand Lamaze, en oubliant provisoirement l'expérience qu'il avait vécue, de ce bébé né dans son cabinet de généraliste. Ce qui le séduit dans la méthode de Lamaze, c'est avant tout l'intégration du père à l'accouchement « *au cœur de cette civilisation dans laquelle le bébé est l'objet électif de la seule passion maternelle* ». Cette volonté farouche de permettre aux pères d'entrer en salle d'accouchement associée à son intérêt de plus en plus affiché pour la psychanalyse ne le rend pas populaire au sein du Conseil de l'Ordre des médecins, qui finira par le considérer comme indésirable dans la maternité. « *Viré* » commente-t-il. Les autorités considèrent en effet les pères comme dangereux pour la propreté des lieux comme pour la vertu des élèves sages-femmes...

---

<sup>165</sup> Les Bluets, Clinique des Métallurgistes, où le Docteur Fernand LAMAZE expérimente en 1951 la méthode de l'Accouchement Sans Douleur observée en URSS.

<sup>166</sup> *Psyché : Revue internationale des Sciences de l'homme et de psychanalyse*. Paris. Publiée de 1956 à 1963.

À cette époque, les nouveau-nés sont systématiquement séparés des mères au moment de la naissance et placés sous l'autorité d'un personnel féminin « *qui se rit de toute humanité* ». Les mères sont interdites de tout contact avec leur bébé, placé en nursery pour la nuit. Les bébés hurlent sans que les nurses y prêtent aucune attention... Bernard This reçoit un matin le témoignage d'une mère qui n'a pas eu le droit de mettre son enfant au sein. Il est ulcéré et décide d'« *appeler les femmes à la révolte* ».... C'est trop tôt pour l'époque, sa voix n'est pas encore entendue.

Son orientation psychanalytique le rend rapidement critique envers l'ASD, ce qu'il exprime en 1963 lors d'un débat organisé à Nancy par la Société Française de Psychoprophylaxie Obstétricale : « *J'ai juste pu dire que le chien de Pavlov n'expliquait pas la psychologie féminine, on m'a coupé le micro sans autre forme de débat...* ». De toute façon, l'absence de considération pour le nouveau-né dans l'ASD le préoccupait depuis déjà plusieurs années. Sa conscience est simplement réveillée par le spectacle, insupportable pour lui, du traitement du bébé dans le film de 1957 « *Le cas du Docteur Laurent* »<sup>167</sup> dans lequel Jean Gabin, tenant le rôle d'un accoucheur pourtant bienveillant, saisit l'enfant par la tête. Cette attitude est interprétée comme maltraitante par Bernard This. Il ne tolère plus qu'on néglige autant la vie sensorielle et affective du bébé et décide de lutter pour « *que le monde change* ». Il s'engage – entre autres – aux côtés de Françoise Dolto, son amie, dans sa consultation de l'hôpital Trousseau et assiste à son séminaire sur les dessins d'enfants.

Les années 1970 seront riches d'engagements et de rencontres : outre la sortie de son livre *Naître* de 1972 dont nous avons précédemment parlé, Bernard This côtoie Marie-Claire Busnel, chercheuse sur la sensorialité du tout petit à l'INRA<sup>168</sup>, Franz Veldman, fondateur de l'haptonomie, Danièle Rapoport, psychologue qui lui fait découvrir le livre de Frédéric Leboyer, « *Pour une naissance sans violence*<sup>169</sup> ». Bernard This invitera Leboyer à un rapprochement, mais ce dernier sera, selon This,

---

<sup>167</sup> LE CHANOIS, Jean-Paul. *Le cas du docteur Laurent*. Production: Cocinor. France, 1957.

<sup>168</sup> Laboratoire de physiologie acoustique de l'Institut National de la Recherche Agronomique.

<sup>169</sup> LEBOYER, Frédéric. *Pour une naissance sans violence*. Paris: Seuil, 1974, 159 p.



peu enclin à la collaboration et de plus abandonnera l'obstétrique à peine son ouvrage publié. Cette même année 1974, Bernard This, Etienne Herbinet, Michel Odent, Danièle Rapoport et Marie-Claire Busnel créent le Groupe de Recherche et d'Étude sur le Nouveau-Né (GRENN), déclenchant l'hostilité véhémente du monde médical institutionnel mené par Alexandre Minkowski. Une guerre idéologique est déclarée, les médecins adeptes de la « technicisation », portés par Minkowski et les pouvoirs politiques – soutenus par le conseil de l'Ordre de l'époque – seront d'une rare violence envers les « transgressifs », porteurs d'un message de valorisation de la sensorialité du nouveau-né et considérés comme opposés à la prouesse technique qui, elle, la nie.

Durant les années 1980 et jusqu'à ce jour, Bernard This sera un fervent adepte de l'haptonomie et de l'ostéopathie qu'il vient de découvrir. Pour lui, l'enfant est actif, se fait naître lui-même et l'utérus maternel se contente de l'« excorporer »...

Pour This, le gouffre idéologique qui l'oppose à la doxa médicale repose sur le fait que la conception de la pensée et de la pratique médicale néglige l'affectif, au profit de la pure matérialité. Et cela, il ne peut l'accepter.

Frédéric Leboyer : le plaidoyer médiatique pour une naissance sans violence

Le parcours de Leboyer est plus difficile à retracer ; secret, il a fait le choix de se retirer du monde public et est peu enclin à se livrer sur le parcours professionnel et personnel qui l'a conduit à devenir le porte parole de la Naissance sans violence. C'est grâce à des entretiens avec les rares personnes qui l'ont approché durablement que j'ai pu retracer cette modeste biographie, très partielle, suffisant toutefois à entrevoir le cheminement qui a mené à sa prise de position en faveur du nouveau-né. Je tiens donc à remercier tout particulièrement Danielle Rapoport, sa collaboratrice psychologue de l'époque ainsi que Franck Cuvelier, cinéaste ayant réalisé la seule interview que Leboyer ait acceptée de livrer depuis de très nombreuses années, pour avoir accepté de répondre à mes questions.

Frédéric Leboyer est né à Paris en 1918. C'est un médecin, chirurgien gynécologue obstétricien qui exerce après la Seconde Guerre mondiale dans une clinique parisienne huppée dans laquelle il est économiquement impliqué en tant

qu'associé. Le projet économique de l'établissement l'oblige à travailler beaucoup, organisant une gestion très « efficace » des accouchements. À l'époque, il ne semble pas avoir conscience de ce que « naître » signifiera plus tard à ses yeux. Puis c'est le burn out... Il fait un malaise et le collègue cardiologue de sa clinique ne lui donne comme alternative que de cesser ce rythme infernal ou mourir... Leboyer quitte tout, part en Inde où il s'initie au yoga, à la musique, au chant et revient profondément transformé par sa rencontre avec le gourou hindou Svâmi Prajnâpad, personnage fascinant qui s'est par ailleurs intéressé aux écrits de Freud en 1920 à Bénarès. À son retour, fortement marqué de la spiritualité enseignée par son Maître qui a bouleversé sa façon d'être au monde, il travaille de nuit – afin de jouir de toute autonomie – dans deux petites cliniques parisiennes dans lesquelles il réalise 1 000 accouchements en remettant en cause tout ce qui faisait la doctrine médicale de l'époque qu'il avait auparavant embrassée : pénombre, silence, accueil du bébé. Considérant l'enfant – et non plus la femme – comme étant l'acteur principal de la naissance, il oriente toute sa pratique vers le respect de ce petit humain qu'il considère désormais comme une victime sensible et consciente de la maltraitance des accoucheurs et de la société dans son ensemble :

« Si notre naissance avait été changée, c'est-à-dire si nous avions été reçus, rencontrés comme il faut, non pas comme des objets mais des êtres, tout le déroulement de notre vie en serait changé. Ce n'est pas la femme qui accouche, c'est l'enfant qui naît (...) C'est la sécrétion hormonale chez le fœtus qui provoque la naissance (...) la femme ne peut que contribuer. C'est une aventure qui se joue à deux »<sup>170</sup>

Riche de ces observations de naissances « différentes », il publie en 1974 *Pour une naissance sans violence*<sup>171</sup>. Son livre rencontre un succès public remarquable, grâce – aussi – aux photos de visages de nouveau-nés qui illustrent son propos. Pour

---

<sup>170</sup> Interview de Frédéric LEBOYER dans le film de CUVELIER, Franck. *La naissance, une révolution !* Film documentaire produit et distribué par la Cie des Phares et Balises, France, 2012.

<sup>171</sup> LEBOYER, Frédéric. *Pour une naissance sans violence*. Paris: Seuil, 1974, 159 p.

la première fois, les pratiques ancestrales de manipulations du nouveau-né sont critiquées et remises en causes ; selon Leboyer, il est nécessaire d'accueillir le bébé, de le mettre en contact avec la peau de sa mère immédiatement à la naissance, de ne pas couper le cordon ombilical trop vite et de limiter les soins à un bain qu'il donne lui-même à l'enfant... Il faut cultiver le bien, c'est à dire, dit-il, l'Amour :

« Quand j'ai publié « Pour une naissance sans violence », le public a parlé de « la méthode Leboyer » comme d'une recette, d'un truc. Mais ce n'est pas une recette. La recette rassure dans le temps, mais elle vous prive de la création. Or, il faut tout inventer. Ce livre ne parlait pas d'accouchement : il contait l'aventure de la naissance. Leboyer, ce n'est pas une méthode, ce n'est pas l'eau chaude, le bain, les massages, etc. C'est l'amour ! C'est ce qui fait que tout d'un coup on aime et on sait qu'on est aimé de retour. Voilà ce que je voudrais faire comprendre.»<sup>172</sup>

Les médecins institutionnels – Alexandre Minkowski en tête – se déchaînent contre Leboyer, allant jusqu'à l'accuser publiquement de provoquer la mort de femmes et d'enfants par sa négligence et sa négation de l'utilité impérative de prendre médicalement et techniquement en charge les tout nouveau-nés...

Mais la révolution est désormais en marche, de nombreux couples et sages-femmes se saisissent de cette « méthode Leboyer » qui arrive à point nommé dans un contexte social favorable : mai 68 a ouvert la porte à la revendication du changement, les couples commencent à oser imposer leurs désirs face à un monde médical qui perd doucement de sa toute puissance, les arguments valorisant le « naturel » commencent à être plébiscités en même temps que la mortalité néonatale diminue... Les sages-femmes, nous y reviendrons, voient pour certaines dans cette pratique un moyen de se réapproprier un peu de la reconnaissance et de l'autonomie

---

<sup>172</sup> Interview de Frédérick LEBOYER dans le film de CUVELIER, Franck. *La naissance, une révolution !* Film documentaire produit et distribué par la Cie des Phares et Balises, France, 2012.

professionnelle qu'elles viennent de perdre avec leur migration massive du libéral vers le salariat imposée par les nouvelles politiques de santé sécuritaires<sup>173</sup>. De plus, les luttes féministes pour le droit à contraception ont abouti depuis 1967, et l'interruption volontaire de grossesse sort de la clandestinité en 1975, laissant ainsi le champ libre à de nouvelles préoccupations directement liées, cette fois, à la mise au monde. L'ASD quant à lui est de plus en plus critiqué et s'essouffle peu à peu dans ces temps de popularité grandissante de la psychanalyse qui s'oppose à cette méthode. C'est l'amorce d'une nouvelle ère, tournée désormais avant tout vers le nouveau-né. Le glissement « de la cause des femmes à la cause des enfants<sup>174</sup> » est engagé.

*Pour une naissance sans violence* Frédérick Leboyer, p. 8

Faut-il pleurer?

Oui.

De tant d'aveuglement.

Ce même aveuglement qui empêchait de comprendre la souffrance de la mère et faisait de l'accouchement un calvaire.

« Tu accoucheras dans la douleur. »

La vieille malédiction a vécu, le Ciel en soit loué.

Mais la naissance est là,  
et son fardeau de misères.

N'est-il pas temps de faire pour l'enfant  
ce qu'on a eu le bonheur de faire  
pour sa mère ?

---

<sup>173</sup> Le décret du 21 février 1972 (décret DIENECH) applicable aux cliniques privées d'accouchement imposait des normes très détaillées pour les locaux et le plateau technique, et a ainsi provoqué la fermeture de nombreuses cliniques dans lesquelles les sages-femmes exerçaient en toute autonomie.

<sup>174</sup> Expression empruntée à la sociologue Sandrine Garcia dans son ouvrage éponyme : GARCIA, Sandrine. *Mères sous influence : de la cause des femmes à la cause des enfants*. Paris : la Découverte, 2011, 382 p.

Michel Odent : l'aventure de Pithiviers, du ressenti à la théorie

Le docteur Michel Odent est né en 1930 dans l'Oise. Il se forme à la chirurgie dans les années 1950 et pratique les césariennes entre autres interventions d'urgence à l'hôpital de Tizi Ouzou où il est en poste pendant la guerre d'Algérie. De retour en France en 1962, il prend la direction du service de chirurgie de l'hôpital de Pithiviers dans le Loiret. Formé à la toute nouvelle technique de césarienne, il est rapidement sollicité par les deux sages-femmes du service pour pratiquer cet acte lorsque cela s'avère nécessaire. Très vite, il s'occupe de la petite maternité qui accueille 200 accouchements par an, prenant l'habitude d'observer les femmes en travail, d'écouter leurs peurs et leurs inhibitions à l'entrée à l'hôpital ; il questionne les sages-femmes sur leurs pratiques qui bien souvent ont pour seule réponse « *c'est ce qu'on nous a appris à l'école* ». Puis arrive le livre de Leboyer, qui pour lui est une révélation.

Forte de ces remises en questions et de ces observations, la petite équipe modifie ses pratiques selon les conseils trouvés dans le livre et le film de Frédérick Leboyer. Dès le début de 1974, ce qu'il nomme « l'expérience » débute :

« Nous nous efforcions d'éviter les gestes inutiles capables d'entraver l'établissement de la relation parents enfant et de supprimer le traumatisme post-natal artificiellement, gratuitement surajouté dans le contexte habituel des salles de travail. Pour cela nous éliminions toute source lumineuse superflue et nous observions un silence presque absolu. L'habitude de respecter un cordon encore pulsatile était renforcée, de même que l'habitude de placer d'emblée le nouveau-né sur le ventre de sa mère ; (...) Au début nous ne résistions pas à la tentation d'aspirer d'emblée et systématiquement les voies aériennes supérieures même lorsque la condition respiratoire était de toute évidence

excellente. Cette aspiration précédait les massages dorsaux lents et forts enseignés par Leboyer.»<sup>175</sup>

Dans ce premier ouvrage, Michel Odent fait référence au grand précurseur qu'est Bernard This et à l'incontournable fondement psychanalytique de l'intérêt pour le tout petit, seule discipline à avoir « *de par la nature même de son objet, pour raison d'être l'importance de la prime enfance*<sup>176</sup> ».

Convaincu du caractère inhibant de l'atmosphère hospitalière pour les femmes en travail, il crée en 1976 un espace dépourvu de matériel technique visible et de mobilier conventionnel, dévolu à l'accouchement naturel. Il l'appelle la « salle sauvage », et prône la création d'un environnement dans lequel « *rien n'est interdit* », encourageant l'expression des sensations et des sentiments et la liberté de position des femmes pour la mise au monde de leur enfant. Il expérimente de nombreuses pistes, comme les rencontres entre femmes enceintes invitées à chanter autour du piano installé pour l'occasion, l'accouchement dans l'eau grâce à une piscine de jardin gonflable installée dans la salle sauvage... Le succès est énorme : des 200 naissances annuelles au début des années 1970, Pithiviers passe en 1977 à plus de 1 000 couples accueillis. Inconnu comme obstétricien – et pour cause, il ne l'est pas –, Michel Odent jouit d'une grande liberté pour créer et expérimenter, « *bricolant* » avec les sages-femmes et les couples des innovations non onéreuses : « *ce sont des patientes qui ont installé la salle sauvage, en amenant du mobilier, et nous nous sommes cotisés pour acheter le piano d'occasion et la piscine gonflable. C'était l'après 68, l'esprit était propice à cela*<sup>177</sup> ».

Très vite, Odent tente de rationaliser par la preuve scientifique ses observations et les résultats de ses expériences ; en 1976, il écrit :

---

<sup>175</sup> ODENT, Michel. *Bien naître*. Paris : Seuil, 1976, 154 p.

<sup>176</sup> *ibid.*

<sup>177</sup> CESBRON Paul ; MOREL Marie-France. *Entretien filmé de Michel ODENT*. Production : Société d'Histoire de la Naissance. France, le 10 avril 2011.

« Leboyer, poète accoucheur, a suivi une démarche sensible. Notre projet est de passer d'une connaissance sensible à une connaissance rationnelle qui doit guider la pratique quotidienne et rester constamment sous son contrôle »<sup>178</sup>.

Michel Odent devient alors le porteur de la valorisation du « naturel », théorisant les perturbations induites par « l'homme technologique » sur le milieu et sur les humains, appelant à changer le monde en changeant les conditions de la naissance. En 1979, il publie *Genèse de l'homme écologique : l'instinct retrouvé*<sup>179</sup> dans lequel il poursuit son éloge de Leboyer, fait toujours référence à This, Reich, Freud mais aussi à Mao et Ilich. Sa dédicace est révélatrice du rôle primordial qu'il attribue au moment de la naissance :

*« à toutes les sages-femmes :  
Leur devoir est de prendre conscience de leur pouvoir de  
créer un autre monde »*

La théorie qu'il défendra dès les années 1980 – et qu'il continue de prôner lors de son installation au Royaume-Uni – prend racine : pour accoucher, la femme doit se déconnecter de son cerveau « raisonnable », le néocortex, afin de convoquer le seul cerveau limbique ou reptilien responsable de l'instinct naturel, animal. Pour cela, nul ne doit intervenir dans le processus de la mise au monde, la seule action possible étant l'instauration d'une atmosphère favorable à l'abandon total de la femme à son attitude archaïque. Le père sera donc finalement peu ou prou écarté du processus et le bébé valorisé en tant que « naturellement » et « instinctivement » capable à la naissance<sup>180</sup>. Il se différencie ainsi de ses prédécesseurs, accordant autant d'importance à la femme qu'à l'enfant. Son désir de théoriser par la preuve

---

<sup>178</sup> ODENT, Michel. *Bien naître*. Paris : Seuil, 1976, 164 p.

<sup>179</sup> ODENT, Michel. *Genèse de l'homme écologique : l'instinct retrouvé*. Paris : Epi, 1979, 179 p.

<sup>180</sup> Voir par exemple : ODENT, Michel. *Votre bébé est le plus beau des mammifères*. Paris : Albin Michel, 1990, 45 p.

scientifique reste intacte encore aujourd'hui : ses ouvrages sont tous nourris de références à des études hormonologiques et neurobiologiques.

À l'origine, comme ce fut le cas pour ses éminents collègues, Michel Odent fut très controversé, combattu même par la majorité du corps médical institutionnel. Transgressif, il remettait lui aussi en question les nouvelles normes techno-centrées de l'obstétrique et de la pédiatrie moderne. Mais la « bulle » de Pithiviers, comme la « méthode Leboyer », connut un succès populaire majeur en dépit des attaques et des menaces proférées par les tenants de la doxa médicale du moment.

Au total donc, trois figures marquantes en un laps de temps très court : 1972, 1974 et 1976, trois médecins, dont deux au moins clairement influencés par la psychanalyse, tous remettant farouchement en question l'emprise médicale sur les corps des nouveau-nés.

### *L'invitation au contact mère-enfant : la voix des psychanalystes*

Comme nous l'avons évoqué, l'influence de la psychanalyse est essentielle chez les médecins « transgressifs » qui ont initié ce changement de paradigme anthropologique ; la plupart d'entre eux a suivi une cure analytique, et ceux qui ne l'ont pas fait se réfèrent malgré tout aux auteurs qui ont théorisé la primauté de la toute petite enfance sur la psyché humaine. Parmi les nombreuses références utilisées par les médecins nommés ci-dessus, nous en citerons quelques-unes qui nous ont semblé fondatrices dans le domaine de notre recherche, à savoir la conception du nouveau-né comme un être humain total et sensible appelant pour sa construction un contact symbolique mais également physique entre la mère et son bébé. Nous ne prétendons bien entendu à aucune exhaustivité, bien impossible au regard de la richesse du corpus de professionnels recensés.



De grands ancêtres de la théorisation de l'organisation psychique du nouveau-né : Mélanie Klein et Donald Winnicott.

Au cours du XXe siècle en Occident – principalement en Angleterre où ils se sont tour à tour installés pour fuir l'antisémitisme –, des psychanalystes théorisent l'importance de la proximité physique entre le nourrisson et sa mère.

Mélanie Klein est une psychanalyste austro-hongroise née en 1882, élève de Ferenczi qui avait initialement évoqué l'« infant » – l'enfant avant la parole –. Elle propose dès 1932<sup>181</sup> une analyse de la psyché dans sa dimension archaïque et utilise les soins maternels comme éléments déterminants pour la construction psychique, en les qualifiant d'« expériences suffisamment bonnes ». Première psychanalyste à avoir envisagé l'organisation psychique du nouveau-né et à s'être intéressée à la psychanalyse du petit enfant, c'est de ses travaux que s'inspire le pédiatre britannique Donald Winnicott en 1949 pour élaborer sa théorie de la « good enough mother », fondatrice d'un de nos principaux regards contemporains sur la relation mère-bébé. Cette théorie s'appuie sur la nécessité du contact physique entre la mère et l'enfant par ce que Winnicott nomme le « holding » – le fait de tenir, de contenir par les soins, le bercement – et surtout le « handling » – la manipulation physique du bébé – qui permettent à l'enfant d'avoir le sentiment d'habiter son corps, ou, en termes plus spécifiques, qui font que la psyché s'installe dans le soma.

D'Esther Bick à Didier Anzieu, l'affirmation de l'importance du toucher

Une des étapes majeures de cette inspiration psychanalytique est sans doute le travail d'Esther Bick précédant celui de Didier Anzieu.

Le toucher des corps est un sujet fort débattu dans le monde psychanalytique. La concomitance de l'élaboration de la théorie du Moi-peau de Anzieu dès 1974<sup>182</sup> avec le développement des arguments et pratiques de valorisation du toucher dans le soin au nouveau-né ne peut, à mon sens, être négligée.

---

<sup>181</sup> KLEIN, Melanie. *Die Psychoanalyse des Kindes*. Wien : Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1932 ; *The Psycho-Analysis of Children* (trad. A. Strachey), Londres: Hogarth Press an institute of Psycho-Analysis, 1932, 1937, 1949 (*N. du T.*)

<sup>182</sup> ANZIEU, Didier. Le Moi-peau. In *Nouvelle Revue de psychanalyse*, N°9, Paris : Gallimard, 1974, p. 195-208.

Esther Bick est une psychanalyste juive polonaise née en 1902 ; après des études de psychologie à Vienne, elle s'exile en Angleterre en 1938 et débute une première analyse auprès de Michael Balint. Elle met en place son innovant dispositif d'observation psychanalytique du bébé – toujours utilisé actuellement – puis suit une seconde analyse auprès de Mélanie Klein. Elle impose en outre l'idée que, dans les premières semaines, le bébé n'a qu'un moyen pour survivre : coller et adhérer à sa mère, physiquement. Être tenu dans les bras de la mère permet, selon Esther Bick, d'acquérir une toute première identité, adhésive. Sans ce « collage » dit-elle, on « tombe en morceaux ».

Dans cette conception, l'Individu est constitué d'un corps physique, d'un corps psychique et d'un inconscient. Depuis les travaux de Mélanie Klein, le nouveau-né est d'emblée concerné par cette présentation. Pour Didier Anzieu, psychologue et psychanalyste français né en 1923, la peau est la surface qui contient et qui permet par ailleurs les interactions avec l'extérieur. Cette enveloppe contenant qu'il appelle le Moi-peau se constitue grâce au contact mère-bébé, dont la qualité va permettre l'agrégation de l'inconscient, du corps physique et du corps psychique, établissant l'Individu comme un tout. Le toucher dispensé lors des soins maternels répétés et réguliers est alors doté d'une importance majeure, cette expérience tactile étant considérée comme responsable de l'élaboration des premières enveloppes du Moi, tant physiques que psychiques. La valeur des échanges entre la mère et son nourrisson est étayée par la qualité de la présence qui les accompagne et cet élément est considéré comme indispensable à la construction de l'Individu. Dominique Cupa donne une explication du Moi-peau tel qu'il a été conceptualisé par Didier Anzieu :

« Le Moi-peau est une enveloppe de maternage. Dès la vie intra-utérine lors de laquelle s'ébauche le système perception conscience du nourrisson, l'utérus maternel est vécu comme le sac qui maintient des fragments de conscience. Le pare excitant est constitué par le ventre maternel et un champ de sensibilité commun au fœtus et au nourrisson se développe. D'où la nostalgie du retour in utero vers une sorte de bien-être permanent.

Puis, la mère « enveloppe » le nourrisson de ses soins, en s'efforçant de satisfaire les besoins psychiques et physiques de celui-ci. Si elle y a réussi, le nourrisson intériorise cette mère suffisamment bonne. Il acquiert les expériences sensorielles de la peau comme surface à l'occasion des contacts, du corps à corps avec sa mère dans une relation sécurisante avec elle. Sur cette surface peuvent alors être perçus par le bébé les orifices permettant le passage dans le sens de l'incorporation ou dans celui de l'expulsion. Ce sentiment de base procure les sensations d'intégrité corporelle et permet aussi une différenciation dedans/dehors et une différenciation du moi avec son pôle pulsionnel. Le Moi-peau est la capacité du Moi à se figurer à partir des expériences sensorielles de la peau. »<sup>183</sup>

Ainsi, au delà de la métaphore, ces psychanalystes ont-ils insisté sur le toucher comme élément indispensable à la construction du petit humain. Il est nécessaire pour humaniser un être dès sa vie fœtale. L'accompagner dès sa naissance, pour lui permettre l'accession à une harmonie entre sa psyché et de son soma, condition d'une vie équilibrée. Les premiers médecins à s'être investis à la fois dans le toucher et la promotion de la non-violence due au nouveau-né sont en effet des hommes sensibilisés à ces thèses psychanalytiques, où le rapport physique est une notion très présente.

Au cours des années 1970, plusieurs acteurs se sont donc éveillés à cette nouvelle approche du nouveau-né, sans être pour autant en lien direct ni avoir connaissance de leurs travaux respectifs. Plusieurs graines ont ainsi germé en même temps, provenant de la médecine, de l'éthologie, de la psychologie, de la psychanalyse, des neurosciences, consolidant les fondations discrètement ébauchées dans les années 1960.

---

<sup>183</sup> CUPA, Dominique. Une topologie de la sensualité : le Moi-peau, *Revue française de psychosomatique* 2006/1 (n 29), p. 83-100.

### *Des fourmis porteuses du changement: les sages-femmes*

Les années 1970 marquent l'exode des sages-femmes du libéral vers le salariat. Jusque-là majoritairement autonomes, elles exercent pour bon nombre d'entre elles au sein des petites cliniques qui se sont multipliées depuis le boom de la natalité d'après-guerre. Le contexte change radicalement avec la politique du gouvernement post 1968. Le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale s'attaque à des réformes sanitaires, décidant en 1971 que la priorité des priorités concerne la naissance. En effet, les progrès techniques permettent à de jeunes obstétriciens comme Claude Sureau et Émile Papiernick de faire progresser visiblement le dépistage et les explorations en obstétrique ; ils réalisent des travaux sur le diagnostic intra-utérin et la prévention de la prématurité, et leur objectif déclaré est de réduire la mortalité infantile afin « de classer la France au premier rang mondial pour la sécurité de la grossesse et de l'accouchement ». À la même époque, nous l'avons vu, la néonatalogie fait d'immenses progrès dans le sauvetage des enfants nés prématurément, et c'est donc portés par ces succès et ce grand espoir que les politiques publiques, conseillées par ces médecins, vont décider du premier plan de périnatalité. Pour parvenir à cet ambitieux résultat, les réformes sont multiples : former plus d'obstétriciens, créer l'enseignement de médecine périnatale, observer les pratiques médicales des maternités, créer des informations statistiques sur la grossesse et l'accouchement, promouvoir les recherches épidémiologiques, intensifier la surveillance prénatale et diriger les grossesses à haut risque systématiquement vers des centres spécialisés, rénover les maternités en imposant des normes de matériel et de personnel afin d'établir une surveillance intensive des accouchements, créer de nouveaux centres de réanimation néonatale. De nouveaux textes, en 1975, améliorent la protection de la femme enceinte par l'instauration de congés spécifiques en cas de pathologie de la grossesse et l'Interruption Volontaire de Grossesse est légalisée.

Les pratiques de prise en charge changent radicalement dès 1972<sup>184</sup> et de nombreuses petites maternités, n'ayant pas les moyens de se mettre aux normes, ferment leurs portes (47 % des 1747 maternités de France métropolitaine possédaient moins de 15 lits d'hospitalisation en 1972<sup>185</sup>). Le personnel soignant, ainsi que les sages-femmes, sont contraints de se diriger vers le salariat dans les grands centres hospitalo-universitaires où le nombre d'accouchements augmente rapidement, provoquant des difficultés de fonctionnement par manque d'anticipation de ce flux massif de patientes. La médicalisation de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né bat son plein.

Comme nous l'avons évoqué, ce contexte est difficile pour beaucoup de sages-femmes, dont le savoir est soudain dédaigné et disqualifié par la valorisation de l'usage grandissant de la technologie et leur subordination à des médecins obstétriciens. Ce sont d'ailleurs elles, bien que dans l'ombre des « grands patrons », qui gèrent en fourmis valeureuses les grands services de maternité. Elles gèrent les services et travaillent sans relâche dans les salles d'accouchement dans l'ombre de leurs « patrons » pour faire « tourner la boutique<sup>186</sup> », devant se conformer à la technicisation grandissante des accouchements. Certaines trouvent une satisfaction à participer à ce grand élan de progrès technique et médical, d'autres y perçoivent une perte du caractère humain de leur profession.

Rien de bien étonnant que dans ce contexte des sages-femmes s'emparent des nouvelles « méthodes » prônées par le mouvement marginal qui s'oppose à la technicisation de l'accouchement : elles y trouvent un moyen de réhabiliter leur savoir propre et, souvent choquées par les contraintes systématiquement imposées aux femmes et aux nouveaux-nés, choisissent pour certaines de s'inscrire dans la transgression présente dans la seconde moitié des années 1970. Ce sont elles, par exemple, qui vont être les ambassadrices de la « méthode Leboyer » à la maternité

---

<sup>184</sup> RUMEAU-ROUQUETTE, Claude. L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°1, 2004. Naître en France et au Québec. pp. 57-68.

<sup>185</sup> Source DRESS.

<sup>186</sup> Entretiens privés réalisés auprès de sages-femmes hospitalières exerçant entre 1965 et 1990 en CHU parisiens.

des Lilas : Jeanne Boutin, Chantal Birman, Chantal Verdière, Maggie Bié et une auxiliaire puéricultrice, Suzanne Compoint, accueillent avec enthousiasme les demandes de couples désireux que leur enfant naisse dans les conditions d'accueil décrites par Leboyer. Un premier couple déterminé arrive donc avec une baignoire, la laissant pour les suivants<sup>187</sup>...

Le contexte économique favorable et les objectifs des politiques de santé publique n'imposent pas de restrictions budgétaires majeures aux grands services de maternité, qui développent sans compter les usages de techniques et de matériel. Les premiers résultats en terme d'indicateurs de santé encouragent à la poursuite de cet élan : la mortalité périnatale passe de 21,3 ‰ en 1972 à 12,3 ‰ en 1981 ; au cours de cette période la prématurité recule de 8,2 % à 5,6 %<sup>188</sup>. Ce n'est qu'en 1984, avec un recul de plusieurs années, que l'euphorie retombera un peu en mettant en évidence que la diminution de la prématurité tient plus à l'augmentation des consultations prénatales qu'à une prouesse technologique et que la fréquence des enfants atteints de handicap cérébral sévère n'a, lui, aucunement diminué. Cette stagnation est attribuée à l'augmentation de la survie des grands prématurés, c'est le revers de la médaille.

Parallèlement à cette tendance majoritaire, les graines de la transgression sont semées et, bien que marginal, le mouvement d'opposition à la nouvelle norme de gestion médicale des corps est né, n'attendant qu'un contexte favorable pour se consolider. C'est ce qui va se produire dans la décennie suivante avec – entre autres raisons – l'aboutissement des recherches scientifiques sur la sensorialité du nouveau-né, confirmant les intuitions des précurseurs et abreuvant de légitimité l'attention toute nouvelle portée à l'affectivité du tout petit.

---

<sup>187</sup> Entretien privé avec Chantal BIRMAN, 26 décembre 2016

<sup>188</sup> RUMEAU-ROUQUETTE, Claude ; DU MAZAUBRUN, Christiane ; RABARISON Yvon. *Naître en France, 10 ans d'évolution*. Paris : INSERM-Doin, 1984.

## **La rupture des années 1980 : une résistance qui s'organise**

### ***La reconnaissance de la sensorialité du bébé***

Les années 1980 vont indéniablement marquer un tournant dans la représentation du nouveau-né, du moins en dehors du monde des médecins spécialistes : l'aboutissement des travaux sur la sensorialité des nouveau-nés et des fœtus initiés dès la fin des années 1960 par des chercheurs – non médecins – en neurosciences et en éthologie vont être déterminantes à cet égard. Le corps médical reste longtemps sourd à ces découvertes, et pour cause. Ces chercheurs se placent d'emblée dans l'optique d'une collaboration avec les « transgressifs », qui diffusent et défendent ces découvertes allant dans le sens et légitimant leurs propres observations cliniques. C'est dans ce contexte que le GRENN (Groupe de Recherche et d'Étude sur le Nouveau-Né dont nous avons déjà parlé) édite en 1981 *l'Aube des sens, ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales*<sup>189</sup>. Des articles de chercheurs en histologie, embryologie, physiologie acoustique, ethnologie et biologie y rivalisent afin d'apporter la preuve scientifique que le nouveau-né – et même le fœtus – est un être sensible et réactif. Le chapitre sur le toucher est cependant étonnamment peu fourni : les auteurs notent en préambule que malgré la certitude scientifique avérée selon laquelle le toucher est le tout premier sens qui se développe chez l'embryon – à 2 mois de vie embryonnaire exactement –, ils n'ont trouvé aucun physiologiste pour fournir un article étayant cette réalité :

« Nous n'avons malheureusement pas trouvé un physiologiste prêt à nous détailler dans un article le développement embryo-fœtal du sens tactile et l'importance de ses stimulations pour son épanouissement.

Les articles qui suivent ne sont pas des études techniques mais envisagent la peau et le tact d'un autre point de vue : en tant que moyen de contact, de rencontre, de communication

---

<sup>189</sup> BUSNEL, Marie-Claire ; HERBINET, Étienne (Dir.). *L'aube des sens: ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales*. Paris : Stock, 1981, 414 p.

avec les autres (...). Le toucher aussi n'est pas neutre ; par lui passe la tonalité de nos émotions, de nos intentions. Le contact peut-être calme, amical, affectueux, froid, agressif, enveloppant, étouffant ; il est rarement indifférent. »

Les articles qui composent le chapitre sur le toucher sont en effet très différents des autres, marquant l'absolue particularité du toucher : inclassable, non quantifiable, impliquant un tout autre univers de paramètres que les autres sens et, surtout, seul sens à engager forcément deux personnes distinctes, toutes deux chargées d'affects. Les trois articles présentés sont sans surprise l'œuvre de deux psychanalystes – Anne Bouchart-Godart, se référant à la notion de Moi-peau de Anzieu, Bernard This sur l'invention de l'haptonomie – et d'une médecin généraliste – au patronyme et à l'histoire fortement marqués par la psychanalyse – et pratiquant l'haptonomie : Catherine Dolto. Dans ce contexte, il est clair que le monde médical « pur et dur » représenté par les néonatalogistes a été peu enclin à créditer les thèses portées par l'ouvrage. Le thème de la sensibilité tactile du nouveau-né reste à des années-lumière de la préoccupation de la médecine « officielle ».

C'est lorsqu'enfin un médecin anesthésiste, le docteur Anand, publie dans *The Lancet* les résultats de ses travaux sur la perception de la douleur par le nouveau-né – même lorsqu'il est prématuré – que le message devient un peu audible : nous sommes déjà en 1987 et les manipulations sur le tout petit sont encore, en France, pratiquées sans aucune précaution... Et cette situation sera longue, très longue à changer, surtout pour les gestes effectués sur les bébés en bonne santé en maternité. Comme nous l'avons précédemment cité, une étude a révélé en 2005 encore que la moitié des équipes n'utilisaient que rarement les antalgiques pour les gestes de routine comme les prélèvements sanguins. Je peux témoigner qu'actuellement encore, en 2016, malgré les recommandations officielles, de nombreuses sages-femmes pratiquent de façon systématique des gestes invasifs et douloureux d'aspiration naso-pharyngée aux nouveau-nés sains. Question d'habitude et de culture du risque.



### *L'introduction des « psychistes » dans les maternités*<sup>190</sup>

Si j'insiste sur l'importance des psychologues dans la valorisation du toucher au nourrisson, c'est qu'ils y tiennent un rôle tout particulier. À l'origine de leur implication dans le soin, il y eut la volonté de réconcilier la prise en compte globale – psyché et soma – de l'être humain au sein même de ces temples du traitement du corps que sont les institutions de soin<sup>191</sup>. Mais ce qui est capital dans notre propos, c'est qu'ils ont été – et sont encore – avant tout des promoteurs du toucher, sans en être eux-mêmes des acteurs. Respectant peu ou prou ce qu'ils vivent pour eux-mêmes comme un interdit qu'ils ne sauraient transgresser, ils continuent à cautionner ce faisant une crainte des pulsions libidinales (et plus précisément sexuelles) souvent associées au toucher. Persuadés cependant par les expériences décrites par leurs pairs de la nécessité d'y recourir pour le bien être du bébé, ils ont œuvré pour « faire toucher » les bébés, par d'autres qu'eux : les parents d'une part, les professionnels soignants au toucher « légitime » d'autre part.

Mais le toucher est bien le dernier sens à avoir été valorisé dans le long processus d'attention portée au tout petit. À l'origine, il y a eu d'abord la prise de conscience que l'enfant, pour se développer harmonieusement, avait besoin de la parole et du regard bienveillant de l'adulte ; si des observations célèbres avaient pressenti cette importance – à l'instar du Dr Itard et son « enfant sauvage » d'Aveyron en 1801<sup>192</sup>, ou encore Archambaud et Parrot à la fin du XIXe, Chapin en 1908 ou Pfaundler en 1915<sup>193</sup> –, ce n'est réellement qu'à la fin des années 1930 que le problème est traité

---

<sup>190</sup> MISSONNIER, Sylvain. *Histoire de l'arrivée des « Psychistes » dans les maternités*. Intervention à la Journée d'Étude de la SHN. Paris, 13/09/2008.

<sup>191</sup> *ibid.*

<sup>192</sup> ITARD, Jean. *Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron. 1801 et 1806*. Version numérisée [en ligne]. Disponible sur:  
[http://classiques.uqac.ca/classiques/itard\\_jean/victor\\_de\\_l\\_Aveyron/itard\\_victor\\_aveyron.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/itard_jean/victor_de_l_Aveyron/itard_victor_aveyron.pdf)  
Consultée le 07/07/2016

<sup>193</sup> DUGRAVIER, Romain ; GUEDENEY, Antoine. Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *La psychiatrie de l'enfant* 2006/2 (Vol.49), p. 405-442.

dans la littérature psychiatrique et psychologique. Le Docteur David Levy en 1937 parle pour la première fois du « Primary affect hunger » dans l'*American Journal of Orthopsychiatry*, sa problématique étant reprise dans les années 1940 par les psychanalystes britanniques et américains Anna Freud, Dorothy Burlingham et René Spitz. Mais l'expérience qui en fut une des plus concrètes illustrations fut celle de la pédiatre austro-hongroise Emmi Pikler. Formée à la médecine et à la pédiatrie dans les années 1920 à Vienne, elle est – en définitive comme toutes celles et ceux qui se sont passionnés pour le sujet – proche du courant psychanalytique. Installée à Budapest après son mariage avec le pédagogue György Pikler, elle ne peut travailler à l'hôpital du fait de sa judaïté et exerce donc comme pédiatre de ville, observant les comportements des parents et le développement des nourrissons qui en dépend. Dès 1946, au sortir de la guerre, elle ouvre à la demande du nouveau gouvernement hongrois une pouponnière pour les orphelins, rue Loczy à Budapest, dans laquelle elle met en place une pédagogie et une forme de soin innovants : libre motricité des bébés, relation privilégiée et individualisée entre adultes, soignants et enfants. Les résultats en terme de survie et de qualité de développement psychomoteur des enfants sont remarquables en comparaison des pouponnières classiques qui connaissent une mortalité infantile importante. La « méthode Loczy » devient un modèle reconnu en Europe, puis aux USA dès les années 1960-1970. C'est la prise de conscience de la nécessité de parler à l'enfant et de le laisser découvrir ses compétences motrices et relationnelles, qui sont à l'époque révolutionnaires ; faut-il rappeler qu'à cette même période, en France, les nourrissons des pouponnières sont « techniquement » nourris et lavés sans qu'aucune relation, aucun échange, ne soient instaurés entre l'adulte et le bébé<sup>194</sup> ? Ces jeunes enfants souffrent d'ailleurs en majorité d'hospitalisme : ils présentent de nombreuses pathologies du développement, quand ils ne meurent pas simplement en raison de cette absence de

---

<sup>194</sup> Entretien privé avec Danielle RAPOPORT, février 2011, ainsi que interview dans : CESBRON Paul ; MOREL Marie-France. *Entretien filmé de Danièle RAPOPORT*. Production : Société d'Histoire de la Naissance. France, le 21 février 2011.

maternage<sup>195</sup>. Pourtant, des voix se sont élevées dans l'après-guerre contre ces pratiques aliénantes pour les nourrissons : des femmes, médecins ou psychologues, marquées par leurs expériences traumatisantes de la Seconde Guerre mondiale, ont œuvré sans relâche pour la reconnaissance de la « carence de soins maternels » comme pathologie en s'impliquant personnellement et professionnellement. Jenny Roudinesco (puis Aubry), Marcelle Geber, Myriam David et Geneviève Appell, rejointes par la kinésithérapeute Janine Lévy et la psychologue Danielle Rapoport dans les années 1960, sont les principales pionnières françaises de cette lutte.

À l'époque, bien qu'il ne soit pas encore directement question de toucher l'enfant, on propose de commencer à le regarder et à lui parler, de le considérer comme un être humain en devenir, comme le proclame l'Assemblée générale des Nations Unies en 1959 dans la Déclaration des droits de l'enfant. N'y est-il pas stipulé dans le Principe numéro 6, que : « *Pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, l'enfant a besoin d'amour et de compréhension ; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf conditions exceptionnelles, être séparé de sa mère* » ? La route sera pourtant encore longue pour qu'on prenne enfin conscience de l'importance de cette nécessité d'attention dans les structures d'accueil des enfants. Le combat n'aboutira qu'en 1979 grâce au lancement de l'« opération pouponnière » initiée par Simone Veil, alors Ministre de la Santé et de la Famille, après qu'elle eut été sensibilisée par la projection du film *Enfants en pouponnières demandent assistance*<sup>196</sup> de Janine Lévy et Danielle Rapoport. Dans ce film, nous pouvons constater que le toucher est encore peu présent hors des soins stricts de manipulations. L'attention n'est portée que sur la parole et le regard. Le seul toucher est celui du kinésithérapeute qui rééduque l'enfant présentant un défaut de développement moteur. À un moment seulement – à la 24ème minute –, lorsqu'il est question des soins donnés à Véronique, une petite fille aveugle, le toucher est particulièrement développé et

---

<sup>195</sup> LEVY, Janine ; RAPOPORT, Danielle. *Enfants en pouponnières demandent assistance*. Film de 46 mn. Réalisation : Collin, Pierre. 1978. [En ligne]. Disponible sur : [http://www.canal-u.tv/video/cerimes/enfants\\_en\\_pouponnieres\\_demandent\\_assistance.10275](http://www.canal-u.tv/video/cerimes/enfants_en_pouponnieres_demandent_assistance.10275). Visionné le 6/7/16.

<sup>196</sup> *ibid.*

valorisé en tant que tel : il est alors supplétif d'un autre sens, mais n'a pas encore sa place en tant que sensorialité à éveiller.

Après les nourrissons présentant des situations particulières comme ceux placés en pouponnières ou en instituts pour enfants handicapés, les psychologues se sont logiquement intéressés aux nouveau-nés : d'abord aux prématurés et aux bébés malades en entrant dans les services de néonatalogie dans les années 1980, puis aux nouveau-nés sains en maternité dans les années 1990. Le paradigme anthropologique vers lequel nous avançons à cette époque commence en effet à admettre que le nouveau-né est un être sensible et conscient depuis sa vie intra-utérine. Les « psy » en maternité vont s'intéresser au bébé principalement au travers de la relation mère-enfant, car il est désormais admis que le comportement maternel est décisif dans le développement du bébé. C'est donc au cœur de ce nouveau paradigme que vont être instaurées les pratiques de rapprochement des corps, de soins valorisant le toucher du bébé par les parents, médias observables qualifiant la relation mère nouveau-né. À compter de cette décennie 1990, les psychologues deviennent incontournables dans tout service de maternité.

### ***La reconnaissance du bébé comme être de « relation »***

C'est en 1984 qu'est diffusée à la télévision l'émission de Bernard Martino *Le bébé est une personne*. Ce reportage en 3 volets – qui reprend le titre d'une précédente émission de 1970 – connaît un grand succès public. Contrairement au reportage diffusé 14 ans auparavant qui couvrait un questionnement sur l'enfant durant sa première année de vie – et principalement sa socialisation en crèche –, Martino débute son exploration *avant* la naissance et s'interroge sur le ressenti du fœtus in utero. Le premier volet, intitulé *Voyage au centre de la mère*, évoque le souvenir de la vie fœtale gardé « dans son corps » par le bébé et fait la part belle à la découverte de l'haptonomie; le second, *L'espace d'une rencontre*, débute sur une naissance dans l'eau à Pithiviers tandis que le troisième, *Ce bébé qui nous échappe*, débute sur ces mots :

« On commence à bien comprendre aujourd'hui que bébé est avant tout un être de relation. Il n'est que très accessoirement

ce tube digestif que nous décrivait, il n'y a pas si longtemps encore, les manuels de pédiatrie. (...) Pourtant, encore maintenant, beaucoup de ceux qui s'occupent du bébé ou bien qui l'aident à naître continuent à le traiter comme s'il était totalement inconscient du monde qui l'entoure. Les Franz Veldman ou les Terry Brazelton ne sont pas légion et trop de gens persistent à se comporter avec le bébé comme si l'harmonie de son développement ne dépendait pas pour une part essentielle de la qualité et de la permanence de la relation avec sa mère et avec son environnement proche. Comme s'il suffisait en un mot qu'une personne techniquement compétente lui prodigue des soins pour qu'il s'épanouisse. C'est la reconnaissance de l'importance primordiale de la relation mère-enfant qui sera le fil conducteur de cette troisième émission »<sup>197</sup>.

Le succès public de ce documentaire suivi de celui du livre au titre éponyme<sup>198</sup> qui en est issu est représentatif du tout nouvel intérêt porté au bébé et à sa reconnaissance en tant qu'humain dès avant sa naissance. Pour faire ce documentaire, Martino sollicite les « transgressifs », ceux qui œuvrent pour la reconnaissance de l'existence de la sensorialité du nouveau-né : Danielle Rapoport, Catherine Dolto, Bernard This en sont d'actifs collaborateurs. Le changement de paradigme anthropologique est acté par ce documentaire au début des années 80, et seul le monde des médecins, encore trop concentré sur les progrès techniques de sa discipline, reste relativement imperméable à ces modifications de représentations.

---

<sup>197</sup> MARTINO, Bernard. *Le bébé est une personne: volet n°3, Ce bébé qui nous échappe*. Production: TF1. France, 1984.

<sup>198</sup> GUERINAUD, Marie ; MARTINO, Bernard. *Le bébé est une personne*. Paris : J'ai lu, 1987, 252 p.

### ***La mise en pratique : des soins alternatifs valorisant le toucher du bébé***

#### L'accouchement à domicile

Le contexte de l'accouchement a fortement changé depuis le plan de périnatalité de 1972. Les sages-femmes, qui avaient déjà quitté le domicile des patientes au cours des années 1950 pour travailler dans des institutions, se voient désormais contraintes de travailler dans des maternités de plus en plus grandes et de plus en plus techniques. Beaucoup n'y trouvent pas l'épanouissement professionnel, et la décennie 1970, tellement foisonnante en mouvements d'oppositions à la doxa, de « retour à la terre », va offrir une opportunité à certaines d'entre elles qui oseront s'installer dans des territoires ruraux dès le début des années 1980: Joëlle Le Goff dans le Larzac, Jacqueline Lavillonnière en Ardèche, Françoise Olive en Vendée, Farida Hammani dans le Lot et Garonne – pour ne citer qu'elles – débutent une activité d'accouchement à domicile auprès des populations néo-rurales rapidement rejointes par une partie des populations locales. Leur pratique est très inspirée des mouvances « transgressives » de l'époque : elles favorisent le respect du rythme de la physiologie de l'accouchement, la participation des pères et l'accueil doux et tactile des nouveaux-nés. Très isolées, ces sages-femmes s'organisent cependant pour communiquer entre-elles et fédèrent aussi les couples autour d'elles : en 1982, Joëlle Le Goff crée l'association « Naître à la maison » et en 1983, c'est l'« Association Nationale des Sages-Femmes Libérales » qui voit le jour. Elle ne seront jamais laissées en paix par les pouvoirs médicaux locaux qui n'auront de cesse – comme c'est toujours le cas actuellement – de traquer et attaquer leurs pratiques considérées comme transgressives. Ces sages-femmes sont les premières à avoir collaboré avec d'autres professionnels de santé « bannis » eux aussi par le pouvoir médical : les ostéopathes. Les rares praticiens qui se formaient à l'époque étaient des kinésithérapeutes à la recherche d'une liberté de pratique manuelle perdue par la technicisation et partageaient donc cette quête avec les sages-femmes pratiquant à domicile : résister au ras de marée de technicisation en réhabilitant leur « savoir toucher ». Nous reviendrons longuement sur ces professionnels dans la dernière partie, qui leur est dédiée.

L'haptonomie, la « main » de la psychanalyse

Au début des années 1980, le groupe des praticiens français « transgressifs » du GRENN<sup>199</sup> découvre une autre thérapie valorisant le toucher : l'haptonomie. Créée dans les suites immédiates de la Seconde Guerre mondiale aux Pays-Bas par Frans Veldman – un médecin féru de philosophie et de psychanalyse –, l'haptonomie (qu'il nomme encore à l'époque *concept de la phénoménologie empirique de contact* nommé « *psychotactile* » et de « *proximité affective* ») sera largement diffusée dans son pays d'origine dès les années 1960, en particulier auprès des personnels infirmiers. Ce n'est que dans le contexte propice des années 1980 que la France découvrira cette « science de l'affectivité<sup>200</sup> » désormais nommée *haptonomie*, fondée sur le toucher. Marie-Claire Busnel, chercheuse sur la sensorialité fœtale, aura très tôt l'intuition de l'importance de sa rencontre avec Frans Veldman dans un congrès. Elle le présentera à Bernard This et Catherine Dolto, et c'est pour eux une révélation. Dès lors, ils vont n'avoir de cesse de se former et de diffuser leur enthousiasme pour cette thérapie par un toucher « affectivo-confirmant », dans lequel ils perçoivent une cohérence avec leur propre approche psychanalytique.

En 1981, dans l'ouvrage des Cahiers du nouveau-né *L'aube des sens*, le psychanalyste Bernard This et la médecin Catherine Dolto relatent ainsi leur rencontre avec l'haptonomie avec un émerveillement non feint ; ce sont d'ailleurs ces articles qui constituent le chapitre sur le toucher dans l'ouvrage dédié à la découverte de la sensorialité du bébé :

« Nous avons rencontré deux fois Frans Veldman au GRENN (en août et en mars 1980) et une fois chez lui pour quelques journées passionnantes. (...)

Nous avons eu le sentiment d'entrevoir un paysage immense à travers une fenêtre entrouverte, mais cela suffit pour provoquer une émotion forte. Je dirais que pour moi, en tant que praticien qui

---

<sup>199</sup> Groupe de Recherche et d'Étude sur le Nouveau-né.

<sup>200</sup> Définition donnée par Frans VELDMAN.

touche au corps, c'est un tournant décisif dans ma vie professionnelle. Depuis la rencontre avec Frans Veldman il m'est impossible de toucher un patient comme je le faisais avant. Même si je suis encore loin de maîtriser quoi que ce soit de l'haptonomie, les questions posées, les réponses apportées sont passées dans mes mains; elles ne travaillent plus de la même façon et moi non plus.  
(...)

Nous avons découvert et surtout redécouvert le toucher, sens structurant, sens éminemment thérapeutique quand il est utilisé dans le transfert, prenant totalement en compte l'affectivité dans une relation totalement chaste. Le toucher, sens oublié (ou refusé) par notre civilisation, permet, sans passer par le cortex, d'obtenir des changements de niveau de conscience, des changements de tonus musculaire qui modifient complètement l'examen clinique.  
(...)

Il s'agit d'une prophylaxie globale : mentale et physique, puisque pour lui cela forme véritablement un tout. L'haptonomie est une pratique médicale qui prend en compte d'une manière évidente le « ça », en tant qu'il s'exprime sans cesse tout au long de l'histoire d'un individu au fil des événements somatiques les plus bénins. Il y a bien des discours et des réflexions sur le « ça » s'exprimant dans le corps, mais il n'y avait jusqu'à présent aucune pratique (du moins dans la médecine occidentale) qui intègre le discours. C'est une des choses qui me passionnent dans l'haptonomie »<sup>201</sup>.

Catherine Dolto, médecin généraliste  
2 mai 1981

---

<sup>201</sup> BUSNEL, Marie-Claire ; HERBINET, Étienne (Dir.). *L'aube des sens: ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales*. Paris : Stock, 1981, 414 p.



Ce discours exprime donc clairement sa proximité avec le monde analytique ; il valorise néanmoins le toucher – ce qui au début entraînera la critique de Françoise Dolto<sup>202</sup> – en le définissant comme directement lié à la perception psychanalytique : ce toucher est très encadré, et le lien entre le mental et le physique y est mis en avant avec force précaution. Quant aux éventuels débordements pulsionnels, ils sont écartés dès la première évocation par la précision de la « relation totalement chaste » qui caractérise ce toucher affectif. Cette théorie de la rencontre avec l'enfant, dès la période intra utérine, à la faveur d'un contact externe avec le corps de sa mère, va peu à peu connaître un succès non négligeable, n'entraînant toutefois pas sa large reconnaissance par le monde médical. La pratique est à ce jour bien ancrée dans le paysage de la préparation à la naissance et à la parentalité en France, mais les contraintes imposées pour sa réalisation et le manque de praticiens formés ne permettent pas sa diffusion auprès d'un très large public : il faut débiter dès le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, les deux parents doivent impérativement participer (on retrouve là l'importance fondamentale accordée à la triade père-mère-enfant dans la psychanalyse) et la pratique doit être régulière et s'inscrire dans le temps. Cette approche doit de plus être exclusive, car elle est jugée par les haptothérapeutes comme totalement incompatible avec toute autre forme de pratique corporelle – comme le yoga par exemple. Autant de difficultés qui font que beaucoup de couples renoncent à recourir à cette préparation.

Il est toutefois extraordinaire de constater à quel point cette période de notre histoire a été réceptive à de nouvelles formes de toucher des corps, et avec quelles subtilité et inventivité elle a su se donner les moyens d'investir ce champ du toucher pour permettre aux praticiens et aux usagers de faire évoluer les pratiques en fonction de nouveaux besoins ressentis et de nouvelles représentations de l'humain.

---

<sup>202</sup> CESBRON Paul ; MOREL Marie-France. *Entretien filmé de Bernard This*. Production : Société d'Histoire de la Naissance. France, le 17 janvier 2011.

L'ostéopathie

C'est enfin dans cette même décennie 1980 que l'ostéopathie, pratique pourtant connue depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, rencontrera ses adeptes en France, après plusieurs tentatives infructueuses d'implantation depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle, comme nous le verrons dans la dernière partie de ce travail.

### **Pendant ce temps... Une emprise sur le corps des mères qui se démultiplie**

Mais tout se passe comme si à mesure que l'emprise corporelle se détachait des bébés, elle se déplaçait vers le corps de leur mère. La maîtrise, en effet, des comportements féminins pendant l'accouchement, – en particulier de ceux liés à la maîtrise de la douleur – a été crescendo depuis les années 1950: refus d'expression de la douleur par l'ASD, puis refus du ressenti de cette même douleur par l'anesthésie péridurale permettent un comportement « civilisé » de la femme. Pas de cris et une position normée compatible avec le respect de la pudeur – les parties intimes étant cachées sous un drap –. Enfin, un contrôle des écoulements corporels : sondages urinaires rendus indispensables par l'anesthésie qui empêche la commande des sphincters, recueil du sang de la délivrance dans une poche graduée prévue à cet effet, rationalisation de l'émission des selles par l'administration d'un lavement en tout début de travail d'accouchement.

Durant cette période, le corps médical fait preuve en effet d'une forte maîtrise sur le corps féminin. Il a acquis la capacité d'intervenir sur le processus d'enfantement en le déclenchant grâce à l'utilisation d'hormones de synthèse ; le problème de la forte douleur induite par cette pratique est rapidement « résolu » par la large diffusion, au cours des années 1980, de l'anesthésie péridurale. La systématisation de la pratique de l'épisiotomie – consistant en l'incision du périnée de la femme au moment de l'accouchement par un « coup de ciseaux » – est très symbolique de la « violence » de cette manipulation imposée au corps de la femme<sup>203</sup>. L'extraction instrumentale du fœtus par forceps ou ventouses est de plus en plus pratiquée,

---

<sup>203</sup> CESBRON, Paul. *De la nécessité de couper les femmes lors de la mise au monde des enfants*. Intervention à la journée d'études de la Société d'Histoire de la Naissance, Paris, 2013. [En ligne] Disponible sur : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article58>

conséquence de la forte anesthésie des muscles du petit bassin et de l'immobilité maternelle, le recours à l'obstétricien étant ainsi plus fréquemment requis. La « domination » de l'équipe médicale sur la femme est complétée par sa position verticale surplombant la femme allongée, jambes ouvertes souvent attachées sur les étriers et sexe exposé. L'anesthésie péridurale permet d'ailleurs des manipulations plus nombreuses et plus fréquentes sans que la femme ne s'en plaigne faute de ressenti corporel : touchers vaginaux répétés, sondages urinaires, poses de capteurs de pressions intra-utérine et d'électrodes vissées sur le crâne du fœtus deviennent des pratiques de routine.

Un nouveau protagoniste, vite devenu indispensable dans les salles d'accouchement, a fait son entrée dans le monde de la naissance : il s'agit du médecin anesthésiste, figure de pouvoir symbolique extrêmement importante qui a le pouvoir d'endormir, et de réveiller. Si la technique de l'ASD sollicitait l'autocontrôle des femmes, l'anesthésie péridurale nécessite le recours à un médecin, dont la femme sera totalement dépendante pour être soulagée de sa douleur, rendue par ailleurs paroxystique et insupportable par l'injection des hormones de synthèses ordonnée par un autre médecin, l'obstétricien... Dans ce dispositif de prise en charge des accouchements telle qu'elle est pratiquée au cours des années 1980 et 1990 dans la majorité des maternités françaises, on voit bien la totale asymétrie de la relation corps médical-patiente, le premier induisant par sa pratique une domination multiple : il décide du moment où la naissance doit avoir lieu – phénomène absolument sans précédent dans l'histoire de l'humanité –, il en déclenche le processus, induisant une douleur paroxystique qui rend l'intervention d'un anesthésiste incontournable, puis en maîtrise l'issue par l'extraction instrumentale du fœtus souvent rendue nécessaire pour pallier les conséquences de ladite anesthésie sur la mécanique obstétricale... Ajoutons que le pédiatre est également fréquemment sollicité pour prendre en charge un nouveau-né éprouvé par une naissance rendue violente tant par sa durée que par l'intensité des contractions utérines induites et par la pratique du forceps. La femme, dans ce contexte très inhibant de l'institution de soins et alarmée par le danger qui plane sur sa vie et celle de son enfant à naître, sera éternellement reconnaissante aux médecins d'avoir pris en charge son accouchement, sa douleur et d'avoir sauvé son enfant – sans avoir conscience que c'est

l'intervention elle-même qui a entraîné la mise en route de tout le processus. L'argumentaire qui porte le développement de cette hypermédicalisation de l'accouchement étant la sécurité et la diminution du risque pour la santé du bébé, les parents ne peuvent qu'y être favorables.

Ces années 1970, 1980 et début 1990 marquent incontestablement un paroxysme dans la pratique du toucher-manipulation envers le bébé d'une part et sa mère de l'autre. Eu égard aux diverses influences de ces périodes, une prise de conscience, encore marginale, est née. Et c'est bien par le nouveau-né, concentrant désormais toute l'attention, qu'elle se manifestera principalement et s'enracinera au cours de la décennie 90.

## **Chapitre 4 – Les années 1990 et l'inversion de la norme : un contact indispensable, une manipulation insupportable**

Après l'intuition des années 1970 et la confirmation des années 1980 vient la généralisation des idées et pratiques ainsi « semées »... Les années 1990 vont être le théâtre de ces radicaux changements de pratiques concernant le toucher appliqué au nouveau-né, gagnant y compris le monde médical et ses institutions. Cette mutation est cristallisée dans plusieurs indicateurs.

### **De l' « accouchement » à la « naissance » : un glissement lexical significatif « de la cause des femmes à la cause des bébés »**

Les mots utilisés sont révélateurs des préoccupations sociétales. Le glissement lexical qui a fait disparaître le terme d'accouchement à la faveur de celui de naissance est un bel exemple de ce miroir de nos priorités.

En 1950, la révolution de l'accouchement sans douleur (ASD) était, sans équivoque, une lutte en faveur des femmes, ce qui était logique à la lumière des préoccupations de l'époque : la femme était soumise à la fatalité de la douleur et à peine encore allégée de la très forte mortalité qui pesait sur elle au moment de l'enfantement. L'ASD est rapidement présenté sous l'appellation très absconse de Psychoprophylaxie obstétricale (PPO), terme plus prudent que le prometteur « sans douleur » qui a finalement fait déchanter bien des femmes, loin de la rigueur et du conditionnement soviétique.

Puis la « PPO » s'est muée peu à peu en « Préparation à l'accouchement ». Il est difficile de dater exactement la généralisation de ces mutations, car aucune recommandation officielle n'en faisait alors état. Mais fin des années 1980, nous parlions encore de PPO (mes notes de cours en attestent) avant que la mutation n'intervienne au début des années 1990. Quant à la préparation à la naissance, elle est apparue à la fin de la décennie 1990 pour devenir officiellement « Préparation à la Naissance et à la Parentalité » (PNP) en novembre 2005, date marquée par la sortie officielle des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui en ont fixé le contenu attendu.

Les « salles d'accouchements » furent de même remplacées par les « blocs d'accouchement » de façon très éphémère dans les années 2000 – terme rapidement considéré trop proche du bloc opératoire – pour laisser finalement la place aux « salles de naissances ».

Ces transformations lexicales cautionnent et cristallisent le déplacement de l'intérêt porté de la femme vers l'enfant. Désormais, l'intérêt pour l'enfant qui naît prime sur celui de sa mère qui accouche, et toute l'attention qui lui a si longtemps été refusée va peu à peu s'épanouir au sein des institutions de soins.

### **Le contact mère-enfant comme nouvelle injonction**

Il y a 30 ans de cela à peine, on l'a vu, les femmes n'avaient pas accès à leur bébé la nuit, en maternité. Aujourd'hui, une femme qui souhaite confier son bébé à quelqu'un une nuit juste après l'accouchement est généralement éconduite et suscitera même les critiques du personnel soignant. Nouvelle époque, nouvelle norme...

C'est dans les années 1990 – puis surtout dans les années 2000 et 2010 – que la vague d'abaissement de l'interdit du contact entre la mère et son nouveau-né prendra toute son ampleur, résultat manifeste – entre autres – de l'audience croissante des psychologues dans les maternités à cette époque. La pensée qu'ils véhiculent tend à convaincre les médecins de l'importance du fait de favoriser ce contact pour la bonne instauration du lien, en vue de la protection et du bien-être de l'enfant. Les sages-femmes se saisissent de ces recommandations et adoptent peu à peu des pratiques allant dans le sens du rapprochement des corps : dans les premières années de ce changement de pratiques, le bébé était déposé sur le ventre ou le thorax de sa mère juste après l'administration de quelques manipulations jugées indispensables, puis, peu à peu, c'est dès la naissance que ce contact a été favorisé, les manipulations étant différées de plusieurs minutes, délai pouvant même aujourd'hui s'étendre jusqu'à deux heures. Ces changements de pratiques rencontrèrent bien des résistances de la part des médecins, allant jusqu'à des interdictions du « peau à peau » par certains chefs de services après la médiatisation – au sein du corps médical – d'un décès de nouveau-né sur sa mère. Ces tentatives d'obstruction restèrent sans suite durable, les

parents et les soignants ayant désormais assimilé cette pratique d'accueil du nouveau-né comme indispensable au bien-être corporel et psychique de l'enfant.

En mars 2014 sont diffusées les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé<sup>204</sup> ; on peut y lire le chapitre suivant, très représentatif du chemin parcouru en quelques années :

## **HAS – Service développement de la certification**

### ***Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance***

**Mars 2014**

#### **3.2 Prise en charge des nouveau-nés**

##### **3.2.1 Bientraitance**

La salle où le nouveau-né est accueilli est conforme, et notamment chauffée (24°C). La prise en charge du nouveau-né allie sécurité et bien-être grâce au maintien du lien mère-enfant. La mise précoce en peau à peau du nouveau-né à terme est réalisée en salle de naissance ou en SSPI, selon le protocole qui en précise les modalités, la surveillance et les contre-indications (refus de la mère, impossibilité de surveillance, problème chez le nouveau-né, etc.) (51). Le nouveau-né a son premier repas par allaitement (52) ou biberon, selon les souhaits de la mère. Le rôle actif des parents est recherché par le soutien comportemental de l'équipe soignante.

##### **3.2.2 Soins immédiats au nouveau-né**

L'évaluation de l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né à la vie extra-utérine à l'aide du score d'Apgar à une minute et des algorithmes issus des dernières recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation (45) est immédiate.

Chez le nouveau-né à terme, sain et normal, quel que soit le mode de naissance (voie basse ou césarienne), la sage-femme prodigue les soins immédiats selon le protocole établi, en évitant les gestes invasifs et en respectant les règles standard d'hygiène, en particulier l'absence de port de bijoux. Les soins immédiats se font en contact continu.

---

<sup>204</sup> HAS – Service développement de la certification .*Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance*. Mars 2014 p.16. [En ligne] Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide\\_qualite\\_securite\\_secteur\\_naissance.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf)  
Consulté le 27/06/16

C'est également au cours de ces années 1990 que s'implantera une nouvelle discipline dite « médico-psychologique », la maternologie, créée officiellement en 1987 par le médecin Jean-Marie Delassus. Définie comme : « *Démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère-enfant*<sup>205</sup> » elle débouchera même sur l'ouverture d'un service spécialisé à Saint-Cyr l'École en 1987. Cette spécialité qui déclare « *élaborer la clinique spécifique des difficultés maternelles précoces, puis celle des maladies natales*<sup>206</sup> » a pour pratique de filmer les jeunes mères et leurs bébés lors de scènes d'allaitement – par exemple –, afin de les étudier et de développer une sorte de sémiologie de la perturbation de la relation mère-enfant. Un des objectifs de la maternologie est de prévenir les mauvais traitements à l'enfant en agissant dès les premiers signes de difficultés d'attachement de la mère à son nourrisson. Le contact mère-enfant est ainsi investi, théorisé et quantifié par les médecins eux-mêmes...

Les très médiatisées « Unités Kangourou », décrites comme des services hospitaliers permettant la mise en contact peau à peau d'enfants prématurés hospitalisés et de leur mère seront créées en France dès 1987, tout d'abord à Clamart. Cette méthode, observée à Bogota (Colombie) par la pédiatre Nathalie Charpak, consiste en un placement *permanent* du bébé sur le ventre de sa mère – ou même de sa grand-mère en relais ponctuel – afin de lui permettre d'abord de survivre, puis de se développer. Cette pratique n'est bien entendu pas appliquée telle quelle en France où les équipes de néonatalogie ne peuvent concevoir les soins et la surveillance médicale hors de l'incubateur et sans les appareils de surveillance, et où les mères ne sont sans doute pas prêtes non plus à cette contrainte doublée d'une telle responsabilité. Cependant, les « Unités Kangourou » se développeront, sous la forme d'une installation de la mère dans la chambre d'hospitalisation de son bébé,

---

<sup>205</sup> Le Grand Robert de la langue française, éd. 2001 ; Le Petit Robert, éd. 2002.

<sup>206</sup> Association Française de maternologie [en ligne]. Disponible sur : <http://maternologie.info/quest-ce-que-la-maternologie>. Consulté le 27/06/2016.



favorisant ainsi l'allaitement maternel et un contact physique intermittent, ce qui était totalement exclu jusqu'alors dans des services de néonatalogie.

Dès 1995, les femmes qui allaitent leur enfant sont significativement plus nombreuses, incitées à le faire par un discours médical devenu prosélyte. Le rapprochement des corps est prôné, allant du contact peau à peau de la mère et l'enfant à la naissance – qui devient impératif – à la première tétée, désormais administrée dans les 2 heures suivant l'accouchement.

Le père commence également à être autorisé à ce contact physique, quand la mère ne peut en être l'actrice. J'ai le souvenir, en 2003 dans un hôpital mayennais, de la demande d'un père d'accueillir en peau à peau son bébé né par césarienne alors que sa compagne était au bloc opératoire... Stupéfaction de l'équipe, remarques laissant poindre une suspicion dans le contrôle des pulsions du jeune père par le pédiatre qui finit par dire « *OK mais que quelqu'un reste en permanence près de lui* ». Cette pratique, déjà implantée dans d'autres villes, sera largement admise et même favorisée dans les années suivantes.

En quelques années, le contact physique et la proximité permanente de la mère et de son nourrisson sont donc passés d'un interdit à une injonction, dans une démarche persistante de normalisation des pratiques dictée par un monde médical toujours dominant. Ce contact n'est toutefois admis par le monde médical que lorsqu'il en est le régulateur, et toute prise d'initiative et d'autonomie par la mère reste suspecte de dangerosité aux yeux des médecins.

### **Des gestes manipulateurs désormais sous haute surveillance**

Dans la seconde moitié des années 1990 et surtout dans les années 2000 et 2010, la pratique des manipulations invasives du nouveau-né est très fortement ralentie.

L'argument majeur qui entraîne cet abaissement des manipulations est sans aucun doute la prise en considération de la douleur ressentie par le nouveau-né: preuve est désormais faite qu'il y est sensible dès sa vie intra-utérine. Les examens invasifs sont désormais perçus comme des violences. Si le bébé malade hospitalisé en service de néonatalogie bénéficie assez tôt de ces attentions nouvelles (dès les années 1990), le

nouveau-né sain en maternité sera encore – et pour longtemps – le dernier à être épargné. Les équipes de néonatalogie sont sensibles aux discours des chercheurs, en partie du fait de la multitude des gestes très invasifs qu'ils doivent faire aux tout-petits.

Les pratiques invasives systématiques appliquées au nouveau-né sain à la naissance sont même officiellement remises en cause en 1999 par l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)<sup>207</sup>, texte qui ne sera cependant traduit en langue française qu'en 2007. On peut y lire :

« Les nouveau-nés à terme, vigoureux, nés dans un liquide clair, sans suspicion d'infection materno-fœtale, qui ont crié immédiatement et ont un bon tonus ne nécessitent pas d'aspiration oropharyngée et ne doivent pas être séparés de leur mère ».

Les attitudes ont néanmoins commencé lentement à changer dans les hôpitaux dans la décennie 2000, les sages-femmes, souvent sensibles à ce discours de respect du corps, étant en première ligne lors de l'accueil du nouveau-né à la naissance. Leurs discours, recueillis en 2016 et cités plus haut, témoignent de leur souci de réduire des manipulations qui peuvent être selon elles avantageusement remplacées par une observation minutieuse. Le regard succède ainsi au toucher, l'enveloppe corporelle devenant toujours plus intangible.

Ces sages-femmes commencent également à être plus attentives aux mères pendant l'accouchement, au cœur même de l'institution. Elles cherchent à être moins interventionnistes, de plus en plus convaincues de la nécessité de laisser s'exprimer la « physiologie ». Ce discours, jusque-là réservé aux sages-femmes « transgressives » pratiquant l'accouchement à domicile, trouve une audience nouvelle dans les maternités au cours des décennies 90 et 2000.

---

<sup>207</sup> KATTWINKEL, J.; NIERMEYER, S. ; NADKARNI, V. ; TIBBALLS, J. ; PHILIPS, B. ; ZIDEMAN, D. ; VAN REEMPTS, P. ; OSMOND, M.. An advisory statement from the Pediatric Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Pediatrics*, 1999 ; 103.

Cette évolution débute en 1992 à l'initiative d'une femme médecin atypique, Bernadette de Gasquet, qui crée et diffuse une « méthode » permettant une prise en charge des accouchements valorisant le respect de la « physiologie », y compris pour les femmes sous anesthésie péridurale et donc soumises à une surveillance technologique de pointe très hospitalière.

Elle se positionne d'emblée en marge de ses confrères médecins, fondant son discours sur ses expériences personnelles de femme : alors qu'elle n'était pas encore médecin explique-t-elle à l'époque<sup>208</sup>, elle accouche une première fois suivant les normes médicales du moment, adoptant les positions d'usage et l'immobilité de rigueur. L'accouchement est laborieux. Lors d'une seconde expérience, elle est « oubliée » par le corps médical dans sa chambre et écoute alors son « instinct » : positions différentes, mobilité, et là, surprise, le travail se fait rapidement et la mise au monde est naturellement aisée... Profane – et donc inaudible par le monde obstétrical explique-t-elle –, elle entreprend des études de médecine afin de faire changer les pratiques. Elle élabore donc une « méthode » basée sur la valorisation de la mobilité et des positions a priori transgressives par rapport aux normes médicales d'alors. La force de sa méthode est d'avoir parfaitement intégré les contraintes de l'obstétrique technique institutionnelle ; les nouveaux positionnements prônés pour la femme répondent à une nouvelle normativité extrêmement précise mais compatible avec la péridurale et les manipulations médicales. On lâche donc en apparence un peu des contraintes imposées à la parturiente (et aux soignants), mais tout en préservant un contrôle médical important. Le contrôle est même accru : les résultats en terme d'amélioration du confort des femmes et de la santé des nouveau-nés doivent être prouvés par des études statistiques, qui fleurissent d'ailleurs dès les années 2000, en particulier dans des mémoires d'étudiantes sages-femmes.

L'argument de la méthode s'appuie beaucoup sur l'observation du monde animal, valorisé comme étant incontestablement compétent pour la mise bas car non

---

<sup>208</sup> J'ai personnellement suivi ces formations à plusieurs reprises au cours de ma carrière: dès l'origine en 1992 dans mon premier hôpital d'exercice, Païmpol, établissement particulièrement avant-gardiste en matière d'accompagnement des accouchements, puis en 1998 et enfin en 2004 à l'hôpital de Château-Gontier. Je peux attester de l'engouement des sages-femmes pour cette théorie, et de la radicale transformation des pratiques qu'elle a initiée à l'époque chez une partie des sages-femmes hospitalières.

« pollué » par la culture civilisée et l'inhibition du cerveau limbique<sup>209</sup> – nous retrouvons ici les thèses de Michel Odent. Lorsque des références humaines sont utilisées pour étayer le propos, elles le sont au moyen de films et de récits ethnographiques réalisés dans des ethnies considérées au fond comme « primitives », en ce qu'elles n'ont pas été exposées aux contraintes de la civilisation occidentale.

En moins de 20 ans, ces façons de faire valorisant une forme de « naturel » – sans toutefois remettre en cause la technicisation de l'accouchement – ont été intégrées par les sages-femmes hospitalières jusqu'à devenir une nouvelle norme de pratique obstétricale. Elles y trouvent en effet un compromis entre leur désir de voir diminuer les interventions intrusives des obstétriciens et le maintien d'une haute technicisation de l'accouchement compatible avec leur « culture » médicale acquise au cours des études.

C'est donc un fait incontestable : dès le début des années 1990, les pratiques manipulatoires perdent lentement leur légitimité aux yeux d'une catégorie de soignants et d'une partie du monde social, témoignant, entre autres, de la progression de l'individuation dans les pratiques de soin.

### **L'explosion des pratiques valorisant le toucher-contact**

Dans les années 2000, le personnel hospitalier se forme à l'allaitement maternel par le biais d'une association, la COFAM<sup>210</sup>, alternative à la Leche League, groupe de promotion de l'allaitement maternel jugé trop « extrémiste » – et surtout composé de femme non médecins – par les équipes institutionnelles. C'est également la grande vogue des ateliers de massage du nouveau-né, du portage en écharpe, qui trouvent au sein des institutions leurs éducatrices, souvent des auxiliaires de puériculture qui accèdent ainsi à une valorisation de leur statut professionnel. Ce toucher, notons-le bien, reste fortement encadré par des règles techniques et éthiques.

---

<sup>209</sup> Zone du cerveau présentée comme étant le siège des comportements instinctifs, « étouffée » par la zone corticale du contrôle accusée d'empêcher l'accouchement physiologique.

<sup>210</sup> COFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel, fondée en 2000.

Il est dominé par l'intention de favoriser le tissage du lien mère-enfant et du bien être physique et psychique du bébé. Le personnel ne peut exercer dans ces domaines qu'à condition d'avoir obtenu une certification. Il ne le pratique lui-même que de façon marginale, sa mission consistant surtout à éduquer la mère au toucher. Ne touche pas qui veut, ni n'importe comment... Le soignant fait la démonstration sur une poupée afin de laisser la mère établir elle-même le contact physique avec son nourrisson. Le respect du bébé est croissant, l'individuation prime, l'interdit du toucher du soignant sur le bébé est toujours très présent et même la mère doit « apprendre » à toucher son petit.

Les années 2000 sont également celles de l'expansion de l'ostéopathie pour les bébés, comme nous l'avons vu ; la contrainte est ici identique, même si le thérapeute touche lui-même, cette fois, un peu plus fréquemment. Il dispose d'un savoir-faire professionnel qui rapproche sa pratique de la manipulation telle que nous l'avons définie, mais dans son cas, sa peau touche parfois celle du bébé – surtout le crâne – et il doit impérativement avoir développé une attention à l'autre bien spécifique. Sa pratique est très encadrée par des interdits de certaines approches du corps (toucher interne par exemple), et il est obligatoirement diplômé. Nous y reviendrons.

### **Une demande partagée par les soignants et des patients**

Comme nous l'avons souligné à de nombreuses reprises, cette modification générale des pratiques a été soutenue tant par certains soignants que par certains parents usagers. Les sages-femmes ont été très tôt d'actifs soutiens de ces modifications, suivies avec enthousiasme par de nombreuses auxiliaires de puériculture qui se sont emparées de nouvelles propositions faites aux jeunes mères comme les ateliers de massage et de portage des bébés.

Certains parents, pour leur part, ont été très enclins à requérir ces apprentissages à titre individuel. Mais ils se sont surtout investis dans les revendications de respect des corps des femmes et des nouveau-nés au sein des maternités, se regroupant dès 2003 en un Collectif Inter Associatif autour de la NaissancE (le CIANE) ; ils ont ainsi créé une vraie cellule de recherche et de réflexion afin de contrecarrer la domination du corps médical, réclamant un dialogue et un réel partenariat avec lui en

ce qui concerne les attitudes et pratiques dans le champ de la périnatalité. Le message dominant du CIANE est clairement en faveur des pratiques valorisant le contact mère-enfant, la pratique de l'allaitement maternel et la limitation des gestes de manipulation invasifs pratiqués sur le nouveau-né.

### **Une domination des corps féminins qui commence à être dénoncée**

Si l'attention à l'enfant semble acquise, du moins dans les consciences, la femme reste, on l'a vu, pendant l'accouchement, objet de la domination médicale. Certes les pratiques ont évolué vers un plus grand respect de l'intégrité corporelle pendant le suivi de la grossesse – et un peu lors du travail d'accouchement en ce qui concerne les sages-femmes –, conséquence de l'évolution de l'interdit du toucher. Mais c'est comme si ce moment précis de l'accouchement, si intense en sensations et en peurs, concentrait désormais toutes les attitudes de domination, comme si ce seul moment légitimait encore les manipulations intrusives des médecins. Une émission récemment diffusée sur France Culture<sup>211</sup> en témoigne :

*« Ancien médecin, écrivain, essayiste et blogueur depuis que les blogs sont blogs, Martin Winkler témoigne souvent des pratiques relativement barbares qui ont lieu dans les hôpitaux français lors de l'accouchement. On peut en effet repérer toute une gamme de mauvais traitements, une palette riche et variée de petites et grandes violences de la part des obstétriciens ou -ciennes, des sages-femmes stressées et autres personnels médicaux au bord du burn out, peu ou pas formés et parfois même juste sadiques ou stupides. Cela va de la parole méprisante à l'insulte, au refus d'information en passant par des gestes autoritaires, voire totalitaires. Exercer son pouvoir au prétexte que l'on sait ou croit savoir*

---

<sup>211</sup> KRONLUND Sonia. *Les pieds sur terre : Accoucher dans la violence*. Deuxième émission, diffusée le 18 janvier 2017, France Culture.

*ce que l'autre ignore est un grand classique. Les femmes enceintes sont ainsi immobilisées de force, les médecins pratiquent des épisiotomies sans leur consentement, ou les incitent fortement à recevoir une péridurale qu'elles ont jusque là refusée. Dans ce dernier cas, comme dans certains autres, il y aurait évidemment matière à réflexion ou à discussion. Mais si une femme a souhaité pour des raisons qui lui sont propres vivre un accouchement d'une certaine façon sans être anesthésiée par exemple et que ce choix n'est pas préjudiciable pour sa santé ou celle de l'enfant, même si on ne comprend pas bien, même si on ne ferait pas soi-même les mêmes choix, il n'y a absolument aucune raison de ne pas essayer du mieux qu'on peut de respecter la volonté, le choix d'un patient ou d'une femme enceinte. La France, continue Martin Winkler dans son blog, est un des pays développés où l'on pratique, sans autre justification que le bon vouloir ou le confort des médecins, le plus d'accouchements provoqués, de césariennes et d'épisiotomies systématiques. Or tous ces gestes, explique-t-il, s'accompagnent d'une morbidité importante et ne devraient donc pas être pratiqués sans justification et encore moins sans le consentement de la première intéressée. Aujourd'hui dans les pieds sur terre donc, deux autres histoires d'accouchement dans la violence : qu'il s'agisse de violences physiques, psychologiques ou symboliques elles sont inacceptables comme on l'entend jusqu'à quatorze heures des récits de Charlotte Bienaimé »*

Une chose est cependant en pleine évolution, et nous y assistons en ce moment même : la parole des femmes se libère, incitée en ce sens par le monde social qui poursuit étape par étape, dans une parfaite logique, l'application du processus d'individuation.

Cette « bulle » de domination jusqu'alors préservée s'est fissurée au cours des deux dernières années. Érodée tout d'abord dans un univers restreint par des acteurs et actrices très impliqué-es dans la lutte contre cette domination – à l'instar de Marie-Hélène Lahaye<sup>212</sup> <sup>213</sup> et Marc Zaffran<sup>214</sup> –, la médiatisation s'accélère depuis peu : des émissions de radio nationale donnent la parole aux femmes qui osent raconter leur vécu intime. Et ces témoignages choquent, aujourd'hui par leur violence. La première dénonciation porte sur la privation de liberté de mouvement et d'expression. Une première femme témoigne :

*« Donc, alors là, ça s'est mal passé, parce j'étais clouée au lit avec mon monitoring sans avoir le droit de bouger (...) Déjà quand j'avais une contraction je ressentais le besoin de me mettre à quatre pattes, de partir sur le sol de tout mon poids... Je me suis fait disputer parce j'avais trop mal pendant les contractions et puis... je me tordais de douleur, je criais, alors on m'a sommée de me taire parce qu'il y avait des voisines qui dormaient : « Calmez-vous, calmez-vous ! » on m'a dit ça plusieurs fois dans la nuit, « vous savez, vous êtes pas la seule qui va accoucher, faut se calmer, faut se détendre, parce sinon ça va pas aller » ; « Je me faisais engueuler parce qu'il fallait pas que je bouge »<sup>215</sup>*

Une seconde a vécu les mêmes contraintes :

---

<sup>212</sup> Marie-Hélène LAHAYE, juriste, dénonce depuis 2013 dans son blog « Marie accouche là » cette domination médicale autour du corps des femmes

<sup>213</sup> LAYAHE Marie-Hélène. Blog : *Marie accouche là, explorations politiques et féministes autour de la naissance* [en ligne]. Disponible sur: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>

<sup>214</sup> Marc ZAFFRAN, médecin et auteur sous le nom de Martin WINCKLER, est très actif sur les réseaux sociaux dans la dénonciation de cette domination médicale.

<sup>215</sup> Témoignage issu de la première émission déjà citée : KRONLUND Sonia. *Les pieds sur terre : Accoucher dans la violence*, diffusée le 17 janvier 2017 sur France Culture.



*« On m'installe, et je suis tout de suite mise sous monitoring. C'est-à-dire que je suis à partir de 9h du matin attachée à mon lit, en fait, par ce monitoring. Et je ne me lèverai plus en fait jusqu'à ... pfff... des heures et des heures plus tard. »*

Ces femmes dénoncent également l'emprise sur leur corps, l'intrusion sans consentement :

*« Mais on m'a pas demandé mon avis, c'était le protocole à suivre du gynécologue, voilà! Donc ils ont posé leur tampon, et à minuit donc j'ai été réveillée d'une violente contraction, j'en suis tombée de mon lit... J'étais un petit peu paniquée quand même, hein. J'étais toute seule dans ma chambre, pas une sage-femme qui est venue me voir » « Et alors là, il (l'obstétricien) enfonce son bras dans mon utérus et il raclait à l'intérieur. Alors là je criais, j'enfonçais mes ongles dans mes jambes et je bougeais, et là je vois les sages-femmes qui viennent et qui m'accrochent les jambes aux étrières, alors ça ça m'a marquée, parce que je me suis dit : « Mais qu'est-ce qu'ils font ? » Et en même temps je criais, parce que je criais de mal ! Mais j'avais mal, il me grattait à l'intérieur, ça sentait tout, de toutes façons la douleur je l'oublierai pas, ça fait déjà trois ans que j'ai accouché mais c'est la même, je me rappelle, rien que d'en parler là, je l'ai encore, je la visualise cette douleur et... On sent qu'il arrache tout à l'intérieur, ça vous prend les tripes, c'est affreux... Et il grattait, il grattait, il me laissait crier, il me laissait crier, les sages-femmes qui étaient à côté je les voyais qui... Il y en avait même une qui avait des gouttes de sueur qui tombaient tellement ça l'embêtait de me voir comme ça. Je revois son bras plein de sang, je le (me?) compare à une vache quand on lui fout la main dans le cul, ben c'est exactement ça, quoi, quand on leur fout la main dans les fesses jusqu'à l'avant-*

*bras, ben voilà ce que j'ai vécu. 12:25 Une truie, quoi. Voilà. une truie qu'on est en train de saigner, en gros c'est ça. C'est ce que j'ai pensé, c'est ce que j'ai vécu, c'est ce que j'ai vu. On me saignait. J'étais une vache. C'est tout. Ça a duré, je sais pas moi, dix minutes, dix minutes, et je hurlais, je hurlais, et d'un coup, pff, trou noir... Je suis partie, parce que je supportais plus cette douleur... »*

Pour la seconde :

*« Elle (l'obstétricienne) met les spatules, là, han ! fff... je sens un peu comme une pénétration forcée, en fait, où tout se déchire ! où on met un objet à l'intérieur de moi qui est beaucoup trop grand, et du coup qui déchire tout sur son passage et qui me fait très mal. Je sais pas ce que c'est, une spatule, j'ai pas de représentation de à quoi ça ressemble, et comme il y a le rideau je sais pas ce qu'on me fait, parce que cette dame, elle ne me parle pas... »*

Cette parole féminine, je peux témoigner de sa libération récente même au sein du service hospitalier. Le 23 janvier 2017, alors que j'étais – en tant que sage-femme – dans la chambre d'une patiente enceinte hospitalisée, celle-ci m'a spontanément livré le témoignage de son précédent accouchement, deux ans auparavant, dans ce même hôpital :

*« C'était une boucherie. La césarienne, on me l'a faite à vif. Je me souviendrai toujours de cette douleur et cette interne qui me disait de me taire, que je ne pouvais pas avoir mal à cause de ma péri. Je me suis dit à ce moment-là, je me souviens très bien, – excusez-moi de dire ça comme ça –, ces cons-là ils vont butter avant même que j'ai ma fille... (...). Et quand j'ai eu ma fille au sein, je me suis dit là, je m'en fous,*

*maintenant vous pouvez me tuer si vous voulez. Je m'en fous. »*

Le toucher manipulateur sans explications, sans consentement, bref, sans « égards », est donc désormais considéré par les profanes comme une violence, et ce au cœur même de cette pratique demeurée jusque là une enclave d'intrusion médicale légitime : l'accouchement. Il est possible que les pratiques soient amenées à changer dans les années à venir, après cette première étape qu'aura sans doute représentée la libération de la parole féminine témoignant d'une nouvelle progression dans le processus d'individuation.

La relation au toucher entretenue dans la société française depuis le 3<sup>ème</sup> tiers du XX<sup>e</sup> siècle est désormais clarifiée. Elle se cristallise en un interdit du toucher entre individus, et ce mouvement, comme toutes les évolutions sociétales majeures, est contradictoire et sophistiqué. Le toucher dans le soin au nouveau-né et au nourrisson est à ce titre exemplaire.

Les deux différents touchers aux tout-petits, l'un manipulateur et l'autre affectif, ont ainsi connu des trajectoires différentes dans un temps d'évolution limité. Les manipulations, très pratiquées dans les années d'après guerre, ont rencontré un discrédit dès les années 1970, alors que le toucher-contact chargé d'affects, empêché dans les décennies 50 à 70, se voyait peu à peu valorisé dans le même laps de temps.

Cette évolution a permis l'émergence de nouvelles façons de soigner. Elles sont un observatoire exceptionnel des modifications de nos représentations du corps. Une de ces pratiques est à cet égard particulièrement éloquente : l'ostéopathie. En étudier les particularités permet de comprendre à quel point ce toucher-là répond aux attentes contemporaines.



**TROISIÈME PARTIE : LES OSTEOPATHES : ENTRE  
MANIPULATION ET TOUCHER AFFECTIF, LE  
COMPROMIS.**



Ce toucher-là représente bien un compromis entre l'impensable manipulation et l'indispensable toucher affectif. Il est ardemment recherché dans une société qui récuse l'un et l'autre et qui se méfie de la sensorialité. C'est, nous allons le voir, qu'il s'agit d'un toucher qui soigne – c'est à dire de type « manipulatoire » – basé sur une forte assise scientifique, mais qui rassure en personnalisant le geste, l'adaptant à chaque individu en prenant en compte sa spécificité, son être tant psychique que corporel. Il peut approcher un toucher affectif, dans une relation individualisée au patient, sans toutefois s'y confondre totalement, protégeant ainsi les protagonistes de tout risque pulsionnel susceptible d'être provoqué par la proximité physique. En effet, il touche en surface, en général au travers du vêtement, en respectant l'interdit de pénétration dans les orifices du corps. Le droit exclusif d'effraction de l'enveloppe donné aux professionnels médicaux est ainsi respecté, ce qui rend plus tolérable ce soin au cœur même du paysage médical. Ce respect des limites corporelles rend également acceptable le toucher des corps dans un contexte d'individuation qui semble avoir rendue suspecte toute approche manuelle de la peau d'autrui, y compris à visée thérapeutique. L'interdit de la pénétration est ici névralgique : il constitue un signal important d'individuation. L'ostéopathie réussit cette gageure d'assurer son appartenance au monde savant tout en sollicitant la sensorialité et les besoins spécifiques de chaque patient. À cet égard, cette thérapie par le toucher présente beaucoup d'atouts : elle prend en considération l'expression morbide par sa capacité à l'identifier et à la soulager, mais aussi à en traiter la cause, et ceci tout en laissant une place non négligeable à l'écoute et à la réassurance des patients (les nourrissons) et de leur entourage (les parents).

Les ostéopathes ne s'identifient pas à une seule et même pratique. Les différences se situent, non seulement dans les formes de la pratique thérapeutique elle-même, mais également dans la représentation que les professionnels se font de leur thérapie, du point de vue philosophique et technique.

*« C'est à dire qu'il y a des ostéopathes qui vont être beaucoup plus mécanistes, dans le sens où c'est l'anatomie et un point c'est tout, et du coup ça se ressent plus sur leur*

*pratique où on fait craquer des articulations un peu comme les kinés au final, à la base. Et il y a des professeurs qui vont même parler d'énergie, qui vont même aller dans le ressenti, on se met au pied, on est censé ressentir ce qu'il y a à la tête, il y a 10 000 approches en fait. Quand on dit qu'il y a une ostéopathie à chaque ostéopathe, c'est vrai ».*

Marion, étudiante en ostéopathie

J'ai mené 13 entretiens avec des ostéopathes pratiquant dans plusieurs zones géographiques et formés dans des écoles et à des époques différentes, et ces témoignages m'ont amenée à distinguer dans un premier temps deux types de professionnels, correspondant à deux générations bien distinctes : celle formée avant la reconnaissance de l'ostéopathie en 2002 (7 entretiens : des professionnels de santé, principalement des kinésithérapeutes ayant fait leurs études d'ostéopathie dans un second temps), et celle constituée de personnes plus jeunes, formées directement après le baccalauréat (6 entretiens dont 2 étudiantes de dernière année).

Avant la loi de 2002 autorisant la formation ostéopathique aux « ni-ni » – ni médecin ni kinésithérapeutes –, devenir ostéopathe était, selon les professionnels interrogés, un véritable engagement, subversif et marginal du fait de la non-reconnaissance de l'ostéopathie par les autorités médicales et gouvernementales. Cet engagement était donc motivé par la véritable quête d'une autre façon de soigner, attirant des professionnels du soin (médecins ou kinésithérapeutes) ayant déjà cheminé dans leur parcours de thérapeute. Beaucoup parlent de leur découverte de l'ostéopathie comme d'une « conversion » à une autre façon de penser le soin, le corps, le patient et l'humain. L'inspiration quasi « philosophique » est alors présente, et ces praticiens évoquent volontiers les différentes qualités de leur toucher, qui s'affine en s'éloignant de la mécanique pour aller vers le sensoriel. Ils ne parlent pas de don, mais de perception sensible du toucher qui progresse en même temps qu'évolue leur conception de l'humain vers une appréhension holistique.

Les plus jeunes, qui ont embrassé d'emblée la formation d'ostéopathe, m'ont semblé dans un premier temps moins engagés dans une démarche consciemment alternative à la conception spécifique du fonctionnement humain que s'est fixée la

médecine occidentale. C'était une pensée erronée, je m'en suis rendue compte au fur et à mesure des entretiens réalisés. Plus timides car plus jeunes dans la profession, (et sans doute rendus prudents du fait de mon appartenance au monde médical « officiel »), ils avaient cependant suivi un chemin professionnel plus linéaire sans avoir besoin de s'extraire d'une façon de penser, de remettre en question tout un enseignement et une pratique acquises. Ainsi ai-je rencontré des jeunes professionnels très divers, mais qui au final avaient une conception de leur modèle thérapeutique assez semblable à celle de leurs aînés, qui, ne l'oublions pas, les ont formés. Que l'ostéopathie soit présentée comme une technique ou plutôt comme une philosophie dans un premier temps, la conception du corps du patient et du dysfonctionnement qui crée son symptôme ne diffère pas fondamentalement des discours des anciens à ceux des plus jeunes. Il s'agit surtout d'un subtil dosage dans la relation au rationnel – caution scientifique – et à l'irrationnel – référence à des entités plus difficiles à définir comme « l'énergie », le « sensoriel », le « fluide » –, références et notions toujours convoquées, mais à des degrés divers.

Anciens comme plus jeunes insistent souvent sur l'importance d'un « modèle » professionnel : soit un thérapeute qui leur a donné l'envie d'exercer le métier, soit un formateur qui leur a transmis, outre la technique, la « philosophie » de leur art. Un peu à l'image d'un Maître d'arts martiaux, ils insistent sur cet aspect de compagnonnage qui leur permet de progresser tant dans leur savoir faire manuel que dans leur vision de l'humain.

Nous débuterons ce chapitre consacré aux ostéopathes par l'exploration du contexte sociétal et des motivations qui ont mené les premiers praticiens dès les années 1980-1990 à choisir un chemin parallèle, transgressif, à la marge de la doxa médicale à laquelle pourtant ils participaient. Nous approfondirons ensuite les arguments avancés par les ostéopathes et par leurs patients en faveur du recours à cette modalité de soin afin de comprendre ce qui crée sa spécificité par rapport à la médecine conventionnelle, rendant incontournable cette thérapie par le toucher dans le parcours de soin actuel pour une si grande partie de la population.



## Chapitre 1 – La Première génération : des kinésithérapeutes en quête d'un nouveau du toucher

### Retrouver un savoir-faire manuel

On a assisté, dès la fin des années 1980, à une progression phénoménale de l'ostéopathie chez les kinésithérapeutes. Le tout nouvel intérêt de ces professionnels pour cette thérapie témoigne, dans un premier temps, d'une recherche de réhabilitation d'un savoir-faire manuel disqualifié par l'arrivée massive de machines de rééducation. Ainsi, en partie dépossédés de leur activité de soin et transformés en « assistants qui passaient plus de temps à régler des machines qu'à soigner le patient »<sup>216</sup>, nombre d'entre eux ont cherché une nouvelle manière d'exercer :

*« Moi je voulais me servir de mes mains, faire mon métier, ce pour quoi j'avais été formé, quoi. Régler des machines en réa, je ne voyais plus l'intérêt. J'avais l'impression de ne plus servir à soigner les gens » dit Michel. « Clairement, je m'emmerdais... c'était devenu inintéressant, faire des gestes répétitifs, tout le temps les mêmes, je n'avais pas appris ce métier pour ça » (Dominique).*

Pour Jean-Jacques, installé en libéral dès ses débuts dans la profession en 1970, c'est cette envie d'un savoir-faire manuel, opposé à la demande de traitement de type « physiothérapeutique », qui le conduit à l'ostéopathie :

*« Quand je me suis installé comme kiné dans les années 70, je voyais les ordonnances des médecins, je me disais oh la la, c'est pas ça, la kiné, ou alors j'ai rien compris... Parce que j'avais déjà eu cette approche pas traditionnelle dans mon*

---

<sup>216</sup> Jean-François, kinésithérapeute, entretien privé.

*école avec de Sambucy<sup>217</sup> qui était masso-kinésithérapeute. On faisait du massage. On avait une approche dans le toucher. On n'était pas des physiothérapeutes, avec la poulie, les trucs et les machins. On faisait bouger les corps, on touchait les patients, et quand je me suis installé et quand j'ai vu les ordonnances je me suis dit : j'ai rien compris, c'est pas ça que je veux faire ».*

À la question : Pourquoi l'ostéopathie est-elle arrivée en France à ce moment-là ? Dominique répond clairement :

*« Les masseurs kinésithérapeutes s'embêtaient. Je te le fais un petit peu bref, mais c'est ça mon point de vue. En tant que masseur-kinésithérapeute que j'ai été (enfin je le suis toujours, mais je ne pratique plus), tu répètes des mouvements, en permanence, au fur et à mesure pour étendre le bras, ah ! ça y est, c'est étendu... Mais tu t'embêtes, donc ils cherchaient intellectuellement autre chose. Donc ces masseurs-kinésithérapeutes sont allés soit en Angleterre chercher l'ostéopathie parce qu'il y avait quelque chose d'autre qui arrivait, soit aux États-Unis, et ils ont ramené les uns et les autres l'ostéopathie en France. Une recherche de plus de globalité ».*

Ils trouveront deux voies principales d'épanouissement : les uns s'engageront au sein des toutes jeunes Organisations Non Gouvernementales comme Handicap International (ONG créée en 1982), alors que d'autres – parfois les mêmes – se formeront à de nouvelles thérapeutiques valorisant un savoir faire manuel, comme l'étiopathie ou l'ostéopathie.

---

<sup>217</sup> Le Dr André DE SAMBUCY DE SORGUE (1909-1987) est médecin, gymnaste, ingénieur-inventeur et ostéopathe. Il est le fondateur en France de l'école de masso-kinésithérapie Sambucy.

À cette époque, une place professionnelle est à prendre : les « rebouteux » existant dans chaque région rurale du territoire de France vieillissent, beaucoup cessent leur activité, n'ayant que rarement de successeurs du fait du changement des mentalités. Le savoir empirique de ces anciens sans connaissances scientifiques se voit souvent condamné et la méfiance grandit dans les activités de soin non formalisées par un diplôme qui, de plus, sont menacées de sanctions pénales pour « exercice illégal de la médecine ». La décrédibilisation du savoir-faire manuel empirique de ces praticiens traditionnels, associant logique mécaniste et pratiques magico-religieuses, laisse donc une place vacante dans laquelle les ostéopathes, en milieu rural, s'installent :

*« Moi je suis dans un pays de rugby. Les rebouteux magnétiseurs disparaissaient car ils mouraient, sans relève vraiment. Pour les rugbymen de 30/40 ans qui allaient voir le rebouteux, les paysans aussi qui se faisaient mal au dos, j'étais comme la relève de cette culture de rebouteux. Un rebouteux magnétiseur qui a fait des études, quoi. Aussi, au début, pour exister, il fallait une forte personnalité, car c'est le bouche à oreille qui fonctionnait » (Dominique).*

Cette génération de kinésithérapeutes qui s'orientent vers l'ostéopathie est en recherche d'une vision plus globale de la personne. Ces praticiens se sont mis à considérer que rééduquer une jambe ou une épaule n'était pas suffisant pour soigner un patient. La philosophie de soin proposée par l'ostéopathie comblait pour eux une carence dans la vision très morcelée du corps qu'ils avaient apprise au cours de leurs études. La « totalité », la « globalité », « l'ensemble » du corps et de la personne : ces mots sont très récurrents. Les ostéopathes veulent élargir énormément leur compétence :

*« On est allé chercher intellectuellement « autre chose » que les techniques de mouvements répétitifs pour aller vers une recherche de globalité » (Dominique)*

*« L'ostéopathie , la philosophie, c'est que tout est lié dans le corps humain. Dans l'esprit, les gens viennent pour un symptôme et nous, on les prend dans la globalité. Ça, c'est la philosophie de l'ostéopathie. C'est une philosophie super noble » (Yannick).*

*« Il y en a encore beaucoup qui sont dans la mécanique, la manipulation, le travail de déblocage articulaire – ce qui ne veut pas dire que c'est mal ! Mais pour moi, vieil ostéopathe, ce n'est pas suffisant. Ce travail est hyper dépassé ! Tous ces mouvements – parce que le mouvement c'est la vie – ont été perçus à travers les différents espaces du corps, de la mécanique pure et dure au fonctionnement des tendons, des articulations sur le plan tendineux, cartilagineux, puis sur le plan musculaire, puis rythmique. Puis des rythmes on est passé ensuite au mental, parce que la rythmicité, elle est liée à notre mental. Pour moi, l'être humain, il est tous ces espaces-là » (Jean-Jacques).*

## **Guérir !**

Quelques années plus tard – vers la fin des années 1990 – les nouveaux kinésithérapeutes qui s'intéressent à l'ostéopathie sont, eux, principalement motivés par un gain d'efficacité thérapeutique. Ils ont vu des collègues ostéopathes résoudre rapidement des problèmes aigus et en ont été fascinés :

*« Je voulais être plus performant, en fait. Sans prétention, j'ai eu l'impression d'avoir très vite fait le tour de la kiné et qu'il me manquait des outils très importants, parce que je plafonnais sur certaines choses, et je voulais aller plus loin. J'avais entendu parler de l'ostéo, j'avais vu un collègue qui*

*travaillait, qui était beaucoup plus efficace que moi dans les techniques, j'avais envie d'être aussi efficace que lui. Oui, c'est ça, je me sentais limité dans ma thérapeutique et j'avais envie d'être plus performant » (Gilles, formé à l'ostéopathie au milieu des années 90).*

Pour Hervé, c'est également très clair :

*« C'est très simple : moi quand je voyais quelqu'un qui arrivait avec un torticolis, des dorsalgies, des lombalgies, eh bien j'étais inefficace sur les stades aigus. Donc le patient repartait comme il était arrivé... Le changement arrivait au bout de 4 ou 5 séances, et encore on n'était pas toujours sûrs qu'on étaient forcément très efficaces... C'est le manque d'efficacité qui m'a fait aller vers l'ostéopathie où on traite tout ce qui est aigu. C'est ça qui est intéressant, et le patient ressort différemment que quand il est rentré ».*

Yannick, lui, a même fait des études de kinésithérapeute pour devenir ostéopathe après avoir été à même de comparer la plus grande efficacité de cette pratique :

*« J'ai fait une séance d'ostéopathe j'avais douze ans, en 1988, c'était vraiment les débuts. Je me suis tordu la cheville, j'ai fait dix séances de kiné qui m'avaient rien fait, et j'ai fait une séance d'ostéopathie et ça a réglé le problème. Je me suis dit que c'était bien, comme truc. Si je savais faire ce qu'il faisait, le gars, je ne devrais pas avoir de problème pour avoir du travail. Et puis ça m'a bien plu en plus, et puis il y avait des résultats au bout donc... voilà ».*

C'est donc bien la mise en valeur de la main et du toucher dans un contexte général les éloignant de leur savoir-faire premier qui pousse ces professionnels à s'orienter vers l'ostéopathie. On voit déjà pointer ici la représentation d'un corps interagissant avec l'esprit, une vision holistique de l'être humain qui ne fera que monter en puissance dans les décennies qui suivront.

## **Chapitre 2 – Un toucher-manipulation adapté aux nouvelles attentes**

Les ostéopathes de toutes générations que j'ai rencontrés – qu'ils aient d'abord été kinésithérapeutes ou pas –, se réfèrent à un socle de connaissances théoriques acquises au cours de leurs études. Ce savoir scientifique et médical d'anatomie et de physiologie est invariablement revendiqué comme constituant une caution de leur compétence.

Partant de ce socle commun, le discours se décline ensuite en fonction de l'évolution de chacun d'entre eux : pour certains, le discours se dirige rapidement vers une perception holistique très empreinte de spiritualité, alors que pour d'autres, la référence mécaniste reste prépondérante. Cependant, quelle que soit l'orientation choisie, les notions plus abstraites d'« énergie », de « fluide », et autres entités détachées de toute référence purement scientifique et cartésienne, sont toujours sollicitées ici à un moment ou à un autre.

### **La revendication d'un toucher-manipulation savant**

#### *Une recherche de légitimation scientifique omniprésente*

Comme nous l'avons vu, chaque ostéopathe interrogé revendique avoir reçu une formation médicale rigoureuse en anatomie et en physiologie humaines, cautionnant sa capacité de diagnostic et de prise en charge du patient qui le consulte. Même quand les approches thérapeutiques s'éloignent des disciplines purement médicales, les praticiens les évoquent en guise de légitimation. Ainsi, Jean-Jacques, ostéopathe de « première génération », explique-t-il en parlant d'un de ses enseignants :

*« Il a des connaissances médicales extraordinaires. Quand il nous donne des cours d'ostéo, on travaille beaucoup en énergétique, mais toute cette approche énergétique est basée sur l'embryologie, sur comment et pourquoi ça se développe comme ça, avec une vision globale fascinante ».*

Évoquant ensuite sa propre approche thérapeutique, il utilise en permanence un lexique scientifique :

*« En fait, l'info, elle est biologique. À partir du moment où elle est biologique, elle va passer dans mon cerveau cognitif, mon cerveau cognitif il la prend pour réaliser ».*

De la même façon, Gaël, appartenant à la génération plus jeune des « ni-ni » (ni kinés ni médecins), se réfère à la clinique médicale :

*« On apprend des techniques parce qu'il y a une validation clinique qui a validé les résultats et les effets de la technique, donc ces techniques-là on nous les a enseignées ».*

Hervé, un « ancien », décrit sa formation ainsi :

*« La démarche américaine était beaucoup plus structurée, structurée. Il y a d'abord toute une théorie qui est bien appliquée, et quand on passe à la pratique on applique la théorie, on a une base, on sait ce qu'on fait ».*

Jean-Michel, lui, qui s'est beaucoup éloigné de la logique mécaniste de l'ostéopathie pour privilégier une approche très « énergétique » et spirituelle, nourrie de médecine chinoise et de chamanisme, cautionne malgré tout ses thèses par des références très médicales :

*« Là on travaille sur un livre d'un chirurgien de la main qui a fait un travail de recherche colossal pour montrer que le tissu conjonctif de la peau jusqu'à l'os est entièrement interconnecté, et que donc au niveau du toucher, le fait de toucher à n'importe quel endroit répercute sur l'ensemble du tissu conjonctif et que donc il faut travailler en ce qu'on appelle le « toucher du papillon ». C'est-à-dire qu'entre la*



*main et la peau il faut que l'énergie-lumière puisse passer. Or beaucoup d'ostéopathes ont une main trop dure, quoi. Ce livre a été écrit en association avec un ostéopathe américain, et donc il y a la partie très médicale du Professeur qui parle de l'organisation du tissu conjonctif, c'est hallucinant ».*

Interrogée sur une éventuelle filiation avec les rebouteux d'antan, Marine, jeune ostéopathe « ni-ni », remarque :

*« De toutes façons, pour que ce soit reconnu il fallait que ce soit plus carré, avec une formation sérieuse en anatomie, en pathologie, en tout ça, mais je pense qu'au niveau manipulation ils faisaient un peu de l'ostéopathie sans le savoir quand même. On est peut-être un peu plus fins dans les manipulations maintenant... Je n'ai jamais vu un rebouteux travailler, mais dans l'imaginaire qu'on a je pense que la pratique est un peu plus fine ; mais oui c'est du même tonneau, on va dire ».*

Dominique se définissait ainsi en 1999 lors de son installation dans le Gers :

*« C'est quoi un ostéopathe ? » un ostéopathologue on m'avait dit. Et quand je leur disais : « Je suis un rebouteux magnétiseur qui a fait des études, ma mère venait de Toulouse en plus, c'était bon, j'étais intégré. C'était ma carte de visite, si tu veux ».*

Une observation menée lors d'un stage de formation professionnelle dispensé par un ostéopathe à des sages-femmes en mars 2015 m'a fourni de nombreux exemples de cette utilisation récurrente du champ sémantique scientifique : outre les rappels permanents à des données anatomiques pour expliquer les pratiques utilisées, la présentation du modèle pédagogique lui-même – sous la forme d'une « courbe de Gauss des apprentissages » projetée – en est exemplaire. Les supports

iconographiques utilisés durant toute la formation alternent ainsi entre schémas anatomiques légendés et images poétiques esthétiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Du reste, c'est bien cette plus-value scientifique que leur clientèle attend des ostéopathes et qui leur assure leur crédit. Des femmes interrogées sur leur perception de l'ostéopathie sont unanimes quant à l'aspect « savant » de l'ostéopathie :

*« L'ostéopathe, il n'est pas comme le toucheur : lui, il manipule, il fait des gestes qu'il a appris, il est plus comme le médecin, mais pas pareil » dit l'une d'elles, interrogée dans la Sarthe.*

Pour une seconde, questionnée sur la spécificité de l'ostéopathe :

*« il remet en place quand quelque chose ne va pas, c'est comme un rebouteux, mais médical. Il a appris, lui ».*

Ou encore :

*« Les ostéopathes, ils ont une formation reconnue, c'est scientifique ».*

*« L'ostéopathe, c'est plus comme de la médecine, c'est un peu scientifique quand même, pas comme le toucheur ».*

*« Ils ont fait beaucoup d'études, ils sont calés en anatomie ! ».*

Parfois, l'ostéopathe est même considéré comme plus compétent que le médecin, comme un spécialiste :

*« Il est plus spécialisé et il est donc capable de détecter des choses que le médecin ne verra pas ».*

ou encore :

*« L'ostéopathe, il observe des « dysfonctionnements » que le médecin généraliste ou le pédiatre ne voient pas. Ce n'est pas péjoratif, ils ne travaillent pas sur le même objet, les formations sont différentes, c'est tout ! ».*

Pour l'une d'entre elles :

*« C'est un spécialiste qui règle des maux qu'un médecin ne réglera pas avec des médicaments, il permet de régler de nombreux problèmes fonctionnels ».*

*« L'ostéopathe est plus habitué à manipuler les bébés dans son domaine, il a des gestes plus précis ».*

Pour une autre :

*« Je considère l'ostéopathe comme un spécialiste vers qui m'orienterait mon médecin traitant ».*

*« L'ostéopathe est plus spécialisé, donc apporte forcément un complément ».*

La caution scientifique et médicale des ostéopathes est donc largement sollicitée, tant du côté des praticiens que de celui des patients. Il s'agit d'un toucher « savant », d'ordre manipulateur. Or, cette manipulation-là est sollicitée, plébiscitée, alors même que les manipulations dispensées par le corps médical sont contestées, soumises à de vives critiques. C'est donc bien qu'il existe une spécificité de ce toucher manipulateur ostéopathique. Une des différences repose sur le type même du toucher: l'ostéopathe soigne le corps par le corps, il utilise ses mains, nues, et n'a jamais recours à des instruments ou accessoires, ce qui rend cette discipline « naturelle » aux yeux des patients. Cette manipulation valorisant un rapport

mécanique au soin se situe en même temps clairement en opposition à l'industrie pharmaceutique, si sollicitée par les praticiens de la médecine conventionnelle. C'est cet aspect que nous allons développer à présent.

## **Une filiation avec la nature recherchée par tou-te-s**

### ***La logique mécanique versus la chimie : une recherche très actuelle***

*« Si l'os est déplacé, il le remet, il sait faire, il a appris ».*

Vanessa, mère d'un bébé de 2 mois.

L'ostéopathie trouve sa légitimité populaire dans sa logique mécaniste, supplétive de l'utilisation du médicament. Cette « place » donnée à la thérapie manuelle est apparue éminemment importante tant du côté des praticiens que du côté des patients, et ce fut une des grandes surprises de mon enquête de terrain. Certes, de précédentes études avaient déjà montré cette méfiance envers le médicament – en particulier lorsqu'il s'agit de la femme enceinte et de son nouveau-né. Ainsi la recherche de Lucie Fouquet<sup>218</sup> en 2014 montrait que les femmes enceintes interrogées recherchaient systématiquement, en première intention, des solutions à leurs symptômes liés à la grossesse dans les médecines alternatives. Leur argument principal était l'évitement des médicaments faits à base de molécules de synthèse issus de l'industrie pharmaceutique, les remèdes homéopathiques, pourtant issus de la même industrie, n'étant eux pas mis en cause. Ils étaient assimilés par ces femmes à la classe des traitements « naturels ».

---

<sup>218</sup> FOUQUET, Lucie. *Les femmes enceintes et les médecines non conventionnelles*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Tours : Université François Rabelais, 2014.

Cette recherche du « naturel » et cette méfiance populaire envers les traitements étiquetés comme « chimiques » ont été parfaitement intégrées par l'industrie pharmaceutique qui oriente désormais son discours commercial en ce sens. L'argumentaire utilisé par un laboratoire pharmaceutique commercialisant un dispositif contraceptif intra-utérin (stérilet) contenant un traitement hormonal intégré est exemplaire à cet égard : désireux de remplacer à la vente un produit ancien par ce nouveau stérilet plus onéreux et qui, de plus, doit être renouvelé plus souvent (tous les 3 ans au lieu de 5 ans), l'argument principal allégué par le commercial que nous avons rencontré est : « *il y a moins d'hormones, c'est plus naturel* ». On le retrouve sur les brochures de présentation de ce stérilet :

*« Le stérilet hormonal est généralement très bien toléré. Le taux d'hormones dans le sang est beaucoup moins élevé qu'avec la prise de la pilule, et il n'y a pratiquement pas d'effets secondaires. Comparé à M.® – le produit précédemment mis sur le marché par ce laboratoire – , le taux d'hormones est réduit de près de la moitié ».*

Dans un autre travail datant de 2016, Sophie Robin-Bernard mettait en lumière que les jeunes filles de 18 ans à 25 ans interrogées déclaraient majoritairement être méfiantes envers les pilules contraceptives du fait de leur composition en hormones de synthèse<sup>219</sup>. Cette méfiance, bien entendu alimentée par les récents scandales relatifs aux effets indésirables des pilules de 4ème génération, prend cependant ses racines dans un mouvement plus large de pensée populaire à laquelle adhèrent certains professionnels de santé.

Notre propre enquête sur l'ostéopathie confirme amplement la puissance de cet argument « naturalisant ». Pour les usagers, l'aspect purement mécanique de l'intervention de l'ostéopathe est toujours évoqué comme rassurant, comme nous le

---

<sup>219</sup> ROBIN--BERNARD, Sophie. *Un enfant si je veux quand je veux ? Libertés, contraintes et marges de manœuvre dans la contraception*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Tours : Université François Rabelais, 2016.

retrouvons dans les commentaires présents sur les questionnaires de l'enquête réalisée au CHRU de Tours en 2015 :

*« Je pense que la grossesse et l'accouchement chamboulent notre corps ainsi que notre squelette et qu'il est important de tout remettre en place ».*

*« Le corps du bébé est mis à rude épreuve lors de l'accouchement. L'ostéo peut « reformer » la tête, remettre le dos en place, ainsi que la nuque, même la langue qui peut rendre les seins douloureux lors de l'allaitement. Une consultation devrait être systématique sur chaque enfant ».*

On trouve encore ces témoignages, toujours issus des questionnaires de l'enquête faite au CHRU de Tours auprès des femmes nouvellement accouchées, qu'elles soient utilisatrices ou non de l'ostéopathie :

*« L'ostéopathie ré-équilibre les énergies, remet en place ce qui peut avoir été déplacé ».*

*« Les bébés ont les os encore très souples, donc plus faciles à manipuler, et permet de remettre les petites imperfections ».*

*« L'ostéopathie répare et ne nécessite pas de médicaments, ça permet de compléter le médical et d'agir sur le squelette ».*

*« L'ostéopathe peut traiter « mécaniquement » (vertèbres tournées, os discrètement déplacés...) Il fait la remise en « équilibre » des parties du corps ».*

*« L'ostéopathie, c'est pour la remise en place des os, des nerfs lors de petits problèmes ».*

Quant à l'évitement du médicament grâce à l'ostéopathie, presque toutes les femmes interrogées l'abordent immanquablement. À la réponse à la question « *en quoi l'ostéopathe vous semble complémentaire du médecin généraliste ou du pédiatre ?* », on trouve, parmi les réponses :

*« Pour débloquer les zones douloureuses plus efficacement que les médicaments ».*

*« Rééquilibrage du corps sans médicament ».*

*« Soulager des maux autrement que par les médicaments ».*

*« Remet le corps en place, manipule précisément l'enfant, sans médicament ».*

*« Soulage colique, mal de tête, mal de dos... et sans médicament ».*

*« Permet de soigner le corps par des manipulations, sans médicament ».*

*« Affine le diagnostic en prenant d'autres critères en considération. Apporte une vision plus complète du fonctionnement du corps. Parfois je préfère voir un ostéo si je sais que l'origine d'un mal est fonctionnel, contrairement au médicament, pas de contre indication, pas de limite d'âge et d'effets secondaires ».*

*« Médecine douce, appropriée pour les petits désagréments qui ne nécessitent pas de sur-médicalisation ».*

*« Éviter les médicaments et trouver une solution mécanique ».*

*« Il est important de ne pas prendre l'habitude ou habituer notre corps à ingérer des médicaments (effets indésirables pas toujours maîtrisés), l'ostéo est à mon sens plus naturel ».*

À la question : *« Selon vous, y a-t-il un intérêt à consulter un ostéopathe en plus du suivi classique par un médecin ? Si oui, lequel ? »*, les femmes répondent à la quasi unanimité que l'ostéopathie permet d'éviter la prise médicamenteuse :

*« Limiter la consommation de médicaments systématique ».*

*« C'est bien d'avoir d'autres avis et d'autres pratiques que les médicaments ».*

*« Pouvoir intervenir sur l'enfant par d'autres moyens que médicamenteux ou pour éviter des interventions chirurgicales ».*

*« Permet de remettre en place certains mouvements ou peut calmer des douleurs qui ne pourraient pas être soignées par des médicaments. Remet en place certaines parties du corps qui bougent au passage du bébé dans le vagin ».*

*« Un vrai intérêt ! certains problèmes de santé ou fonctionnels pouvant se régler avec une simple séance. Évite de prendre des médicaments parfois inutiles ».*

*« En cas de problème : beaucoup plus efficace que les kinés et les traitements médicamenteux ».*



*« Agit autrement, sans prise de médicaments ».*

*« Permet de déceler, lorsque par exemple l'enfant pleure beaucoup ou peut avoir des difficultés à dormir, la tension accumulée et intervenir sans l'aide des médicaments : c'est de la médecine douce. ».*

*« Cela permet de soigner les petits maux du corps sans qu'ils prennent d'ampleur et que l'on ait besoin par la suite de prendre des médicaments ».*

*« Il peut soigner par d'autre moyen que les médicaments ».*

*« Reste une méthode naturelle à certains maux ce qui ne nécessite pas forcément un complément médicamenteux. ».*

*« C'est une médecine douce, annexe, qui peut éviter des médicaments ou des interventions médicales ».*

Du côté des ostéopathes, le vocabulaire mécaniste est également très sollicité. L'observation menée lors du stage de formation professionnelle dispensé par un ostéopathe à des sages-femmes en mars 2015 – déjà cité plus haut – m'en a fourni de nombreux exemples : tout d'abord par les images utilisées pour expliquer les liens anatomiques entre les muscles, fascias et tendons (*un grand élastique intérieur*), puis par des objets sollicités pour illustrer les effets des mouvements induits par les manipulations enseignées (*le tire-bouchon dont les bras se lèvent ; un robinet, un rail, un ascenseur, une mappemonde, des balais d'essuie-glaces*). Tous les enseignements sont illustrés et démontrés par la manipulation de ces objets accompagnant la parole du formateur.

Cet univers de réception – le refus du médicament – est souvent bien perçu par les ostéopathes, comme Marion :

*« Les gens viennent beaucoup chercher un moyen de se soigner sans avoir recours au médicament. Pourtant, nous, parfois, au contraire, on leur dit : vous avez essayé de prendre ça ? et ils disent : Oh non, moi, les médicaments... il y a un ras le bol ».*

ou encore Marine :

*« Je trouve que les gens au contraire souvent viennent voir l'ostéopathe sans passer par la case médecin parce qu'ils vous mettent toujours des anti-inflammatoires, des myorelaxants et eux ils disent : en fait j'en veux pas! On en a marre de bouffer des cachets, d'être médicalisés à outrance, on préfère faire comme ça, on fait une séance et tranquille plutôt que de faire quinze séances de kiné des anti-inflammatoires et tout ça. Donc je trouve que les gens sont plutôt moins dans une démarche de médicalisation à outrance ou de médicalisation à l'aveugle en fait, de se livrer au médecin et à la chimie. Ils sont tous à vouloir se prendre en charge, ils comprennent le bien-fondé de la thérapeutique et au contraire ils préfèrent éviter la médicalisation ».*

Cette recherche de « naturel » ne se limite cependant pas à opposer mécanique et chimie. Très souvent, les références à des pratiques utilisées dans un passé idéalisé ou à des façons de faire observées dans des populations considérées comme peu contaminées par les pratiques occidentales sont sollicitées pour étayer les pratiques ostéopathiques.

***Avant et ailleurs : entre nostalgie et exotisme, le bon sens « premier » comme référence***

Si l'assise scientifique et médicale est revendiquée par les ostéopathes et plébiscitée par les patients, un univers de référence concurrent est régulièrement

utilisé par ces professionnels pour légitimer leur pratique. Il s'agit d'utiliser l'évidence d'une sorte de « bon sens paysan » qui aurait prévalu par le passé dans nos campagnes et celle d'un « bon sens premier » qui existerait dans des sociétés humaines « exotiques ». Ces références sous-entendent que plus la société prise en exemple est éloignée des certitudes scientifiques occidentales et des progrès technologiques, plus elle est en lien avec l'environnement et les éléments naturels, et plus ses membres usent de pratiques de soins cohérentes et respectueuses de l'humain. J'ai rencontré de nombreux exemples de cette perception au cours de mes enquêtes de terrain : références aux rebouteux « instinctivement » compétents, aux « remèdes de grands-mères » efficaces et sans danger, mais aussi aux pratiques de soins appliquées aux femmes et aux nourrissons par les matrones traditionnelles dans diverses parties du monde.

Une des expériences les plus importantes à cet égard fut certainement l'observation du stage de formation déjà cité dispensé par un ostéopathe à un groupe de 15 sages-femmes venues de diverses régions françaises, à Paris, en 2015. Il y est sans cesse fait référence à l'« avant » et au « terroir ». L'ostéopathe formateur emprunte des exemples à des ouvrages d'historiens pour évoquer les pratiques de modelage des crânes des nourrissons, citant une anecdote de pratique du même modelage par une religieuse au XIXe siècle ; il nomme ensuite une technique de soins qu'il a personnellement créée en expliquant l'origine du nom qu'il lui donne comme étant « *une soupe paysanne qui mélange plein d'ingrédients qui se trouvent chez les paysans gascons* ». Dans la salle dans laquelle se déroule la formation, l'espace réservé à la pause est appelé « espace terroir », et comprend des en-cas apportés par les participantes et par lui-même, identifiés comme spécialités régionales et pour la plupart issues de l'agriculture biologique : un mélange de références, donc, les traditions et le naturel.

Un second type de références au bon sens pratique est omniprésent : il s'agit de références à des pratiques traditionnelles empruntées à l'ethnographie, comme, à nouveau, les pratiques de modelage des crânes, ou encore les manipulations pratiquées sur les bassins des femmes en post-partum immédiat. Cet exotisme se traduit par des citations, à l'instar de ce proverbe inuit « *si je vois plus loin que mes*

*ancêtres c'est que je suis monté sur leurs épaules* » ou encore sur une diapositive montrant un habitat traditionnel africain, « *la case aux épices* », utilisée pour évoquer les multiples sources utilisées dans la formation. D'où, lors des entretiens avec les ostéopathes, ces références aux pratiques traditionnelles :

*« Comme ça se fait aux Antilles, elles s'appellent les frotteuses, elles remodèlent le crâne des bébés. Donc il y a un savoir-faire traditionnel de remodelage du crâne, et que ça puisse être intégré et se faire par les sages-femmes ce serait bien ».*

### Une physiologie magnifiée

Dans le discours des ostéopathes, la physiologie est sublimée comme auto salvatrice. Ils conçoivent tous le corps humain comme a priori compétent pour fonctionner sans aléas. Ses dysfonctionnements ne seraient que la conséquence d'une intervention extérieure provoquée par de mauvaises conditions environnementales et/ou psychologiques liées, au fond, à un éloignement de la « nature ». Hervé résume très clairement ce que tous expriment :

*« Le côté vraiment passionnant de l'ostéopathie, c'est que c'est quelque chose de global et qu'on considère l'individu dans sa globalité à tous les niveaux. On considère que le corps est capable de tout gérer normalement, mais que malheureusement tout le monde subit plein d'agressions, le corps subit plein d'agressions de différents horizons, des agressions mécaniques, structurelles par ses activités sportives professionnelles etc., des agressions plus biochimiques ou alimentaires, enfin nutritionnelles parce qu'on mange mal, on ne mange pas, on saute des repas, tout ce qui est agressions émotionnelles, qui sont importantes, et bien d'autres agressions, la pollution et tout ça, c'est tout un ensemble que le corps est capable de bien gérer, normalement. Mais quand il y a trop d'agressions, ou qu'il y*

*en a une qui est trop importante, ça va exploser quelque part, et c'est souvent dans ces zones de faiblesse qui sont propres à chacun. C'est pour ça que souvent, quand on a mal, on a souvent mal aux mêmes endroits, et c'est là où ça va exploser, c'est la goutte qui fait déborder le vase, donc il faut essayer de rééquilibrer l'ensemble. C'est pour ça que la globalité intervient à ce niveau-là. Il faut essayer de réduire un maximum d'agressions pour que le corps se reprenne un petit peu en charge de lui-même et qu'il puisse gérer l'ensemble » (Hervé).*

Ainsi l'action de l'ostéopathe est-elle décrite comme un accompagnement de la physiologie, comme une thérapie permettant au corps de se remettre à fonctionner correctement une fois les obstacles levés, et non comme une réparation stricto sensu :

*« Et je vais juste renforcer cette physiologie. C'est vrai qu'on va vraiment être efficaces sur les problématiques de coliques, de constipation, sur les troubles du sommeil, sur les problèmes de plagiocéphalie, de torticolis, de reflux plus ou moins, ça c'est un peu plus compliqué, mais on va vraiment avoir des réponses concrètes et au delà de lutter contre la pathologie on va renforcer la physiologie, on va faire que le bébé il continue à aller bien ».*

*« Pour les bébés, je donne rendez-vous 40 jours après. Ils appellent dès la maternité, et je demande « comment il va votre bébé? ». Il y a un blanc, et ils disent « ben bien ». Donc je leur dis 40 jours après, il y en a d'autres qui l'ont dit avant moi. Ça laisse un temps pour se dilater, pour que la physiologie elle se mette en place, pour que la relation mère-enfant, le couple, la famille, tout ça... Et ce n'est pas avec mes mains d'ostéopathe que je vais aller perturber une*

*écologie qui est viable, qui fonctionne. Par contre si il a des coliques, un torticolis, là on se voit demain. Parce que là il a besoin de lancer la physiologie ».*

*« Quand je vois un bébé à 3 ou 4 jours, il est tout chaud encore, la seule chose que je fais, c'est je pose mes mains et puis j'attends. J'attends quoi ? Je donne juste un point d'appui pour que tous les tissus se rééquilibrent. J'accélère le processus de sédentarisation de la physiologie pour qu'elle s'installe » (Dominique).*

Le toucher ostéopathique appartient donc bien au domaine du toucher « manipulation » tel que nous l'avons défini. Mais à cette légitimité scientifique rassurante, – apparemment si nécessaire dans notre cadre de références actuelles –, il ajoute un lien avec une « nature » sublimée, il répond parfaitement aux attentes populaires du moment. Ces éléments ne suffisent cependant pas à expliquer un tel plébiscite de l'ostéopathie. Si le toucher-manipulation ostéopathique est si bien accepté, contrairement à celui dispensé par l'univers médical, c'est qu'il sait respecter, à sa façon, l'interdit du toucher des corps.

Mais comment font-ils ?

## **Chapitre 3 – Un toucher sensible et individualisé, dans le respect des limites imposées**

### **L'enveloppe corporelle respectée**

Un des interdits les plus importants est l'entrée à l'intérieur du corps. Nous l'avons démontré dans un chapitre précédent, l'effraction de l'enveloppe corporelle, y compris par les orifices naturels du corps, semble être devenue intolérable. Seul le monde médical (j'insiste sur le terme « médical », pour ne prendre en compte que les médecins, dentistes et sages-femmes) garde le privilège de pouvoir transgresser cet interdit, à la condition implicite que l'accès par les autres voies soit impossible : dans la mesure du possible, en effet, on lui préférera toujours l'imagerie permettant de voir « au-dedans » du corps et on s'appliquera à limiter au maximum la fréquence des examens internes, et la taille des incisions si l'opération est inévitable.

Le monde ostéopathique a évolué avec ces interdits. Si les tout premiers praticiens des années 1980-1990 ne connaissaient pas ces limitations d'exercice – du fait de leur profession de kinésithérapeute les autorisant, sous couvert d'une ordonnance médicale, à pénétrer certains orifices mais aussi parce que l'époque n'imposait pas ces contraintes – la législation, elle, a évolué dans le sens de l'affirmation de l'interdit. Depuis 2007, en effet, l'exercice des ostéopathes est législativement limité au toucher externe,<sup>220</sup> et les techniques de manipulations internes ne sont donc même plus enseignées dans les écoles. On retrouve d'ailleurs cette fracture générationnelle dans les discours des ostéopathes. Les anciens sont souvent nostalgiques de la liberté dont ils disposaient avant la loi, regrettant cette limitation et la percevant comme entraînant une perte d'efficacité. Ils reconnaissent aussi transgresser parfois cet interdit alors que les plus jeunes, eux, l'ont plus généralement intégré comme étant normal au regard du respect du corps du patient. Comment expliquer cette forte différence dans la réception de l'interdit ? Frustration

---

<sup>220</sup> Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.[en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>

professionnelle des anciens devant une privation d'autonomie, et/ou évidence d'un interdit pour la nouvelle génération ? Au cours des entretiens, j'ai acquis la conviction que la seconde option est la plus probable : en effet, si les plus jeunes – des « ni-ni » – affirment ne jamais transgresser l'interdit de toucher interne par toucher vaginal et rectal, ils reconnaissent sans exception passer outre l'interdit de soin aux nourrissons de moins de 6 mois et celui de manipulation des vertèbres cervicales. Il ne s'agit donc pas d'une attitude plus respectueuse des lois dans leur ensemble, mais bien d'une sélection dans la transgression.

*« On n'a pas le droit aux touchers vaginaux ni aux touchers rectaux. Enfin, j'avais oublié: les nourrissons de moins de six mois, les manipulations de cervicales et les touchers vaginaux et touchers rectaux.*

– Et dans la bouche, vous avez le droit ?

*Oui. Pour les techniques crâniennes en fait. Après s'il y a une interdiction je n'ai pas le souvenir, je demande aux gens s'ils sont d'accord, et c'est avec un gant pour aller derrière les dents ; c'est moins intrusif quand même que les touchers vaginaux, les touchers pelviens quoi » (Solène, « ni-ni »).*

*« En tant qu'ostéopathe exclusif, je n'ai pas droit aux TV, pas droit aux TR, pas le droit de faire des manœuvres intra buccales.*

– Il y a des textes là-dessus ?



*Je ne les ai pas eus, les textes, mais les enseignants nous ont dit que oui. J'ai vu les textes pour les TV, les TR, mais même pour les manœuvres intra-buccales il n'y a pas le droit.*

– Et vous avez des manœuvres dans les narines ?

*Dans les narines non. Moi je n'en connais pas. On nous a appris les manœuvres intra-buccales mais je ne les fais pas en cabinet, je n'ai pas le droit.*

– Il paraît qu'il y a en principe une interdiction de toucher aux bébés de moins de 6 mois sauf sur avis de non contre-indication médicale. Tout le monde transgresse, en fait ?

*C'est-à-dire... Oui, on transgresse parce que – c'est délicat, parce que quand on voit un bébé avec une plagiocéphalie on sait très bien que si on le laisse comme ça, si on le laisse jusqu'à 6 mois, à 6 mois c'est trop tard, on aura beaucoup de difficultés à récupérer la déformation du crâne, il faut vraiment la traiter plus tôt que ça. C'est sûr que moi je préfère être dans les clous de la loi, mais... »*

(Gaël, « ni-ni »).

« – Les interdits d'effraction du corps ( interdit des touchers vaginaux et rectaux) ce sont des choses qui vous sont enseignées ?

*Oui, bien sûr, oui, on n'a pas le droit. C'est avec regret malheureusement, parce qu'il y a plein de fois où nous on se retrouve dans des situations, on a des patients, on sait bien qu'il faudrait aller plus loin que ça, et on est obligés de réorienter vers les seuls médecins ostéos qui existent parce que nous on est dans l'interdit c'est sûr »*

(Marion étudiante ostéopathe « ni-ni »).

Les kinés-ostéopathes de la première génération, eux, reconnaissent volontiers continuer à avoir parfois recours aux touchers internes qu'ils savent faire, même s'ils admettent que leur pratique nécessite une approche particulière du patient :

*« Si on trouve des problèmes de ventre on travaille en externe, si jamais ce qu'on fait en externe ne suffit pas, parfois il faut aller regarder un petit peu en interne quoi, donc il est bien évident qu'on ne se jette pas dessus comme ça ! Généralement, quand on traite ces choses-là, c'est au bout de la troisième ou quatrième séance ou, si vraiment on voit que il y a des choses qui ne vont pas, on se dit : il faudrait peut-être aller voir ce qui se passe, mais sachant que tout entraîne tout, il y a des fois des choses qu'il faut aller regarder » (Hervé, kiné ostéopathe).*

« – J'ai entendu dire que les manipulations internes, TV, TR, – pour les ostéos non médecins – sont interdites. Et la bouche ? Y a-t-il une interdiction ?

*La bouche, non, bien sûr, mais si j'ai besoin de faire un toucher rectal, je le fais !*

– Oui, mais officiellement ?

*Oui, officiellement c'est interdit, mais la bouche, non. Euh...(hésitant) non, non, il n'y a aucune interdiction... ce qui prouve bien la mauvaise foi de la médecine par rapport à ça, d'ailleurs.*

– Vous expliqueriez ça comment, cette différence entre les orifices ?

*Je pense que le côté vésical, anal, génital est un côté tellement tabou que les médecins se l'octroient comme...*

*euh... attendez, il n'y a que nous qui pouvons toucher à ça !  
Alors ceci dit je le comprends aussi, ça peut éventuellement  
se comprendre par rapport à la sensibilité de l'organe...»  
(Jean-Jacques, kiné et ostéopathe).*

La crainte exprimée dans le discours de ces ostéopathes est plus celle d'être accusé d'atteinte à l'intimité corporelle –et donc psychique –, voire sexuelle, que de présenter un danger dans la manipulation elle-même :

*« – Une dernière chose sur la fameuse loi qui vous empêche  
de manipuler en interne. Les anciens disaient qu'ils ne  
peuvent pas réparer un coccyx sans faire un TR par  
exemple...*

*Ils ont tort, enfin dans 80 % des cas, c'est ce que je dis à mes  
patients.*

*– Vous, ça vous paraît justifié ?*

*De mettre un encadrement médical sur les touchers  
internes ? Oui, parce qu'il ne faut pas déconner, et parce  
qu'on peut se prendre des procès à la con.*

*– Ça peut être dangereux les manœuvres internes ?*

*Non, pas dangereux, mais je pense que psychologiquement,  
avec des gens qui sont un peu limite aussi bien chez les  
patients que chez les praticiens, comme ça normalement y a  
pas de problème. Tout ça c'est parti de trucs... Il y a, pas très  
loin d'ici, un collègue qui a eu une dame qui s'est bloqué le  
coccyx... Il lui fait un toucher rectal en première intention !  
Elle n'était pas prévenue et donc elle l'a mal vécu cette  
dame, et forcément son mari est venu casser la gueule à  
l'ostéopathe 4 jours après ! Forcément. En fait, ce qu'il faut  
faire quand les gens ont un coccyx déplacé, il faut d'abord  
leur dire, on va essayer de régler un petit peu tout ce qu'il y*

*a autour, ovaires, bassin, on va pas jusqu'aux cheveux hein !  
Et puis on fait des techniques en fascia qui marchent dans  
80 % des cas, et donc dans 80 % des cas je n'ai pas besoin  
de faire de touchers rectaux. Par contre, il y a eu des gens,  
des fois il y a des mecs, je le fais aux mecs aussi, hein ! je ne  
fais pas qu'aux nanas hein, je suis très clair et je dis toujours  
aux gens : ça m'éclate pas plus que vous ! C'est toute une  
façon d'amener les choses... Donc ça, ça ne me dérange pas.  
Le toucher vaginal je ne l'ai jamais fait, donc... » (Yannick,  
kiné ostéopathe).*

L'interdit du toucher interne est donc très clairement perçu comme une protection de l'intimité du patient. L'impensable effraction de l'enveloppe corporelle s'exprime donc ici clairement, et ce cadre bien défini est perçu comme protecteur – du patient comme du praticien – de tout risque de « dérapage » dans le non-contrôle des pulsions.

Dans le potentiel contact peau à peau du praticien et du patient, il en est de même. Si le médecin utilise les gants pour se prémunir de tout contact « peau à peau », l'ostéopathe, lui, n'en utilise jamais pour toucher son patient. Cet ustensile est pour eux fortement connoté comme signifiant une manipulation intrusive. De plus, il est réputé altérer la qualité du ressenti manipulateur. C'est dans la manière d'appréhender la zone à toucher que l'ostéopathe manifeste son respect de l'enveloppe corporelle de son patient, en posant la main par dessus le vêtement et non en contact direct avec la peau. J'ai pu le constater dans toutes mes observations et expériences du toucher ostéopathique : hormis le contact direct de la main du thérapeute avec le crâne du patient – adulte ou bébé –, toutes les autres zones corporelles sont en général traitées au travers du tissu. Les seules exceptions que j'ai pu observer sont des manipulations sur des articulations comme la cheville ou le genou. Chez les bébés aussi, toutes les séances observées ont révélé que l'enfant restait vêtu. Seul un ostéopathe interrogé a précisé qu'il préférerait le contact direct.

Même lui a cependant admis que ce contact n'était pas indispensable au geste ostéopathique :

*« Alors on peut travailler sur une personne habillée, ça ne pose aucun problème. Le toucher de la peau n'est pas fondamental. Moi, personnellement, j'ai tendance à faire déshabiller les gens car ce toucher peau à peau rejoint pour moi un peu l'haptonomie, ce toucher affectivo-confirmant de l'haptonomie qui est génial et que je trouve intéressant, mais pour moi, personnellement »* (Jean-Michel, kiné ostéopathe).

Le toucher ostéopathique entre donc en résonance forte avec les interdits sociétaux du toucher qui sont prégnants de nos jours, ce qui confirme notre hypothèse : cet art de guérir est fortement congruent avec les interdits pulsionnels d'une époque, et l'état actuel du procès de civilisation des pulsions.

Un autre élément nous a semblé participer au plébiscite de l'ostéopathie : il s'agit de l'attente spécifique des patients de voir personnaliser le soin qu'ils reçoivent, ce qui fait écho à la préoccupation d'individuation dans l'univers thérapeutique. En effet, une des qualités reconnues aux ostéopathes par rapport à la médecine conventionnelle est qu'ils s'intéresseraient au patient en tant qu'individu, et non plus, comme la médecine conventionnelle le fait, en tant que symptôme qu'il convient de traiter de façon protocolaire.

### **Un toucher en accord avec la conception holistique de l'humain**

Cette dimension de la prise en charge ostéopathique est primordiale pour les patients comme pour les ostéopathes : pour les mères interrogées, le grand avantage de cette prise en charge réside dans l'intérêt porté à leur enfant en tant qu'individu considéré dans sa globalité psychique et corporelle. Aussi a-t-on retrouvé dans les questionnaires (chaque citation provenant d'une femme différente) des remarques comme celles-ci :

*« L'ostéopathe a une prise en charge plus globale de l'individu et a recours à des manipulations qui ne sont pas symptomatiques ».*

*« Il y a une approche globale, il prend en compte l'individu dans sa globalité et pas uniquement sur la pathologie ».*

*« L'ostéopathie se base plus sur le physique et le psychique ».*

*« C'est un travail d'ensemble, en prenant le corps, ses émotions et ses manifestations dans leurs ensemble ».*

*« Il agit sur la globalité de l'enfant, sur son bien-être physique mais aussi métabolique et psychologique ».*

*« Il soulage les tensions, les mauvaises positions et apaise aussi l'esprit ».*

*« Il y a le côté psychologique, le rééquilibrage des énergies ».*

*« l'ostéo agit sur le psychique et les problèmes liés au squelette ».*

*« Permet une approche différente du corps humain dans sa globalité et non juste centré sur une douleur localisée, ou une gêne non expliquée à l'auscultation médicale. Permet de soulager sans médicaments mais aussi de régler les problèmes des patients ».*

*« Traite les traumatismes psychologiques et physiologiques, les nerfs... ».*

*« Prend en compte le psychologique, le corps dans sa globalité et va préparer bébé à un bon démarrage dans la vie ».*

Pour les ostéopathes, cette approche holistique est également constante, marquant une différence philosophique de l'approche du patient et définissant même leur art :

*« L'ostéopathie , la philosophie, c'est que tout est lié dans le corps humain. Dans l'esprit, les gens viennent pour un symptôme et nous, on les prend dans la globalité. Ça c'est la philosophie de l'ostéopathie. C'est une philosophie super noble » (Yannick).*

*« C'est ça qui m'a plu aussi dans l'ostéopathie, c'est ce rapport à la globalité de l'être, qui fait que un être humain c'est pas le symptôme qui vient, c'est tout » (Jean-Jacques).*

### **Un toucher personnalisé, de personne à personne**

La manière d'être à l'autre est un point également très important ; il apparaît que l'ostéopathe s'implique vraiment dans la relation de soin, il implique sa personne, son « ressenti », et le revendique comme une spécificité. Cette implication est d'ailleurs recherchée par les patients, qui y voient un gage d'efficacité. Même lorsqu'elle n'est pas délibérée, cette attitude est reconnue et l'action adaptée au patient est posée comme un invariant :

*« Quand je pose les mains sur un patient je ne suis pas là pour faire une technique, pour faire fonctionner le truc, je suis là pour m'accorder avec mon patient et essayer d'établir un lien qui nous permettra de comprendre à tous les deux pourquoi il y a un problème. Donc c'est une philosophie dans le sens où il n'y a pas que mes mains, il y a moi aussi qui*

*intervient dedans et puis toute ma personne qui m'engage dans le processus de soin » (Marion).*

*« Ma main en fait ne va pas bouger, c'est mon état de conscience intérieure qui va changer et qui va faire que ma main posée par exemple sur un foie va pouvoir sentir 7 niveaux du foie qui ne sont pas du tout les mêmes ».*

*« En biodynamique comme je travaille, la main ne bouge absolument pas, c'est la conscience du thérapeute qui évolue, qui passe de plan en plan selon ce qu'on a besoin de travailler » (Jean-Michel).*

*« Je ne me considère pas comme un technicien du soin, parce que je pense que dans l'approche des patients il faut quand même aussi bien cerner les attentes, la nécessité d'adapter l'approche à chaque patient » (Gaël).*

*« Je mets les doigts et je sais. Thinking fingers comme disent les ostéopathes américains » (Yannick).*

La plupart des ostéopathes interrogés considèrent même qu'ils participent au traitement de leur patient, mais seulement en collaboration avec lui. Ils disent se mettre au service du patient afin que celui-ci chemine vers une guérison dont lui seul a la clé :

*« J'essaie de m'inscrire autant avec les médecines conventionnelles en collaboration, en complémentarité, qu'avec d'autres thérapeutiques, en fait j'essaie de voir ce qui peut être le mieux pour le patient. On doit réfléchir ensemble, quoi » (Marine).*



*« Ce qui est important pour nous en ostéopathie biodynamique c'est de travailler sur le thérapeute avant de travailler sur le patient. Comme dit mon formateur, ce n'est pas l'être érotique qui rentre dans le cabinet mais c'est vraiment l'être universel qui est au service des forces de bonne santé et en aucun cas va imposer un traitement par des techniques ; il va être là au contraire pour libérer les entraves à la bonne santé » (Jean-Michel).*

L'ostéopathie est donc remarquablement adaptée à son époque : elle respecte les interdits sociétaux et répond aux conceptions actuelles du corps et de l'humain autant qu'aux attentes populaires grandissantes d'attention individuelle et personnalisée.

### **Entre rationnel et irrationnel**

Un autre élément, plus permanent dans l'histoire des choix thérapeutiques des êtres humains, vient s'ajouter à ces données très contemporaines : l'ostéopathie, comme d'autres propositions à des époques différentes<sup>221</sup>, offre un recours alternatif à la médecine de son époque, permettant à chacun de trouver une réponse à ses inquiétudes et ses angoisses en diversifiant les approches selon un subtil dosage de rationnel et d'irrationnel, recherchant en fonction de ses dispositions personnelles à faire glisser le curseur entre efficacité symbolique et attente rationnelle. Il se trouve que l'ostéopathie, par la diversité des approches de ses praticiens, offre ce panel. De l'ostéopathe se revendiquant « biomécanicien » qui met en exergue sa très cartésienne logique mécaniste au thérapeute énergéticien qui propose une approche empreinte de spiritualité, le spectre est large. Où que se situe le thérapeute sur ce curseur de rationalité, la recherche de l'efficacité symbolique est présente par une certaine façon d'être à son patient qui place l'ostéopathe sur un autre plan que le médecin. Et ce besoin est d'autant plus prégnant dans le contexte du soin au bébé, du fait de la constante inquiétude parentale.

---

<sup>221</sup> LOUX, Françoise. *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault, 1979, 178 p.



## **Chapitre 4 – L’écoute et la réassurance : une place laissée vacante par la médecine conventionnelle**

Les parents des jeunes enfants sont inquiets. Ils portent la lourde responsabilité d’accueillir et d’assumer une nouvelle vie qui, dans les premiers temps, dépend entièrement d’eux. Cette angoisse traverse les époques et trouve ses objets de cristallisation selon les réalités et les préoccupations du moment. C’est ainsi que la peur parentale s’est récemment déplacée de la peur de la mort à la peur de la douleur, comme nous l’avons déjà évoqué lors de l’étude des motifs de consultation du toucheur traditionnel.

### **La peur persistante malgré la raréfaction de la mort**

En la raréfiant, les progrès de la médecine ont transformé notre rapport à la mort du petit enfant. En effet, la mortalité infantile a régulièrement diminué depuis la fin du XVIIIe siècle. Si vers 1740 près d’un nouveau-né sur trois mourait avant d’avoir atteint son premier anniversaire, ce chiffre a déjà chuté à un sur six vers 1850<sup>222</sup>. Une des grandes causes de cette victoire démographique est attribuée à la vaccination contre la variole, maladie responsable d’une grande partie des décès à cette époque, mais il ne faut pas oublier que l’amélioration de la prise en charge des accouchements et des soins aux nouveau-nés y a également une belle part. La seconde moitié du XIXe siècle interrompt la chute de la mortalité infantile du fait des mauvaises conditions de vie liées à l’industrialisation. Les épidémies dans les villes ainsi que la forte mortalité des enfants placés en nourrice à la campagne font de cette époque un moment noir dans l’histoire de la survie des enfants. C’est à partir de la fin du XIXe siècle, grâce à la diffusion des pratiques d’asepsie et des politiques publiques de surveillance des enfants, que la courbe de la mortalité infantile s’infléchira de façon constante – sauf rares périodes exceptionnelles – pour atteindre un taux inférieur à 10 décès pour 1000 naissances vers 1980. La très grande majorité

---

<sup>222</sup> INED, *fiche pédagogique de la mortalité infantile*. [en ligne]. Disponible sur: [www.ined.fr](http://www.ined.fr), consulté le 23/04/16.

des décès d'origine infectieuse ayant été vaincue, le taux actuel<sup>223</sup> est stable en France, autour de 3,5 décès pour 1000 naissances.

Mais on n'efface pas le spectre de la mort si facilement. L'angoisse des mères persiste, plus difficile sans doute à exprimer et expliciter du fait de la raréfaction de la mort précoce. Cette angoisse a trouvé un autre objet de cristallisation, observable, quantifiable même. Elle s'est en partie déplacée de la mort à la douleur, inspirée, entre autres, explications, par l'antidolorisme qui serait propre à nos sociétés.

Dans la société traditionnelle, l'arrivée de l'enfant était accompagnée de nombreux gestes, de nombreuses pratiques qui visaient à le protéger de la mort<sup>224</sup> et ainsi rassurer les mères et la société. Ces pratiques étaient durablement transmises au sein de la sphère domestique entre les femmes du cercle familial et par les femmes qui aidaient – matrones ou sages-femmes –, et perduraient de façons relativement inchangées du fait de la stabilité de la représentation du nourrisson et de la relative sédentarité des populations. Ainsi, protection par des objets, pratiques de maternage, codification des manières de « bien faire » furent-elles assez stables dans leur transmission intergénérationnelle pendant plusieurs siècles.

Notre société moderne n'est pas exempte de recommandations collectives de maternage, loin s'en faut, mais celles-ci se sont déplacées de la préoccupation d'un groupe social limité et du domaine domestique au large champ des politiques de santé, généralisant les injonctions à faire et ne pas faire en s'appuyant sur le seul paradigme des « vérités médicales », prenant peu en compte la diversité des modes de vie et l'évolution récente des représentations du petit enfant. Ces manières d'« accommoder les bébés<sup>225</sup> » ont ainsi connu des changements radicaux en une génération : les recommandations ont été profondément modifiées, voire inversées, et

---

<sup>223</sup> INSEE, *statistiques de l'état civil et estimations de population, France métropolitaine*. [en ligne]. Disponible sur: [www.insee.fr](http://www.insee.fr) Consulté le 23/04/16

<sup>224</sup> GELIS, Jacques. *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Paris : Fayard, 1984, 611 p.

<sup>225</sup> Pour reprendre le titre de l'ouvrage éponyme de Geneviève DELAISI DE PARSEVAL et Suzanne LALLEMAND.

les jeunes mères ne peuvent plus s'appuyer sur les conseils de leurs aînées, disqualifiées par les modifications de prescriptions. Si les mères de la génération précédente avaient pour injonction de ne pas prendre les bébés dans les bras, les mères actuelles sont, elles, priées de ne pas laisser pleurer le nourrisson seul dans son berceau ; le couchage sur le ventre des bébés conseillé il y a de cela 25 ans est devenu une menace mortelle ; l'âge, le rythme et les modalités de la diversification alimentaire a connu maintes modifications en 20 ans... Ces exemples ne sont que quelques illustrations parmi tant d'autres.

Ainsi la solitude des mères dans leur angoisse – pourtant déjà décrite par l'ethnologue Françoise Loux<sup>226</sup> dans la France traditionnelle – est-elle encore plus forte dans notre société aux mutations récentes et rapides, où le cercle féminin et familial ne constitue plus un socle de réassurance sur lequel s'adosser. C'est dans ce nouveau contexte que le rôle du thérapeute évolue, et que sa mission d'accompagnement de l'inquiétude parentale s'installe avec force.

La prise de conscience de la sensibilité du nouveau-né à la douleur, comme nous l'avons vu précédemment, s'est faite tardivement dans l'univers médical : la première étude scientifique, nécessaire à l'objectivation de ce qui pourtant était intuitivement ressenti par les mères et certains acteurs de santé, ne date que de 1987<sup>227</sup>. Ce n'est que très lentement que le monde médical intègre la réalité de la perception de la douleur chez le nouveau-né et commence à modifier ses pratiques. Cette mutation est longue, difficile, alors que pourtant la société française a entamé une profonde révolution de son rapport à la douleur depuis les années 1950.

La perception de la douleur a beaucoup changé dans la société dans la seconde moitié du XXe siècle. Valorisée et justifiée par les valeurs religieuses – douleur rédemptrice, surtout dans le domaine obstétrical –, la douleur devient peu à peu un symptôme inutile à éradiquer. Ce changement majeur de paradigme, porté en premier

---

<sup>226</sup> LOUX, Françoise. *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault, 1979, 178 p.

<sup>227</sup> ANAND K.J.S. ; HICKEY P.R.. Pain and its effects in the human neonate and foetus. *N. Engl. J. of Med.*, 317, 1987, p. 1321-1329.

lieu par le mouvement de l'Accouchement Sans Douleur (ASD) dès 1951, concerne d'abord les femmes et les douleurs de l'enfantement. Mais cette expérience majeure va marquer toute la société, portée par les femmes elles-mêmes qui revendiquent la fin de la fatalité douloureuse. À cette période, la société est prête à accueillir ce discours : l'audience des valeurs catholiques traditionnelles est en baisse, les revendications féminines d'après-guerre pour la reconnaissance sociale et professionnelle se développent, enfin le contexte politique de guerre froide et la progression du communisme offrent un terreau favorable à la promotion de cette méthode venue d'URSS. Le plébiscite populaire de l'ASD est rapide, et l'idée même de la possibilité de lutte contre la douleur dans ce domaine est bientôt acquise, transformant rapidement et radicalement le rapport de notre société à la douleur. L'histoire du toucher doit être inscrite dans cette dynamique antidoloriste, à laquelle sont affectés des moyens croissants depuis les années 1980. Ce contexte n'est pas sans effet sur la préoccupation pour la douleur chez le bébé, même s'il a fallu que d'autres facteurs se rejoignent pour que sa conscience émerge et que le monde médical accepte d'accorder du crédit aux recherches sur la sensorialité du nouveau-né.

### **L'efficacité symbolique, une composante pleinement intégrée au soin ostéopathique**

Cette « présence » particulière du thérapeute que nous avons évoquée peut-être d'ailleurs être délibérée, comme dans le cas de Dominique qui a réfléchi et construit cette attitude afin de gagner en efficacité :

*« Le matin, je m'installe dans ma posture de thérapeute, il y a une dimension d'homme de théâtre, qui joue sur l'efficacité symbolique, mais voilà, je suis assis en onde alpha, je me pose, il y avait Sutherland<sup>228</sup> qui disait « j'attends que la poussière retombe ». Et puis voilà, après tu prends la tête et tu travailles. Il y a un effet symbolique et aussi un effet*

---

<sup>228</sup> William SUTHERLAND (1873-1954), ostéopathe, élève de J.T.STILL.

*d'accueil, de créer un espace dans lequel tu vas pouvoir accueillir la personne. C'est ma façon de faire »*  
(Dominique).

Si elle n'est pas toujours aussi consciemment mise en scène, l'attitude particulière est néanmoins reconnue comme un élément constitutif du soin :

*« Quand j'expire en fermant les yeux, c'est complètement inconscient. C'est sans doute une énergie qui se dégage »*  
(Yannick).

Ces expressions particulières (expirations profondes, yeux fermés) doivent aussi être considérées, au même titre que la parole explicative du thérapeute ( « *voilà, bien, ça y est* ») comme l'expression de l'efficacité de son geste, ressentie dans ses mains mais invisible pour le patient :

*« Les parents, ils sont à côté de nous, on fait des trucs, mais on pourrait aussi faire semblant de faire des trucs »*  
(Yannick).

*« Vous parlez des bébés, les bébés c'est le plus passionnant pour un ostéopathe. Je lui dis rien, je lui explique rien, je mets ma main là où il faut, si c'est vrai ce que je fais, ça marche. Si c'est pas vrai ça marche pas. C'est tout le temps vrai. Un bébé des fois, au bout de 3 minutes, 4 minutes, je me dis ben ça y est, c'est fini... Alors je reste après parce que si je reste 3 minutes et que je dis aux parents c'est 60 euros, ils vont se dire : mais quel Charlot ce mec ! »* (Jean-Jacques).

### **Une réponse à l'angoisse parentale**

Cette efficacité symbolique contribue, tous en conviennent, à rassurer les patients, d'autant plus lorsqu'il s'agit des parents d'un petit nourrisson. L'inquiétude

est alors omniprésente et les ostéopathes reconnaissent volontiers pallier le manque de réponses apportées par la médecine conventionnelle.

*« Et puis, ça c'est ma conception des choses, je trouve que dans la médecine traditionnelle actuelle on n'a plus le temps d'écouter les gens et les ostéopathes, eh bien on essaye d'être un espèce d'endroit où on peut aussi pleurer beaucoup, raconter des choses ou se libérer d'énergies négatives parce que il y a le voisin, le boulot... et la médecine traditionnelle n'a pas le temps de ça ou très peu, et du coup les gens s'y retrouvent. Moi, j'ai des gens que je vois, je ne leur ai pas fait une technique d'ostéo de la séance, j'ai les mains sur le crâne, il se passe des choses énergétiquement, et c'est pas de l'ostéopathie finalement, et ils ressortent en étant pas trop mal. Est-ce que c'est du placebo ? j'en sais rien mais on s'en fout. On s'en fout » (Yannick).*

*« J'ai amené mes enfants chez des ostéopathes, et quel soulagement, quel contentement personnel de savoir que mon bébé il allait bien ! D'entendre dire que mon bébé allait bien. Donc maintenant, en souvenir de ça, à la fin de chaque consultation, je dis "écoutez, votre bébé il va bien". Et déjà ça pose les parents. C'est de la stratégie de communication, je le fais en effet symbolique conscient. Après j'ai fait des réglages sur différents points bien sûr, mais au départ, ils ont entendu que leur bébé, il allait bien. Ça c'est vraiment important » (Dominique).*

Les mères interrogées<sup>229</sup>, elles aussi, mettent en avant cette compétence complémentaire des ostéopathes. Elles vont chercher un espace d'écoute et de prise

---

<sup>229</sup> Témoignages recueillis auprès de mères en post partum hospitalisées au CHRU de Tours (37) en juillet 2015.



en considération de leurs inquiétudes relatives à leur bébé au-delà de la recherche d'une potentielle pathologie. Le médecin traite une maladie qui se traduit par un symptôme, tandis que l'ostéopathe s'enquiert du bien-être plus global du nourrisson. Le bébé n'exprimera certes pas son soulagement par des mots, mais les parents, eux, seront rassurés et confortés dans leur capacité à venir en aide à leur bébé. Les mères le disent sans ambages :

*« C'est important, car le médecin n'est souvent pas trop disponible, et pour la santé d'un bébé il est préférable que toutes ces consultations soient faites ».*

*« J'amène mon bébé de façon à être plus tranquille, sereine suite à certaines difficultés liées à un accouchement long ».*

*« L'ostéopathe peut débloquer des points de stress ou tensions que le médecin ne sentira pas ».*

*«L'ostéo règle les angoisses non traitées par la médecine générale ».*

*« Il soulage manuellement et conseille ».*

*« C'est un complément de soin, pour se rassurer ».*

*«Je consulte pour mon bébé pour m'assurer que tout va bien ».*

Les mères disent donc bien aller chez le médecin pour « faire suivre » médicalement leur bébé, trouver un diagnostic et un traitement lorsque des symptômes morbides apparaissent, mais ne trouvent pas, le plus souvent, l'oreille attentive qui calmerait leurs inquiétudes.

Cette carence dans la prise en charge du bébé se ressent dans le discours des mères lorsqu'on les questionne sur les rôles respectifs de la médecine

conventionnelle et de l'ostéopathie. La critique de la médecine arrive en général « en creux », la nécessité d'y avoir recours n'étant jamais remise en cause. Cependant, l'argumentation relative à la complémentarité des thérapeutiques met en lumière un « manque » ressenti dans la relation au médecin et les limites de son efficacité :

*« Le médecin, il fait le suivi réglementaire du bébé et les vaccins ».*

*« Il regarde le bébé en surface, voit éventuellement une maladie et donne des médicaments ».*

*« Le médecin ne se concentre pas sur les mêmes choses que l'ostéopathe qui, lui, fait un travail d'ensemble, en prenant le corps, ses émotions et ses manifestations dans leur ensemble ».*

*« le médecin ne peut pas tout guérir, il gère les bases, le primordial, alors que l'ostéo va plus loin et peut souvent donner la solution à des maux que le médical a du mal à résoudre ».*

*« le médecin, on le voit pour la maladie, il donne des médicaments mais il n'a jamais beaucoup de temps, il va direct au symptôme ».*

*« L'ostéopathe est plus à l'écoute, il cherche à apporter du confort, du bien être et pas seulement à guérir ».*

Elles disent également de façon récurrente ne pas parler au médecin des autres recours thérapeutiques qu'elles sollicitent pour leurs enfants, qu'il s'agisse de l'ostéopathe, ou du toucheur s'il y a lieu. Elles disent avoir peur d'être jugées : « *il se moquerait* » dit l'une d'elles au sujet de son recours au toucheur ; « *de toute façon il est contre, et puis ça ne le regarde pas* » exprime une autre en parlant de la

consultation ostéopathique qu'elle a sollicitée pour son bébé. Le médecin apparaît avant tout comme un prescripteur de médicament qui a fort peu de temps à leur consacrer.

Le médecin est aussi accusé de ne savoir traiter que des symptômes :

*« Par exemple, la médecine permet de soigner la douleur liée au problème mais pas le problème lui-même ».*

*« Le médecin fait la surveillance et soigne les maladies et l'ostéopathe peut débloquer des points de stress ou de tensions ».*

*« L'ostéopathe soigne la globalité de l'enfant sur son bien-être physique mais aussi métabolique et psychologique alors que le médecin fait le suivi classique de l'enfant, la prise en charge de la croissance, des vaccins, du développement ... ».*

Le médecin traitant n'est donc pas perçu comme source de réconfort ou de réassurance. D'autres ressources doivent être mobilisées afin d'apaiser les angoisses.



## **Chapitre 5 – Identifier la cause du mal et la neutraliser : la double compétence de l’ostéopathe**

C’est lors de l’écoute de l’ethnologue Jeanne Favret-Saada dans une émission radiophonique de France Culture datant de 1972<sup>230</sup> que j’ai pris conscience des différences de niveaux de soins dans la prise en charge du symptôme. Interpellée par sa description de la répartition des rôles de certains des acteurs de son terrain – surtout lorsqu’elle évoque le recours au guérisseur traditionnel situé dans une zone géographique proche de mon propre terrain d’étude –, elle décrit celui-ci comme l’intervenant sollicité pour agir sur les symptômes physiques, conséquences des sorts jetés par les sorciers. Le guérisseur n’est alors qu’un intervenant qui soigne l’altération physique mais n’agit pas sur la cause du « mal ». Pour son objet – les attaques de sorcelleries –, se débarrasser durablement de l’étiologie, donc du sort, nécessite le recours à un « désorceleur » qui aura une action plus complète et plus durable. De même, l’action du traitement médical – ou vétérinaire lorsque le « mal » touche une bête du cheptel – n’apporte qu’un soulagement ponctuel mais ne résout en aucun cas le problème.

Cette observation, bien qu’apparemment assez éloignée de notre propos, m’a semblé très éclairante pour comprendre les spécificités de l’ostéopathie par rapport aux autres recours thérapeutiques et en expliquer le succès. Appliquons-là à la problématique qui nous intéresse.

Le parcours thérapeutique pour un nouveau-né sain – j’entends par là un bébé indemne de toute pathologie dont les symptômes correspondent à des difficultés habituelles liées à son adaptation à la vie extra utérine – s’avère alors comporter plusieurs étapes, plus ou moins prises en charge par les différents acteurs de soin.

---

<sup>230</sup> PILLAUDIN, Roger. *Entre chien et loup – Avec Jeanne FAVRET-SAADA ; Sorcellerie en Mayenne*. Première diffusion : 30/04/1972. France Culture. Archive en 3 volets INA-Radio France.

Prenons pour le montrer l'exemple d'une alarme très fréquente ici : les pleurs du bébé pour des « coliques » dans les premières semaines de vie.

Les parents, fatigués par ces pleurs et inquiets de ne pouvoir soulager et consoler leur nourrisson, cherchent à être entendus et compris lorsqu'ils expriment leur désarroi. À cette étape, nous avons pu nous rendre compte qu'ils se sentent généralement entendus par le toucheur, par l'ostéopathe, mais rarement par le médecin qui, privé de moyen pharmacologique efficace, va justifier ces pleurs en en minimisant l'importance (« *c'est normal* », « *ce n'est rien* », « *rien d'anormal* », « *ça passera tout seul à 3 mois* »).

Une fois entendue par nos deux thérapeutes « alternatifs », la plainte va ensuite être diversement prise en charge : le toucheur va agir sur le symptôme afin de le faire disparaître sans autre forme d'explication, mais en rassurant la mère et en lui assurant la constance de sa présence (« *ça va aller mieux dans tant de temps* », « *si ça ne suffit pas, revenez me voir dans 2 jours* ») ; l'ostéopathe, lui aussi, va traiter le symptôme par une manipulation mais en fournissant généralement une explication logique d'ordre mécanique relative à l'origine du dérèglement qui provoque l'inconfort (« *tel organe est en tension* », « *tel os est déplacé* »). À l'instar du toucheur – et contrairement au médecin –, il prend donc en considération **sans les minimiser** la plainte et l'inquiétude parentales, admettant que même en-dehors d'une pathologie, l'arrivée dans la vie et l'adaptation puissent être difficiles et nécessiter une action thérapeutique, qu'elle soit symbolique ou mécanique.

Une des forces de l'ostéopathe réside dans cette complétude : il reconnaît, identifie, soigne le symptôme, et de surcroît agit sur la cause du « problème » identifié par les parents d'un bébé qui ne peut exprimer ses sensations et ses émotions par des mots. Mieux encore : il va généralement mettre des mots sur les pleurs du bébé, validant le diagnostic parental et parvenant ainsi à les rassurer dans leur capacité à prendre soin de leur tout petit.

Le spectaculaire succès de l'ostéopathie réside donc dans cet ensemble d'éléments qui lui permettent d'incarner un compromis très complet entre les

interdits sociétaux et les attentes individuelles en terme de soins aux tout petits. Il assure une prise en charge complète et individualisée du bébé, répondant à la fois à la demande d'efficacité thérapeutique concrète et rapide – validée, de plus, par les références médicales si importantes à notre époque – tout en restant « naturelle », en lui associant un degré variable d'efficacité symbolique et relationnelle qui apaise l'angoisse parentale. Le toucher est bien au centre de cet ensemble d'« efficacités thérapeutiques » : savant et concret, visiblement performant mais respectueux de l'interdit d'effraction de l'enveloppe corporelle, attentionné et individualisé tout en prohibant un contact trop corporel qui le rendrait suspect.

Entre le toucher savant mais potentiellement brutal des médecins et le toucher à distance – mais considéré comme « trop magique » – des toucheurs, le toucher ostéopathique représente, comme cette profession elle-même, une voie remarquable de compromis entre des injonctions sociétales contradictoires : toucher mais sans entrer, être efficace mais avec douceur, agir rapidement mais en prenant le temps de l'écoute des mots et des maux, s'impliquer tout en gardant une distance professionnelle, et par-dessus tout, s'adapter à l'individu patient en tenant compte de son contexte global familial, économique et émotionnel. Assurés de trouver toutes ces qualités, les jeunes parents confient donc avec sérénité leurs inquiétudes et leurs enfants à ces professionnels du « toucher pour soigner ».

Le toucher –sa présence (ou pas), ses modalités (intrusif ou pas, peau à peau ou à distance), les mots dont il s'accompagne et se justifie – s'avère central dans cette offre thérapeutique et son succès. Il révèle un ensemble d'attentes populaires complexes et sophistiquées et au-delà d'elles, un ensemble de représentations du corps infantin (et adulte), de la personne à « accompagner » et de l'identité des « patients », petits et grands. C'est cet ensemble que nous pouvons désormais mettre en valeur.





## Chapitre 6 – Agir sur la psyché par le corps : une place laissée vacante par la psychanalyse

L'étude du toucher et de l'évolution de notre rapport à la mobilisation de ce sens dans le soin permet aujourd'hui d'accéder à la compréhension d'une nouvelle représentation du corps qui semble s'épanouir dans la société française contemporaine depuis la décennie 1990. Cette approche soignante centrée sur le toucher révèle un usage nouveau du corps, désormais perçu par certains professionnels de santé comme le support de traces palpables laissées par le psychisme et sur lesquelles on pourrait agir concrètement par un toucher particulier. Bien entendu, l'étude de la relation entre corps et psychisme n'est pas récente. Des philosophies antiques aux courants psychanalytiques, de nombreuses et différentes approches associant ou dissociant corps et psychisme, soma et psyché se sont succédées, alimentant des interprétations du fonctionnement de l'humain tant dans les domaines médicaux, philosophiques que théologiques.

La démarche psychanalytique paraît d'emblée proche de l'ostéopathie par deux points : elle admet tout d'abord, comme l'ostéopathie, que les manifestations du corps sont des symptômes du psychisme. Par ailleurs, elle accorde au patient une responsabilité dans la prise en charge de sa guérison.

Le lien entre le conflit psychique et l'expression symptomatique par le corps est défini dans le *vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis à partir de l'expression « Fuite dans la maladie »<sup>231</sup> :

---

<sup>231</sup> LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, 499 p.; édition numérique [en ligne]. Disponible sur: [http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche\\_et\\_pontalis/voc.html](http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc.html) Consultée le 01/11/2016.

Fuite dans la maladie :

*D.* : Flucht in die Krankheit. – *En.* : flight into illness. – *Es.* : huida en la enfermedad. – *I.* : fuga nella malattia. – *P.* : fuga para a doença ou refúgio na doença.

Expression imagée qui désigne le fait que le sujet cherche dans la névrose un moyen d'échapper à ses conflits psychiques.

Cette expression a connu une grande faveur avec la diffusion de la psychanalyse ; elle s'est étendue aujourd'hui non seulement au domaine des névroses, mais à celui des maladies organiques où une composante psychologique peut être mise en évidence.

Certes psychanalyse et ostéopathie peuvent prendre l'une et l'autre la manifestation du corps pour des signaux envoyés par le psychisme. Mais la psychanalyse non seulement n'utilise aucune action sur le corps pour agir sur le psychisme, mais cela représente même un interdit fondamental. Les psychanalystes se servent du corps pour « lire » le psychisme, mais c'est la parole et non le toucher qui va être l'outil et du diagnostic et de la guérison. Dans l'ostéopathie, au contraire, si la parole n'est pas absente, elle n'a qu'une fonction d'outil supplémentaire de réconfort. Ce n'est qu'un auxiliaire de la pratique manuelle, elle ne sert qu'à justifier ou expliquer l'essentiel : une manipulation du corps.

Pas de matérialité malléable du psychisme pour la psychanalyse. Sa capacité d'abstraction est assez grande à cet égard. Chez les ostéopathes au contraire, il faut palper pour « entendre » ce que dit le psychisme et en initier la cure. L'accès à l'inconscient est plus « matérialiste », est concret, et son intervention sur lui aussi.

Un autre élément sépare fondamentalement cure analytique et traitement ostéopathique : leur temporalité, leur rythme. La recherche de rapidité et d'efficacité immédiate de la prise en charge ostéopathique s'oppose à la durée – souvent plusieurs années – de la démarche d'introspection menée en psychanalyse par le patient lui-même.

Autre analogie entre démarches psychanalytique et ostéopathique : l'attribution de la responsabilité de la cure au patient. Indiscutable dans la psychanalyse qui attribue l'efficacité thérapeutique à la parole du patient accompagnée par celle de l'analyste, elle est moins évidente en ostéopathie où le thérapeute va soigner le patient par une manipulation accompagnée, ou pas, par une parole adéquate. Les ostéopathes réclament cependant parfois la participation du patient, mais surtout pour parvenir à une efficacité thérapeutique complète :

*« Je pars du principe que je ne peux pas traiter un patient en tout cas à la source vraiment (je peux traiter éventuellement une entorse, ça c'est de la mécanique, quoi) mais je ne peux pas traiter véritablement le terrain d'un patient si le patient n'est pas venu là pour le traiter et ne m'accompagne pas dans le traitement. Moi je suis juste là pour faire ressortir les choses, en fait. Et pour mettre le doigt sur les endroits qu'il faut débloquer, mais après c'est au patient aussi de m'aider à le faire » (Marion, étudiante ostéopathe).*

La biomédecine occidentale moderne a tendance quant à elle à nier ces interactions du fait de sa conception matérialiste et positiviste accordant une existence et une autonomie au seul corps physique. Dans les recours actuels aux soins alternatifs, tout se passe comme si patients et soignants cherchaient à assembler les pièces d'un puzzle, dispersées par la doxa médicale, pour reconsidérer l'humain comme une entité globalisant le corps, l'esprit, les émotions.

Cette représentation spécifique de l'interaction corps-psychisme cristallisée dans la pratique ostéopathique que nous avons identifiée par cette recherche n'est pas un retour sur un schéma ancien : sa particularité – inédite – réside dans une conception matérielle de l'interaction elle-même. Le corps, ici, ne se conçoit pas seulement comme capable d'exprimer une perturbation émotionnelle ou psychique par un symptôme, mais il est considéré comme le support d'une empreinte, matériellement transformable, de la perturbation psychique.

Cette nouvelle conception se voit largement exprimée et plébiscitée dans le monde

profane – chez les patients – et dans une partie du monde soignant. Dans les enquêtes de terrain que nous avons égrainées tout au long de ce travail, les mères de jeunes enfants, les sages-femmes et les ostéopathes l’ont largement signifié par leurs témoignages. Les thérapeutes alternatifs à la médecine conventionnelle utilisant le toucher pour soigner expriment volontiers cette « vertu » du corps, support matériel utilisable pour agir sur le psychisme : les ostéopathes, sujets principaux de notre recherche, mais aussi les microkinésithérapeutes que nous avons ajoutés à nos explorations du fait de leur succès populaire non négligeable – bien que marginal comparé à celui des ostéopathes – dans le soin aux nourrissons. Le corps redevient doublement (par ce qu’il produit dans le psychisme et par l’intervention qu’on peut faire sur lui en retour) le support matériel de la maladie et de la guérison.

La microkinésithérapie, approche thérapeutique créée dans les années 1980, est en effet sans aucun doute l’approche la plus exemplaire dans ce domaine ; la définition même de la thérapeutique est parfaitement explicite :

« Le corps humain, comme tout organisme vivant, est conçu pour s’adapter, se défendre et se réparer en cas de malaises ou d’agressions traumatiques, émotionnelles, toxiques, virales, microbiennes ou environnementales. Lorsque l’agression est supérieure aux possibilités de défense de l’organisme, la vitalité du tissu corporel concerné va être altérée. Il y a « mémorisation » de l’agression. La modification de la vitalité tissulaire peut faire apparaître différentes manifestations locales ou à distance.

Par une technique micropalpatoire manuelle spécifique, la microkinésithérapie va chercher les traces laissées par ces agressions dans les différents tissus de l’organisme. Son action consiste à effectuer manuellement des actes stimulant les mécanismes d’autocorrection afin d’éviter la dégradation des tissus et d’en rétablir leurs fonctions. Les mains du praticien mobilisent et stimulent les différents tissus en fonction du type d’agression.

Cette technique est applicable à tous les âges de la vie, dans un but thérapeutique ou préventif. »

(site [microkinesitherapie.fr](http://www.microkinesitherapie.fr))<sup>232</sup>

Une femme interrogée sur son recours à la microkinésithérapie suite à l'annonce de sa grossesse est tout aussi explicite :

*« J'ai fait un test de grossesse, au cas où, mais tu penses j'y croyais pas... Et là, positif. Je ne te dis pas le stress ! Le lendemain j'avais l'épaule complètement coincée. Comme par hasard (rires). J'ai traîné un peu comme ça, rien à faire. Alors j'ai bien senti qu'il fallait aller plus loin pour me débloquer l'épaule... C'était l'angoisse qu'il fallait lever, pas juste décoincer. C'est bizarre, le type il t'effleure, il te touche à peine, et il est capable de te dire qu'à tel âge tu as eu un événement qui t'a marqué et qui t'a créé de l'angoisse. Et ça se réveille en fait quand tu repars sur l'émotion, et pof, tu te bloques. Moi c'est l'épaule qui bloque à chaque coup. Il fait lâcher ça et bon... Me demande pas comment ça marche surtout, mais c'est impressionnant ! »* (Sophie, à propos d'une séance de microkinésithérapie).

Dans l'ostéopathie, l'approche est parfois tout aussi claire :

*« Le corps, c'est un mille-feuille. Je pose mes mains, et je me mets à l'écoute. Et c'est comme un oignon, avec des couches successives : plus on va en profondeur, dans les couches*

---

<sup>232</sup> Le portail de la microkinésithérapie. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.microkinesitherapie.fr> . Consulté le 9/10/2016.

*profondes, plus on remonte le temps et on peut retrouver des vraies tensions qui correspondent à des trucs ressentis violemment et pas exprimés à l'époque. Je les fais lâcher. L'idée, c'est de débarrasser la personne de ces tensions, qui empêchent la mobilité et qui provoquent des signes physiques, des symptômes, quoi » (Gaëlle, ostéopathe).*

*« ... par exemple ça m'est arrivé plein de fois avec des patients d'être en train de soigner, alors surtout des zones viscérales parce que c'est surtout celles-là qui... quoique... ou des cicatrices. En général les cicatrices, c'est très marqué. Moi, je mets les mains, je commence à soigner la mécanique avec les adhérences, et puis tout à coup j'arrive sur une couche justement qui est plus émotionnelle, et dès que je le dis au patient je vois bien qu'il en a conscience de ce moment-là où justement il y a le basculement dans l'émotionnel, et en général le patient peut me dire : oui, je ressens de la tristesse, ou oui je ressens de la peur, et il y a un lien qui se crée des deux côtés quoi. Enfin on ressent la même chose » (Marion, étudiante ostéopathe).*

Le corps va parfois jusqu'à être perçu comme le support d'expression du traumatisme psychique à un niveau transgénérationnel, à l'instar de Jean-Jacques qui exprime une certitude très personnelle, non généralisable à l'ensemble de ses confrères et consœurs, mais significatif de cette représentation matérielle du psychisme :

*« Donc (le bébé) dans son cerveau biologique il peut avoir l'information structurelle du père c'est-à-dire naître avec une malformation par exemple, malformation qui peut être physique mais qui va tout le temps être pour moi – maintenant j'en suis sûr de plus en plus – l'expression parfaite d'un conflit psychologique qui a été vécu chez les*

*parents ou les grands-parents ou les arrière-grands-parents et qui n'a pas été solutionné. C'est-à-dire que la grand-mère vit un conflit de séparation parce que le grand-père est parti à la guerre, les enfants vont vivre une maladie de peau, le petit-fils ou la petite-fille va vivre avec un psoriasis ou un peu plus, et puis éventuellement l'arrière-petit-fils il va vivre avec un bec de lièvre... ».*

Chez les patientes, ce lien est également facilement exprimé (ici par une femme en post-partum questionnée lors de l'enquête au CHU de Tours à l'été 2015, en comparaison de la médecine conventionnelle) :

*« L'ostéopathie peut davantage traiter des traumatismes anciens, responsables de l'apparition de certains problèmes de santé ».*

On retrouve curieusement un trait commun avec la psychanalyse : le souci de l'origine du « mal », éventuellement sur plusieurs générations. La grande différence, c'est que ce qui se transmet n'est pas le problème psychique, mais sa traduction physique. Il y a donc à nouveau une matérialisation.

Les traumatismes psychiques et les perturbations émotionnelles sont ici conçus comme marquant le corps matériellement, par des traces objectives, diversement nommées comme des « tensions », des « nœuds », des « points », des « cicatrices », des « empreintes » capables d'entraîner des symptômes et des dérèglements organiques ou squelettiques chez celui ou celle qui en est atteint-e.

Ces marques du psychisme sont donc accessibles au toucher, et ce toucher est un toucher savant. Comme dans la psychanalyse, il faut bien un savoir professionnel pour effectuer le travail et la genèse thérapeutiques ; la différence est que ce savoir est anatomique et physiologique. Cette compétence acquise, se sont les ostéopathes

qui semblent en être à ce jour les principaux détenteurs<sup>233</sup>.

Ce toucher savant et minutieux détecte, diagnostique, et soigne les symptômes du corps. Mais il ne se contente pas de s'intéresser et de guérir le symptôme, et c'est bien là sa spécificité. Dans cette conception, le symptôme est en fait l'expression d'une perturbation psychique, parfois ancienne, qui se serait comme « enkystée » dans une zone corporelle. À l'occasion de la résurgence d'un trouble émotionnel, le corps exprimerait une symptomatologie, et ceci tant que le trauma initial n'est pas résolu.

La médecine du corps connaît un processus similaire avec l'immunologie : pas de psychisme en jeu, mais une étroite relation entre une « contamination » ancienne et une mémoire qui réveille la réaction de défense lors d'une nouvelle rencontre avec l'agent infectieux.

La thérapie de la psyché, de son côté, admet généralement cette même relation entre un traumatisme ancien non résolu et la reproduction d'attitudes, de réactions, de positionnements récurrents qui ne pourront être modifiés qu'après prise de conscience de ce trauma originel. S'il est admis que le corps exprime cette difficulté psychique par la somatisation, le toucher du corps n'est pas sollicité, et c'est là que se situe la différence majeure. Ici, c'est bien la matérialité du traumatisme psychique qui permet son traitement rapide par des doigts experts. Et cette activité est la plus matérielle qui soit : manipulatoire. On ne saurait être plus matérialiste par rapport à un univers – psychanalytique – dans lequel la seule guérison possible passe par un usage adéquat, long, sophistiqué, par la parole.

La nouvelle nécessité d'action par le corps sur le psychisme avait été décrite par Dominique Memmi dans ses ouvrages *La seconde vie des bébés morts*<sup>234</sup> et plus

---

<sup>233</sup> Même s'ils n'en ont pas l'exclusivité (les microkinésithérapeutes par exemple sont également concernés par cette représentation, bien qu'ils soient moins nombreux).

<sup>234</sup> MEMMI Dominique. *La seconde vie des bébés morts*. Paris, Éd. EHESS, 2011, 216 p.



largement dans *La revanche de la chair*<sup>235</sup>. Mais ce qui est plus étonnant encore ici, c'est que cette conception aboutit à la légitimation, voire même à la création, de professions entières.

La réussite de l'ostéopathie aujourd'hui réside donc dans une ultime aptitude : sa capacité à agir sur la psyché par le corps, rapidement (par une manipulation immédiate) et radicalement (en allant jusqu'à neutraliser l'origine psychosomatique du « mal »).

L'ostéopathie apparaît au total comme une extraordinaire voie de compromis entre des injonctions sociétales contradictoires : toucher mais sans entrer, être efficace mais avec douceur, agir rapidement mais en prenant le temps de l'écoute des mots et des maux, agir sur la psyché par le corps, s'impliquer personnellement tout en gardant une distance professionnelle, et, par-dessus tout, s'adapter à l'individualité du patient en tenant compte de son contexte global familial, économique et émotionnel.

---

<sup>235</sup> MEMMI Dominique. *La revanche de la chair: essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris, Seuil, 2014, 280 p.



## **CONCLUSION**



Au début, il n'y avait qu'un simple questionnement, une curiosité professionnelle née de l'observation du quotidien des « gens ordinaires ». La vie.

Le chemin qui mena à la réalisation de ce travail fut d'une richesse inattendue, tant pour la chercheuse en sciences sociales que pour la sage-femme : des résultats scientifiques tangibles contribuant d'une part à l'enrichissement du champ d'étude sur le toucher, et permettant d'autre part de comprendre l'évolution concrète des pratiques de soins et des attentes très actuelles du monde social, reflet des nouvelles façons de se représenter le corps et l'individu. Car la richesse du cheminement intellectuel qui guida ce travail tout au long de sa réalisation réside bien dans sa proximité avec les préoccupations concrètes de mon exercice professionnel : comprendre les processus qui nous ont menés à nos façons de faire d'aujourd'hui, les interpréter, afin d'en comprendre les évolutions en cours. Posséder ces « clés » est un atout majeur pour assumer sereinement mon implication, désormais double, de professionnelle de santé et d'observatrice attentive du monde social dans lequel j'assume cette tâche.

Penchons-nous en premier lieu sur les principaux résultats scientifiques de cette recherche.

### **Le mouvement complexe d'évolution des manières de toucher**

Nous avons donc rapidement été amenés à distinguer deux formes de toucher répondant à des attentes différentes et dont les enjeux sont nettement distincts : le toucher « manipulation » et le toucher « contact ». Nous avons progressivement assisté à deux mouvements concomitants dans leur évolution au sein de nos pratiques, particulièrement auprès des nourrissons. Des années 1950 aux années 1990, du côté des soignants, c'est une intensification de la pulsion d'emprise qui s'est imposée – du moins sous sa forme rationalisée qui autorise toutes sortes d'effractions au nom de l'efficacité thérapeutique ou préventive. Ce processus interdisait aux soignants tout autre rapport aux soignés et tout autre toucher,

notamment le toucher-contact. Mais dans ce contexte – et pour des raisons similaires –, le toucher contact s'est vu interdit aussi entre parents et enfant.

Puis, sous l'effet surtout de la contestation venue du cœur même du monde soignant, un toucher-contact a été lentement promu dans l'univers médical (à partir des années 70-80) puis mis en application (dans les années 90) alors même que le toucher manipulatoire se voyait vivement remis en cause. Cela s'est fait surtout au détriment de la pulsion d'emprise médicale.

Parmi les interprétations possibles de l'évolution du rapport au toucher dans le soin telle que nous l'avons appréhendée, nous avons choisi d'utiliser le cadre interprétatif proposé par Norbert Elias et prolongé par Cas Wouters. Revenons-y.

### **L'évolution du toucher entre les individus**

La proximité physique entre les individus – dans le monde social en général – nous est donc apparue, dans un certain nombre de cas, fortement régulée, limitée, de manière croissante depuis quelques décennies. Un certain nombre d'occasions de toucher l'autre se sont vues entachées de soupçons et mises sous surveillance. Ceci a été étayé par trois grands argumentaires : l'hygiène, la nécessaire distance entre les corps par crainte de la domination sexuelle et enfin par l'interdit de l'emprise des parents sur le corps de leurs descendants au sein de la famille. On pourrait donc parler à cet égard d'un moment de « formalisation » : c'est à dire de contrôle de la première nature au profit d'un autocontrôle. On assisterait donc à la fabrication d'une deuxième nature avec un fort autocontrôle libidinal. La traduction institutionnelle de cette formalisation est la pénalisation du viol, de la pédophilie et une multiplication de recommandations quant aux conduites suscitant désormais la suspicion, dans les interactions entre deux individus (la nécessité de la présence d'un tiers dans les relations entre un enseignant et un élève par exemple).

Au cœur de cette évolution, dominante, quelques frissons de relâchement se font jour ici ou là. Par exemple, la pratique consistant à se saluer en se faisant « la bise » est née et a progressé dans cette même période, assez récente. Comme l'analyse Cas Wouters lui-même, ce toucher représente une première transgression relative aux règles de « formalisation », soit un début d'« informalisation ». Mais cette

informalisation suppose aussi un contrôle individuel encore plus important : ce contact intime entre les visages est toléré dans la mesure où il marque une proximité sociale, un gommage des différences hiérarchiques, mais il ne traduirait pas vraiment l'affectivité. Il nécessite, bien au contraire, de davantage contrôler l'émotion et la pulsion qui pourraient être suscitées par ce rapprochement physique.

Dans l'univers du soin, il se serait au fond produit une double évolution assez similaire. Une première période de formalisation a dans un premier temps rigidifié fortement l'interdit du toucher dans le soin et la médecine. Pour le comprendre, il faut de nouveau distinguer *contact* et *manipulation*. Si l'interdit du contact « peau à peau » est croissant depuis au moins les années 1950, les manipulations connaissent, elles, une progression importante pendant cette même période.

Le monde médical s'interdit donc le contact physique « relationnel ». Il établit ainsi une protection normée contre une double menace : le risque du ressenti d'un rapprochement physique qui perturberait la relation hiérarchique soignant-patient mais aussi, conformément à l'argument hygiéniste, le risque de contamination microbienne. La production cinématographique nous en fournit un exemple récent : le héros du film *L'hermine*<sup>236</sup> de Christian Vincent (2015), est un magistrat amoureux de la femme – médecin anesthésiste – qui l'a endormi et réveillé lors d'une intervention chirurgicale. Représentée dans son travail hospitalier, l'attention que cette médecin porte à ses patients est évidente : en salle de réveil, après les interventions chirurgicales, elle leur touche simplement le bras en leur parlant... Plusieurs spectateurs m'ont dit avoir été étonnés par ce geste qui leur semblait aujourd'hui totalement improbable, étant donné l'image qu'ils se font du médecin, geste paraissant pourtant relativement anodin... La suspicion du réalisateur aussi est présente ici : le patient ne serait-il pas tombé amoureux de cette spécialiste à cause de l'attitude transgressive du médecin à l'égard de la distance physique « normale » avec des patients ? Peut-on transgresser cette norme sans provoquer une attraction sexuelle et sentimentale ? Tout reste ici implicite...

---

<sup>236</sup> VINCENT, Christian. *L'hermine*. Production : Gaumont - France 2. France, 2015

La « manipulation » peut représenter dans l'univers médical une relation de pouvoir et de domination d'une catégorie d'agents sociaux, les acteurs médicaux<sup>237</sup>, sur les autres, les patients. Ils ont d'ailleurs le monopole de cette manipulation. En témoignent lois, recommandations et protocoles professionnels : lois interdisant les manipulations internes du corps aux « non médicaux », protocoles d'hygiène dans les hôpitaux, etc. Cette manipulation vise à la reprise en mains de la nature corporelle fragilisée : moyen de diagnostic, de traitement et de pronostic, elle permet de maîtriser la maladie et de retarder ou éviter la mort. Mais il existe une régulation importante (une « formalisation » ?) des conduites des professionnels, les autorisant à ce toucher « manipulateur » mais dans certaines conditions strictes de monopole et de visée strictement médicale, interdisant toute contiguïté avec l'affectif et le sexuel.

Une vague de relâchement maîtrisé commence ensuite à frayer son chemin. Il ne se manifeste pas tant par une progression du contact que par une diminution des manipulations : moins de touchers internes, moins d'examens invasifs. S'ils apparaissent comme inévitables, ils sont rendus indolores par une analgésie de plus en plus performante. On « lâche » donc un peu de l'emprise sur le corps, à laquelle se substitue l'utilisation d'outils techniques et technologiques permettant la visualisation de l'intérieur du corps sans en franchir l'enveloppe. On garde donc la maîtrise sur le corps et sur la nature physique par le biais de l'efficacité dans la diminution de la morbi-mortalité<sup>238</sup>.

Quant au toucher-contact, quand il est favorisé dans le soin (par exemple les massages des bébés), il l'est dans un cadre très contrôlé : il ne peut être dispensé que par le titulaire d'un diplôme<sup>239</sup> – ce toucher répondant alors à notre définition de la manipulation – et doit rester exclusivement externe. Il réclame un autocontrôle important du thérapeute se plaçant aux limites de l'interdit du toucher direct, proscrivant implicitement pulsions ou ressentis émotionnels « déplacés ».

---

<sup>237</sup> En France, seuls 3 professionnels appartiennent à cette catégorie : les médecins, les dentistes et les sages-femmes. Les autres professionnels (infirmiers et kinésithérapeutes) n'ayant accès à ce « privilège » que sur prescription d'un professionnel médical.

<sup>238</sup> Mortalité due à des maladies, taux de mortalité pour une maladie donnée.

<sup>239</sup> Ostéopathe, microkinésithérapeute, haptothérapeute, masseur-se-r formé par un institut reconnu.



La « mise en danger » du self-control est pourtant minimale : les champs du soin investis par la valorisation du toucher-contact concernent particulièrement les nourrissons, les femmes enceintes et les personnes en fin de vie, groupes humains plutôt dés-érotisés. De plus, ce sont des femmes qui sont majoritairement assignées à ces soins de *care* : auxiliaires de puériculture, sages-femmes, infirmières de soins palliatifs, ce qui éloigne encore le danger fantasmé de céder à une éventuelle pulsion sexuelle.

Dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie – pour reprendre l'exemple de notre développement antérieur – cette évolution est exemplaire. Depuis les années 1950 (marquées notamment par l'arrivée de l'Accouchement Sans Douleur), les efforts pour échapper à la fatalité de la nature et à l'expression d'une forme d'animalité chez la parturiente ont dominé, et ceci jusque dans les années 1990. La tendance s'est depuis progressivement inversée, le relâchement de ces contraintes imposées aux parturientes, ébauché dans les années 70, se développant rapidement depuis les années 1990. Elle provient à la fois des patientes et de certain-e-s professionnel-le-s du soin, particulièrement les sages-femmes. Par exemple, la suppression systématisée de la douleur comme symptôme est remise en cause, au nom de deux argumentaires : l'un, d'ordre « naturaliste », dénonce les conséquences de l'intervention médicale dans un processus physiologique, « naturel », tandis que l'autre critique la domination médicale exercée sur le corps ainsi insensibilisé des femmes.

Au cours de la période que nous avons observée, en définitive, un mouvement de fond a émergé. Tout s'est en effet passé comme si on avait assisté à un double mouvement dans le rapport soignant au toucher : une accentuation du processus d'individuation réclamant le retrait de la manipulation autoritaire, et une « informalisation » (pour parler comme Cas Wouters) commandant une petite libération des émotions, donc une autorisation au toucher-contact, communicationnel et affecté.

A cœur de ce mouvement, on a de plus clairement assisté à une entreprise, savamment armée, de valorisation de la nature et du naturel dans les domaines de l'accouchement des femmes et des soins à leurs nouveau-nés : les références aux

comportements animaux, exemplaires dans leur capacité naturelle à l'engendrement et au maternage, sont légion. Cette tendance donnerait alors fondamentalement raison à l'analyse de Cas Wouters. Après un premier moment (particulièrement net à partir de 1950) de révolte contre les contraintes imposées aux parturientes par la nature (une nature qui impose la fatalité de la douleur et les risques de mort combattue, l'une, par l'ASD, les autres, par la réanimation néonatale), vient le moment d'un retour contrôlé à une nature « naturellement bonne ». Cette évolution ne se fait cependant pas sans précaution ni compromis : comme dans le schéma interprétatif proposé par Cas Wouters, ce relâchement en faveur de la nature qui autorise sa réhabilitation est très « contrôlé » (comme en témoigne par exemple la création des « secteurs physiologiques », sortes de « réserves naturelles » bien délimités au sein des maternités hyper techniques de « type 3 »)<sup>240</sup>.

Cette autorisation à redonner une place, mais bien contrôlée, à la spontanéité des corps et des instincts, Cas Wouters la qualifie de « troisième nature » : l'instinct animal et le naturel sont valorisés par opposition à la technique, tout en continuant à subir une forte maîtrise médicale. La pulsion d'emprise des soignants est sommée de se réfréner. Dans le même temps la nature, l'instinct, voire les émotions premières de la parturiente sont valorisés. Mais un compromis s'élabore entre raison médicale et « nature » féminine : par exemple, les positions diversifiées désormais autorisées pendant l'accouchement, sont justifiées par des données anatomiques...

Cette évolution est clairement le produit d'une accentuation du processus d'individuation, de la constitution de la « femme parturiente » en individu méritant l'attention, et du bébé à naître en personne : l'objectif annoncé des nouvelles méthodes est l'accroissement du respect de l'intégrité corporelle et la diminution des violences faites aux corps par une limitation des manipulations (moins d'épisiotomie, de touchers vaginaux pour les mères, moins d'interventions pour l'accueil des nouveau-nés en salle de naissance).

---

<sup>240</sup> LE DU, Maï. *La nature en liberté surveillée: les secteurs physiologiques au sein des maternités Hi Tech*. Journée d'études de la Société d'Histoire de la Naissance, Paris, 2014.

Mais ce processus d'individuation des mères ne produit pas ipso facto et mécaniquement un relâchement de la pulsion d'emprise chez les soignants. Les évolutions, par exemple, des lieux de prise en charge des accouchements le montrent bien : à une tendance récente à la médiatisation bienveillante de la pratique de l'accouchement à domicile, minimaliste en terme de « médicalisation », a immédiatement répondu un durcissement de la surveillance des sages-femmes le pratiquant. Le conseil de l'ordre des sages-femmes a pour la première fois en 2016 officiellement mis en garde ces praticiennes des risques de poursuites – voire de radiation – qu'elles encouraient, arguant d'un problème assurantiel pourtant ancien. L'attitude des instances professionnelles est donc exemplaire d'une forme d'autocontrôle collectif de la faveur donnée à la nature et à l'individu parturiente.

Les usagers ne sont pourtant pas en reste dans cette poussée vers un léger relâchement de la pulsion d'emprise médicale. Dans l'exemple obstétrical, les parents (par le Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE) ont en effet été très présents dans les revendications visant à diminuer l'emprise de la médicalisation sur le processus d'accouchement et sur le corps des femmes, en mettant en œuvre des programmes d'évaluation des pratiques dans les maternités françaises et en commençant à revendiquer un « droit de regard » sur les façons de faire des équipes médicales. Le collectif dit lutter pour une plus grande « humanisation » des pratiques. Véritable « poil à gratter » des mondes obstétricaux, gynécologiques et pédiatriques, il veille au contrôle de leurs comportements. Il incarne ainsi de manière exemplaire la recherche tâtonnante d'une « troisième nature » appliquée au toucher dans le soin.

Le début d'autorisation au toucher-contact qui s'exprimera dans le domaine institutionnel du soin au bébé dès le milieu des années 1990 réclame une diminution des manipulations en même temps qu'une promotion de la communication tactile entre la mère et le bébé.

Les corps des mères se rapprochent de ceux de leurs enfants. La proximité mère-enfant est prônée comme influençant positivement le développement physique et

psychique du nourrisson. Le personnel soignant –, qui touchait fort peu les nouveau-nés hors les manipulations d'usage dictées par la pure raison médicale –, est tout à coup sensibilisé à ses bienfaits : de nouvelles pratiques fleurissent, massages et portage en écharpe, accompagnement des parents vers ce toucher bienveillant de leur bébé. Les parents, très en demande, adhèrent à ce discours prônant le « naturellement » bon allaitement et le portage permanent du bébé.

Professionnels de la puériculture, « psy » et pédiatres diffusent et vulgarisent cette pensée nouvelle en faveur du contact. L'exemple animal est ici encore très souvent sollicité, le contact « naturellement bon » entre les femelles et leurs petits servant de caution à la conduite humaine qui doit retrouver ses instincts. Certes le monde des médecins hospitaliers tente de résister : ici des récits alarmants de morts d'enfants autorisent une équipe à interdire, pour des raisons sécuritaires, le peau à peau entre la mère et le nouveau-né en salle de naissance ; là une étude révèle des statistiques alarmantes sur les morts de bébés dans le lit parental. Ils luttent difficilement contre une tendance générale : le toucher entre parents et bébé commence à être de plus en plus valorisé, en dépit de mises en garde contre l'inceste et les perturbations névrotiques qu'il risquerait de précipiter.

Un compromis s'élabore donc dans le monde soignant : un contact physique de plus en plus valorisé entre la mère, le père et leur bébé, mais accompagné d'une grande vigilance quant au contrôle des pulsions libidinales et du soupçon à l'égard des affects maternels, toujours susceptibles d'être un obstacle à l'autonomisation de l'enfant. Tout se passe comme si une « troisième nature » était recommandée aux parents ; un peu plus de toucher-contact avec l'enfant, un peu plus de communication tactile « affectée » mais, là encore, sous contrôle : des soignants, certes, mais aussi des parents eux-mêmes dûment mis en garde contre leurs propres pulsions. Le toucher parent-enfant est encouragé, mais protégé par un enseignement professionnel qui en définit les règles.

Un compromis du même ordre s'élabore d'ailleurs aussi spontanément chez les parents eux-mêmes. Ils expriment un niveau d'exigence toujours plus grand quant à l'efficacité de la médecine, tout en se montrant désormais méfiants à l'égard des praticiens et des traitements ; le soin doit être efficace mais indolore, dispensé par un professionnel qui s'investit personnellement dans la relation et qui prend en compte la psyché du petit qui est un humain à part entière. Ils auraient toujours le droit de manipuler le bébé, certes, mais un peu moins, alors qu'un toucher-contact serait autorisé parfois, mais le plus rarement possible, et dans ce cas exclusivement sur la base d'un professionnalisme certifié dont les règles strictes protègent soignant comme patient de tout dérapage.

Mais comme aucun de ces mouvements n'est abouti, le résultat, on va le voir à présent, est complexe...

Là encore, on peut se demander quelle est la part d'auto contrôle intériorisé dans la réussite de cet accès au toucher-contact accompagné d'affects. On peut simplement constater que les patients semblent s'y montrer de plus en plus favorables, et progressivement davantage hostiles au toucher manipulateur.

Le monde médical, en effet, résiste donc beaucoup à renoncer à la pure manipulation fonctionnelle. Il se montre simplement davantage conscient des résistances qu'elle suscite et/ou de ses excès. On a plutôt l'impression pour le moment d'un contrôle de l'appropriation physique ou de la manipulation secrétée par la pression d'autrui, par la crainte d'être mal jugé, « mal reçu ». Les soignants s'efforcent alors au quotidien d'autocontrôler un peu leur libido dominante et leur pulsion d'emprise. Qu'ils se trouvent ainsi, à terme, menés vers un véritable et authentique autocontrôle intériorisé (la « troisième nature » de Cas Wouters), il est sans doute trop tôt pour le dire. Cet autocontrôle est cependant avéré pour certains praticiens, ici les sages-femmes et les médecins généralistes : ils répugnent tous désormais aux touchers internes et à toutes les effractions.

Le toucher-contact est donc loin de s'être substitué au toucher-manipulation. Il faut plutôt constater qu'un compromis se cherche, tant du côté des soignants que du

côté des patients. Ce compromis semble remarquablement incarné par les professionnels de l'ostéopathie et le toucher qu'ils préconisent et pratiquent : à la fois proche et distinct de celui de tous les autres acteurs – toucheurs, médecins représentatifs du progrès médical, médecins et sages-femmes francs-tireurs. Voilà qui pourrait bien expliquer le succès remarquable de leur pratique à partir des années 90.

### ***Le nouveau statut anthropologique du nouveau-né : le bébé comme individu***

Cette enquête nous a aussi fait découvrir la transformation profonde du statut du nouveau-né. La représentation ancestrale du bébé, qui a prévalu des millénaires durant, était celle d'un être non abouti, dont la vie lors des premiers mois était une phase transitoire menant vers l'humanisation et l'intégration dans la société (Loux, Gélis). Il fallait façonner ce petit « être » liminal par des soins de maternage codifiés afin de lui permettre l'accession au statut d'humain, sous peine qu'il perde la vie. La mort précoce de l'enfant, si fréquente, trouvait ainsi une explication et une justification à défaut d'une consolation.

Le nouveau-né d'aujourd'hui est en revanche déjà humain. Cette phase liminale du « devenir humain » s'est déplacée des premiers mois de vie extra utérine au stade embryonnaire<sup>241</sup>, comme en témoignent les réflexions et les débats actuels relatifs au statut de l'embryon. Le bébé moderne est même, oserai-je dire, hyper-humain en cela qu'il est considéré comme un Individu complet, naturellement et originellement doté de toutes les compétences sensorielles et émotionnelles possibles et que sa virginité au monde le rend même plus sensible et plus réceptif encore aux stimulations externes.

Désormais, dès avant de naître, il est considéré comme étant constitué d'un corps physique et d'une psyché en interaction. En effet, depuis les premières recherches sur la sensorialité des fœtus initiées dans les années 1970, on l'observe, on l'étudie, donc on le rêve plus concrètement qu'avant... C'est dorénavant son statut « d'être abouti »

---

<sup>241</sup> GIRAUD, Anne-Sophie. *Les statuts de l'être anténatal, un processus d'humanisation « relationnel » – Assistance médicale à la procréation et mort périnatale*. Thèse de doctorat en Anthropologie sociale, Paris : EHESS, 2015.

qui le rend particulièrement vulnérable aux blessures infligées par l'humain adulte le menaçant, au mieux par maladresse au pire par malveillance. Et ces blessures menacent la construction cohérente et harmonieuse de l'Individu bébé, car même lorsqu'elles ne concernent que le corps, c'est tout son être qui en est marqué.

Là encore, les ostéopathes sont en parfaite adéquation avec cette représentation : ils prennent soin de leur petit patient en liant blessures émotionnelles et symptômes physiques et individualisent parfaitement le bébé par leurs soins.

### ***L'importance de la perspective historique***

Cette recherche nous semble aussi avoir montré tout le fruit de la perspective historique : analyser les pratiques et attitudes relationnelles d'autrefois nous a permis de comprendre mieux celles d'aujourd'hui. Cette perspective s'est présentée comme une évidence sur le chemin de la recherche, et la rapidité d'évolution des pratiques et des représentations de ces dernières décennies en a prouvé la pertinence. En effet, entre le début de mon travail et son épilogue, 4 années se sont écoulées, et déjà en ce court laps de temps avons-nous pu observer une évolution franche du rapport au toucher dans le discours et les pratiques des professionnel-le-s du soin. Bientôt, cette recherche sera le témoin de pratiques d'une époque révolue, déjà obsolètes, mais gageons que grâce au regard initié ici, la compréhension de nos façons de faire en évolution sera facilitée. Le rythme des évolutions s'est soudainement accéléré depuis le XXe siècle, et la poursuite de ce mouvement dans la manière de soigner les tout petits réclame donc la vigilance de nouveaux chercheurs.

### ***L'apport à la recherche sur le toucher***

Nous avons pu constater que la recherche dans le domaine du toucher était étrangement pauvre, observation qui est en elle-même une interpellation. Ce sens, en effet, est particulièrement complexe à aborder, nous en avons fait l'expérience. Parce qu'il implique forcément le ressenti des deux individus dans la relation, et parce qu'il fait émerger, sans doute, tant d'affects venus du plus profond de nous. Premier sens à apparaître chez le fœtus, dernier, pourtant, à être exploré par les sciences... Le toucher renvoie, et c'est certainement un des apports majeurs de cette recherche, aux secrets de notre perception de l'Autre et de notre autocontrôle à son encounter. Le

toucher s'est en tout état de cause révélé capable de nous apprendre beaucoup de choses sur l'évolution du monde des soignants et sur nos représentations de l'individu mère, femme, bébé.

### *Utilité des travaux pour le monde professionnel du soin et de la médecine*

Partie de l'observation des pratiques traditionnelles méconnues, souvent méprisées et généralement vécues comme "honteuses" par les usagers, (amulettes de dents de taupe, croyances magico-religieuses des toucheurs traditionnels), je suis finalement parvenue à comprendre que ces usages répondaient à la perpétuation d'un besoin profond de réconfort des jeunes mères, effrayées jadis par la mort fréquente des bébés, et aujourd'hui insécurisées par l'incompréhension à leur égard de la médecine moderne.

Prendre les gens au sérieux en les écoutant sans préjugés m'a donc amenée à considérer ce que le récent plébiscite des pratiques ostéopathiques est venu combler : le manque creusé par l'abandon des pratiques ancestrales, pratiques qui ont pris de plus en plus de place au fur et à mesure que la médecine se déshumanisait au profit des machines et de la « science » en général. Cette recherche nous a donc apporté les réponses espérées. Oui, les nouveaux parents ont besoin de ces multiples recours pour soigner leurs bébés. Et c'est bien la compréhension de cette absolue nécessité qui nous a amenée à réaliser qu'au-delà des progrès techniques, certes efficaces pour sauver les vies des nouveau-nés, il y avait une évidence fondamentale inhérente à la transmission de la vie : le vertige de la responsabilité parentale face à la charge de la transmission du statut d'humain d'une part, et du statut de membre de la communauté sociale d'autre part. La toute puissance des progrès médicaux ne parvient pas à apaiser les membres d'une communauté de parents qui font preuve, pour leur part, d'une extraordinaire créativité pour apaiser leurs angoisses et trouver des recours pour les colmater.

À l'origine de cette recherche, il y eu le terrain. Le terrain professionnel vécu par une sage-femme et fait de rencontres humaines, de surprises, de diversité. Ces femmes, les parturientes, les mères, m'ont fait ce merveilleux cadeau de la confiance,



par leur parole, m'invitant ainsi dans l'intimité de leurs pratiques pourtant souvent dissimulées. Mon souhait le plus cher est de pouvoir leur montrer que cette confiance n'a pas été vaine, et d'œuvrer dans le sens d'une meilleure compréhension et d'une plus grande tolérance à la diversité de leurs besoins, de leur signifier à quel point leur démarche de quête thérapeutique est respectable, et que nul n'a le droit de mépriser leur choix.

Car ce que nous enseigne cette recherche, c'est bien que le parcours de soins au nourrisson est nécessairement multiple. Il est construit par les jeunes parents à la mesure de leur besoin de réconfort et est donc assurément divers. Un acquis fondamental de ce travail est que ce choix s'élabore en complémentarité avec le suivi proposé par la médecine conventionnelle, et en aucun cas en opposition à celui-ci. Et pour cause : leurs fonctions sont clairement différentes. Si la médecine trouve sa légitimité dans le diagnostic et le traitement ponctuel des maladies, il apparaît clairement que les recours alternatifs, eux, se chargent d'une toute autre mission : celle d'accompagner le développement du bébé, de rassurer les parents sur la capacité de leur enfant à grandir et à traverser les grandes étapes de la vie et donc, finalement, de les conforter dans leur capacité à être parents. Ils vont donc choisir par eux-mêmes, en fonction des ressources offertes par leur environnement et selon leur univers de pensée, le ou les professionnels qu'ils jugent les plus légitimes pour leur tenir la main dans leur parcours parental.

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

Le retour de collègues sages-femmes à qui je présentais mes travaux m'a été d'une grande inspiration pour trouver une ouverture concrète à cette recherche.

Aborder leurs pratiques et celles de leurs patientes avec un regard délibérément distancié leur a été, m'ont-elles confié, salutaire. Non que leurs pratiques en aient été changées, mais s'observer dans le miroir des sciences sociales leur a apporté une autre « manière d'écouter » les diverses « façons de faire » avec une plus grande tolérance, débarrassées de l'arrogance de la certitude du savoir. Ce qu'elles m'ont confié, c'est qu'elles ont pris conscience que leur attitude thérapeutique n'était que le fruit d'une vérité parmi d'autres, dont chacune, à divers degrés, trouve sa place dans le paysage social.

Mais je n'ai pas la prétention d'inventer quoi que ce soit... Quoi de plus inéluctable pour une sage-femme, finalement, que de conclure par l'évidence de la définition socratique de la maïeutique : « savoir qu'on croit sans jamais croire qu'on sait » ?

Le pari est donc en partie gagné.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**



## Ouvrages

- ALLIRAND, Joannes Claude. *L'Ostéopathie et ses techniques*. Paris : Maloine, 1979, 258 p.
- ANZIEU, Didier. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985, 276 p.
- ARBORIO, Anne-Marie. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Économica Anthropos, 2002, 360 p.
- BALZAC Honoré de, *La fille aux yeux d'or* (1834).
- BENSA, Alban. *Les saints guérisseurs du Perche Goët. Espace symbolique du bocage*. Paris : Institut d'Ethnologie, 1978, 301 p.
- BONNET, Doris ; POURCHEZ, Laurence (coll.). *Du soin au rite dans l'enfance*. Paris : Eres, 2007, 317 p.
- BOUVIGNES, Louis de. *Miroir de l'âme religieuse*. Namur : chez Charles Gérard Albert, 1690, (reproduit sur internet par Google books).
- BROUARDEL, Paul. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris : Jean-Baptiste Baillière, 1906. pp-5-68. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90141x1906x06>
- BUSNEL, Marie-Claire ; HERBINET, Étienne (Dir.). *L'aube des sens: ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales*. Paris : Stock, 1981, 414 p.
- CAMUS, Dominique. *L'univers des guérisseurs traditionnels: panseurs de secrets et conjureurs*. Rennes : éditions Ouest-France, 2010, 127 p.
- CASTRA, Michel. *Bien mourir: sociologie des soins palliatifs*. Paris : PUF, 2003, 365p.
- CLASSEN, Constance. *The deepest sense: a cultural history of touch*. Urbana: University of Illinois Press, 2012, 227 p.
- CLASSEN, Constance, *The book of touch*. Oxford ; New York : Berg. 2005, 461 p.

- CLASSEN, Constance ; HOWES, David. *Ways of sensing: understanding the senses in society*. New York: Routledge. 2014. 200p.
- COMBE, Adolphe. *La tuberculose du nourrisson*. Paris : ed. J.-B. Baillière et fils. 1917. 197 p. [en ligne]. Disponible sur : <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb31961482t>. Consulté le 23/02/2016
- DASEN, Véronique. *Le sourire d'Omphale : maternité et petite enfance dans l'Antiquité*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2015, 404 p.
- DELAISI DE PARSEVAL, Geneviève ; LALLEMAND, Suzanne. *L'Art d'accommoder les bébés, 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris : Seuil, 1980, 275 p.
- DOLTO, Françoise. *Les étapes majeures de l'enfance*. Textes recueillis et annotés par Claude HALMOS et présentés par Catherine DOLTO-TOLITCH. Paris : Gallimard, 1994.
- ELIAS, Norbert. *La Civilisation des mœurs*. Paris : Calmann-Levy, 1973, 345 p.
- ELIAS, Norbert. *La Dynamique de l'occident*. Paris : Calmann-Levy, 1975, 328 p.
- ELIAS, Norbert. *La société des individus*. Paris : Fayard, 1991, 301p.
- FAURE, Olivier ; BOURDELAIS, Patrice. *Les nouvelles pratiques de santé: Acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe-XXe siècles)*. Paris : Belin, 2005, 382 p.
- FAURE, Olivier. *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*. Paris : Belin, 1993, 318 p.
- FAVRET-SAADA, Jeanne. *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Paris : Gallimard, Bibliothèque des Sciences humaines, 1977, 332 p.
- FERNANDEZ, Fabrice ; LEZE, Samuel ; MARCHE Hélène. *Le langage social des émotions: études sur les rapports au corps et à la santé*. Paris : Economica-Anthropos. 2008, 424 p.
- GARCIA, Sandrine. *Mères sous influence : de la cause des femmes à la cause des enfants*. Paris : la Découverte, 2011, 382 p.

- GELIS, Jacques ; LARGET, Mireille ; MOREL, Marie-France. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris : Gallimard, 1978, 246 p.
- GELIS, Jacques. *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Paris : Fayard, 1984, 611 p.
- GILLIGAN, Carol. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Mass : Harvard University Press, 1982, 184 p.
- GLOWCZEWSKI B., *Les rêveurs du désert: aborigènes d'Australie, les Warlpiri*, Plon, Paris, 1989.
- GUERINAUD, Marie ; MARTINO, Bernard. *Le bébé est une personne*. Paris : J'ai lu, 1987, 252 p.
- GUEULLETTE, Jean-Marie. *L'ostéopathie, une autre médecine*. Rennes : PUR, 2014, 272 p.
- GUILLEMAIN, Hervé. *Chronique de la psychiatrie ordinaire: patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. Le Mans : Éditions de la ReINETTE, 2010, 143 p.
- HARDY, André. *Introduction à l'ostéopathie crânienne: Le dommage du coup de fouet (whiplash injury); son diagnostic, sa thérapeutique*. Lieu inconnu: Peyronnet, 1967, 103 p.
- ITARD, Jean. *Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron. 1801 et 1806*. 81 p. Version numérisée [En ligne]. Disponible sur: [http://classiques.uqac.ca/classiques/itard\\_jean/victor\\_de\\_l\\_Aveyron/itard\\_victor\\_aveyron.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/itard_jean/victor_de_l_Aveyron/itard_victor_aveyron.pdf) Consultée le 07/07/2016
- KLEIN, Melanie. *Die Psychoanalyse des Kindes*. Wien : Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1932 ; *The Psycho-Analysis of Children* (trad. A. Strachey), Londres, Hogarth Press an institute of Psycho-Analysis, 1932, 1937, 1949 (*N. du T.*)

- KNIBIEHLER, Yvonne. *La révolution maternelle : femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris : Perrin, 1997, 367 p.
- KREISLER, Léon (Dr). *Guide de la jeune mère, de la naissance à 2 ans*. Paris : ESF, 1975.
- LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, 499 p.; édition numérique [en ligne]. Disponible sur : [http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche\\_et\\_pontalis/voc.html](http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc.html) Consultée le 01/11/2016.
- LAVEZZARI, Robert. *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'ostéopathie*. Malakoff : G. Doin, 1949, 120 p.
- LEBOYER, Frédérick. *Pour une naissance sans violence*. Paris: Seuil, 1974, 159 p.
- LEBRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF, 1990, 330 p.
- LEBRUN, François. *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVIIe et XVIIIe siècles*. Paris : Temps actuels, 1983, 206 p.
- LEBRUN, François. *Croyances et cultures dans la France d'Ancien Régime*, Paris : Seuil, 2001, 256 p.
- LEONARD, Jacques. *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*. Paris : Hachette, 1977, 285 p.
- LOUX, Françoise. *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault, 1979, 178 p.
- LOUX, Françoise. *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris : Interéditions, 1983, 307 p.
- MAUSS, Marcel ; (introduction WEBER, Florence). *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : PUF, 2010, 248 p.
- MELLOR, Alec. *Le problème des guérisseurs aujourd'hui*. Paris : éd. la Colombe, 1958, 320 p.



- MEMMI, Dominique. *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte, 2003, 308 p.
- MEMMI, Dominique. *La revanche de la chair: essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil, 2014, 280 p.
- MEMMI, Dominique. *La seconde vie des bébés morts*. Paris : Éd. EHESS, 2011, 216p.
- MOLINIER, Pascale ; LAUGIER, Sandra ; PAPERMAN, Patricia. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009, 298 p.
- MONTAGU, Asley. *Touching: the human significance of the skin*. New York : Perennial Library. 1971. 494p.
- MONTESSORI, Maria. *L'Enfant*. Bruges: Desclée de Brouwer, 1936, 200 p.
- MAURICEAU, François. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris : chez l'auteur, 1668, Edition de 1681. [en ligne]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57713z/f2.image>. Consultée le 24/12/2016.
- MOUTIN, Lucien. *Manuel d'ostéopathie pratique, théorie et procédés*. Paris : G.A. Mann, 1913, 369 p.
- ODENT, Michel. *Bien naître*. Paris : Seuil, 1976, 164 p.
- ODENT, Michel. *Genèse de l'homme écologique : l'instinct retrouvé*. Paris : Epi, 1979, 179 p.
- ODENT, Michel. *Votre bébé est le plus beau des mammifères*. Paris : Albin Michel, 1990, 45 p.
- ORAISON, Marc. *Médecine et guérisseurs*. Paris : Lethielleux, 1955, 142 p.
- PAILLET Anne. *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. La Dispute, 2007, 286 p.

- PENEFF, Jean. *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*. Paris : Métailié, 1992, 257 p.
- PERELMAN, R. ; AMIEL-TISON, C. ; DESBOIS, J.-C. *Pédiatrie pratique. Périnatalogie*, Paris : Maloine, 1985, 1527 p.
- REICH, Wilhem. *Écoute, petit homme !* Traduction française de Pierre Kamnitzer d'après le texte allemand 1972. L'ouvrage a été également publié en anglais par FARRAR, STRAUS and GIROUX, sous le titre *Listen, Little Man !* 1948. Numérisation S. Bechet, 1996. [en ligne]. Disponible sur: <http://edenguard.fr/Docs%20NRJ%20Et%20Cie/Wilhelm%20Reich/EcoutePetitHomme.pdf> Consulté le 18/06/16
- RICHARD, Raymond. *Lésions ostéopathiques du sacrum: physio-pathologie articulaire, gynécologique, crânienne, et techniques de correction*. Paris : Maloine, 1978, 375 p.
- ROLLET, Catherine. *Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations*. [en ligne]. Disponible sur: [http://www.santeallaitementmaternel.com/se\\_former/histoires\\_allaitement/allaitement\\_rollet.php](http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/histoires_allaitement/allaitement_rollet.php)
- RUMEAU-ROUQUETTE Claude, DU MAZAUBRUN Christiane, RABARISON Yvon. *Naître en France, 10 ans d'évolution*. Paris, INSERM-Doin, 1984.
- SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine: des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Paris : Seuil, 2005, 327 p.
- SCHMITZ, Olivier. *Soigner par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : IMAGO, 2006, 250 p.
- STILL, Andrew Taylor. *With a History of the Discovery and Development of the Science of Osteopathy, Together with an Account of the Founding of the American School of Osteopathy*. Kirksville, MO, USA: The Author ed., 1897. [en ligne]. Disponible sur: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=chi.24129195;view=1up;seq=1>

STILL, Andrew Taylor ; Tricot, Pierre. *Andrew Taylor Still : Autobiographie*. Vannes : Éditions Sully, 2008, 361 p.

THIS, Bernard. *La psychanalyse, science de l'homme en devenir*. Paris : Casterman, 1960, 313 p.

THIS, Bernard. *Naître*. Paris : Aubier-Montaigne, 1972, 320 p.

VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital: l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des archives contemporaines, 2000, 212 p.

WOUTERS, Cas. *Informalization. Manners & Emotions since 1890*. Los Angeles, Calif.: Sage Publications, 2007, 288p.

### Articles

ABITEBOUL D., FARGEOT C., DEBLANGY C., LUCET JC. *Le gant et les AES*. Paris: CH Bichat-Claude Bernard. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.geres.org/docpdf/hg03da.pdf>. Consulté le 3/5/16.

ALAIN (Émile Chartier), Sur les perceptions du toucher. in *Revue de Métaphysique et de Morale*, mai 1901 (IXe année), pp. 279-291. [en ligne]. Disponible sur : <http://classiques.uqac.ca/classiques>. Consulté le 03/03/2016

AMIEL Céline. « On sait qu'il n'y a pas de 'vrais' risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 23, n°3, 2005. pp. 37-58.

ANAND K.J.S. ; HICKEY P.R.. Pain and its effects in the human neonate and foetus. *N. Engl. J. of Med.*, 317, 1987, p. 1321-1329.

ANZIEU, Didier. Le Moi-peau. In *Nouvelle Revue de psychanalyse*, N°9, Paris : Gallimard,1974, p. 195-208.

AUZENET, Dominique. Occultisme danger. Dossier hors-série n°172, *Revue Il est vivant !* Mai 2001, 31 p.

BELLAÏCHE, Marc. Coliques du nourrisson : comment lutter contre la crise. *Pédiatrie pratique*, 2012, N°234.

- CATHERINE A.; TAYLOR, J.; MANGANELLO A.; SHAWNA, J. Lee; JANET C. Rice.  
Mothers' Spanking of 3-Year-Old Children and Subsequent Risk of Children's Aggressive Behavior. *Pediatrics*, avril 2010.
- CHARPENTIER, Annie ; DRECOURT-MESTER Jocelyne ; RENAULT-TINELLE Nadine ; BLONDEAU Liliane. Le phénomène douleur du nouveau-né en maternité. *Docteurs*, 6, 2005, p. 374-382
- CUPA, Dominique. Une topologie de la sensualité : le Moi-peau, *Revue française de psychosomatique* 2006/1 (n 29), p. 83-100.
- DECROIX, Gilles. La protection des soignants contre les contaminations professionnelles. *Revue Responsabilité*, numéro hors-série, avril 2003, p 7.
- DELMOTTE, Florence. Termes clés de la sociologie de Norbert Elias, *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* 2010/2 (n° 106), p. 29-36.
- DUGRAVIER, Romain ; GUEDENEY, Antoine. Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *La psychiatrie de l'enfant* 2006/2 (Vol.49), p. 405-442.
- DOWNE S, GYTE GML, DAHLEN HG, SINGATA M. Routine, vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.
- ÉTUDE KRISIS, Les hommes et les médecins généralistes au cœur de la campagne de dépistage du cancer de la prostate, Journée nationale de la prostate, *Association Française d'Urologie*, 2006.
- GERSHOFF, E. T. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 2002, pp. 539-579.
- GERSHOFF, E. T.; GROGAN-KAYLOR, A. Spanking and Child Outcomes: Old Controversies and New Meta-Analyses. *Journal of Family Psychology*, advance online publication. 7 April 2016.

- GUEULLETTE, Jean-Marie. « Des doigts qui pensent, sentent, voient et savent ». Exercices de réflexivité ostéopathique. *ethnographiques.org*, Numéro 31 – La part de la main, 2015, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ethnographiques.org/2015/Gueullette>. Consulté le 30.03.2016.
- KATTWINKEL, J.; NIERMEYER, S. ; NADKARNI, V. ; TIBBALLS, J. ; PHILIPS, B. ; ZIDEMAN, D. ; VAN REEMPTS, P. ; OSMOND, M.. An advisory statement from the Pediatric Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Pediatrics*, 1999 ; 103.
- LEBRUN, François. La place de l'enfant dans la société française depuis le XVI<sup>e</sup> siècle. *Communications*, n° 44, 1986, p. 247-257.
- LE DU, Maï. Le nouveau-né qui va mourir. Contexte historique de l'évolution des pratiques. *Les Dossiers de l'obstétrique* N°431, novembre 2013, p.21.
- LUNEL, Alexandre. « La Loi du 30 Novembre 1892 et le délit d'exercice illégal de la médecine en France » *Revue Historique De Droit Français Et étranger (1922-)* 90, no. 1 (2012): 115-34. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.jstor.org/stable/43858941>.
- MEMMI, Dominique. Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction, *Sociologie*, N°4/2016, décembre 2016, pp. 413-438.
- Psyché : Revue internationale des Sciences de l'homme et de psychanalyse*. Paris. Publiée de 1956 à 1963.
- RUMEAU-ROUQUETTE, Claude. L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°1, 2004. Naître en France et au Québec. pp. 57-68.

### **Participation à des ouvrages collectifs**

- CLASSEN, Constance ; HOWES, David. Sensus Healing : the sensory practice of medicine. In (dir.) CLASSEN, Constance ; HOWES, David. *Ways of sensing: understanding the senses in society*. New York : Routledge. 2014. pp.37-63.

- DUPIN, Dr. Étude physio-pathologique, In ROCHER, PHILIP, GOT, POUYANNE et DUPIN, *Les anesthésies chez l'enfant*. Bordeaux : Imp. Delmas, 1938.
- GELIS, Jacques. L'évolution des savoirs en obstétrique et en pédiatrie aux siècles classiques. In Dir. MOREL M-F. *Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui*. Paris : Érès, 2013, 384 p.
- MEMMI, Dominique ; RAVENEAU, Gilles ; TAÏEB, Emmanuel. Les soignants et leurs gants. In, (dir), *Le dégoût, envers du social*. Rennes : PUR, 2016, pp. 163-170.
- MOREL, Marie-France. Histoire du maillot en Europe occidentale. In : BONNET, Doris; POURCHEZ, Laurence. *Du soin au rite dans l'enfance*. Paris : Érès, 2007, pp.61-84.
- PORTER, Roy. *A touch of danger, the Bedside Manners of the Eighteenth-century Physician*, in (dir.). CLASSEN, Constance, *The book of touch*. Oxford, New York : Berg. 2005, pp. 377-384
- POURCHEZ, Laurence. Les transformations du corps de l'enfant : façonnage du visage et bandage du tronc de l'enfant à l'île de la Réunion. In Bonnet, Doris ; Pourchez, Laurence (coll.). *Du soin au rite dans l'enfance*. Paris : Eres, 2007, 317p.

### **Articles de journaux**

- DUPONT Gaëlle. La France condamnée pour ne pas avoir interdit gifles et fessées. *Le Monde.fr*, [en ligne] 04/03/2015. Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/03/02/la-france-condamnee-pour-ne-pas-avoir-interdit- Consulté le 03/07/16>.
- Le Maine Libre*, dossier spécial « Les toucheurs », 2012.
- REROLLE, Raphaëlle. Comment punir les enfants... (à propos du colloque réunissant, à Paris, psychiatres, enseignants et psychologues autour du thème : « Quand et comment punir les enfants ? »). *Le Monde*, 23 mars 1988.

## Textes officiels

Centers for Disease Control and Prevention. *Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings*. MMWR 1987 ;36 (S2) : 1S-18S.

CIRCULAIRE DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez le personnel de santé. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/32045/>

CIRCULAIRE N° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. [en ligne]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_249\\_20\\_avril\\_1998.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf)

Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale* [en ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr> .Consulté le 01/04/16.

Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>

HAS – Service développement de la certification .*Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance*. Mars 2014 p.16. [En ligne] Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide\\_qualite\\_securite\\_secteur\\_naissance.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf) Consulté le 27/06/16

INED, *fiche pédagogique de la mortalité infantile*. [en ligne]. Disponible sur : [www.ined.fr](http://www.ined.fr), consulté le 23/04/16.

INSEE, *statistiques de l'état civil et estimations de population, France métropolitaine*. [en ligne]. Disponible sur : [www.insee.fr](http://www.insee.fr). Consulté le 23/04/2016

Inspection générale de la ville de Paris. *Rapport de la Mission de prévention, de signalement et de traitement des risques d'infraction sexuelle sur des mineurs par des agents de la Ville et du département* – Juin 2015 – N°14-15.

KUBIK, S.; TRIBOT LAPSPIERE, V. *Paris : un rapport recommande la suppression des cours individuels en conservatoire pour faire face au risque d'abus sexuels.* (25 mai 2016). [en ligne]. Disponible sur : <http://www.francemusique.fr/actu-musicale/paris-un-rapport-recommande-la-suppression-des-cours-individuels-en-conservatoire-pour-faire-face-132207>. Consulté le 26 mai 2016.

### **Mémoires, thèses**

BAUGAS, Etienne. *Profil et motivations des patients consultant en ostéopathie.* Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Nantes : Université de Nantes, 2013

CHOPLIN, Arnaud. *Apprendre le toucher. Du toucher à la perception.* Mémoire de Master Professionnel 2ème année Education et Formation, Université Aix Marseille, 2011, 170 p.

FOUQUET, Lucie. *Les femmes enceintes et les médecines non conventionnelles.* Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Tours : Université François Rabelais, 2014.

GIRAUD, Anne-Sophie. *Les statuts de l'être anténatal, un processus d'humanisation « relationnel » – Assistance médicale à la procréation et mort périnatale.* Thèse de doctorat en Anthropologie sociale, Paris : EHESS, 2015.

LECOMTE, Charline. *Place de l'ostéopathie pour les nouveau-nés : ce que pensent les mères.* Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Tours : Université François Rabelais, 2016, 57 p.

LORIOUX, Romain. *Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?* Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Angers : Université d'Angers, 2010, 80 p.

MONTREUX, Tiphaine. *La pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales dans une population de grossesses à bas risque : évaluation des pratiques professionnelles.* Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Lyon : Université de Lyon II, 2014, 81 p.



QUAGLIARIELLO, Chiara. *Modèles de naissance et de « nature » en conflit : les Sénégalaises en exil face à l'hôpital moderne*. Thèse de doctorat en anthropologie, Sienne, Italie : Università degli studi, 2013.

ROBIN--BERNARD, Sophie. *Un enfant si je veux quand je veux ? Libertés, contraintes et marges de manœuvre dans la contraception*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Tours : Université François Rabelais, 2016.

SALAME, Martine. *Le toucher suspendu*. Thèse de Philosophie. Paris : Université Paris-Est, 2009. [en ligne]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00512771>

### **Audiovisuel**

CESBRON Paul ; MOREL Marie-France. *Entretien filmé de Danièle RAPOPORT*.

Production : Société d'Histoire de la Naissance. France, le 21 février 2011.

CESBRON Paul ; MOREL Marie-France. *Entretien filmé de Michel ODENT*.

Production : Société d'Histoire de la Naissance. France, le 10 avril 2011.

CESBRON Paul ; MOREL Marie-France. *Entretien filmé de Bernard THIS*. Production :

Société d'Histoire de la Naissance. France, le 17 janvier 2011.

CIAMPI, Yves. *Le guérisseur*. Production : Indusfilms, les films du cyclope. France, 1953. (1,71 millions d'entrées).

CUVELIER, Franck. *La naissance, une révolution !* Film documentaire. Production:

Cie des Phares et Balises. France, 2012.

KRONLUND Sonia. *Les pieds sur terre : Accoucher dans la violence*. France Culture, 18 et 19 janvier 2017.

LE CHANOIS, Jean-Paul. *Le cas du docteur Laurent*. Production: Cocinor. France, 1957.

LEVY, Janine ; RAPOPORT, Danielle. *Enfants en pouponnières demandent assistance*.

Film de 46 mn. Réalisation : Collin, Pierre. 1978.

MARTINO, Bernard. *Le bébé est une personne*. Production: TF1. France, 1984.

PILLAUDIN, Roger. *Entre chien et loup – Avec Jeanne FAVRET-SAADA ; Sorcellerie en Mayenne*. Première diffusion : 30/04/1972. France Culture. Archive en 3 volets INA-Radio France.

VINCENT, Christian. *L'hermine*. Production: Albertine Production, France 2, Gaumont. France, 2015.

### **Blogs et sites internet**

ASSOCIATION FRANÇAISE DE MATERNOLOGIE [en ligne]. Disponible sur : <http://maternologie.info/quest-ce-que-la-maternologie>. Consulté le 27/06/2016.

LAYAHE Marie-Hélène. Blog : *Marie accouche là, explorations politiques et féministes autour de la naissance* [en ligne]. Disponible sur: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>

MAHIEU, François Régis. *Le don pur et parfait*. In : Blog: <http://ethique.perso.sfr.fr/Ledon.htm> Consulté le 27/03/2016.

NI CLAQUES NI FESSEES. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.niclaquesnifessees.org>

OBSERVATOIRE DE LA VIOLENCE ÉDUCATIVE ORDINAIRE [en ligne]. Disponible sur : <http://www.oveo.org>.

LE PORTAIL DE LA MICROKINESITHERAPIE. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.microkinesitherapie.fr> consulté le 9/10/2016.

### **Colloques**

CESBRON, Paul. *De la nécessité de couper les femmes lors de la mise au monde des enfants*. Intervention à la journée d'études de la Société d'Histoire de la Naissance, Paris, 2013. [En ligne] Disponible sur : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article58>

COHEN-SALMON, Didier. *Le problème de la douleur des enfants*. Intervention à la Journée d'étude de la Société d'Histoire de la Naissance, Paris, 9 Juin 2007.

HOUSEMAN, Michael; MOISSEEFF, Marika. Atelier « Nouvelles formes de médiation relationnelle », janvier 2016, Paris, Collège de France.

LE DU, Maï. *La nature en liberté surveillée: les secteurs physiologiques au sein des maternités Hi Tech*. Journée d'études de la Société d'Histoire de la Naissance, Paris, 2014.

LE DU, Maï ; PULL, Céline. *La sage-femme et l'argent, aspects sociologiques*. Colloque ANSFL, Grenoble, 19/03/2016

MISSENIER, Sylvain. *Histoire de l'arrivée des « Psychistes » dans les maternités*. Intervention à la Journée d'Étude de la SHN, Paris, 13/09/2008.

### **Références**

Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur:

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>. Consulté le 10/02/2016.

Dictionnaire Littré [en ligne]. Disponible sur:

<http://www.littre.org/definition/toucheur>. Consulté le 18/11/2016.



## **ANNEXES**



# Annexe 1 : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE AU CHRU de TOURS

*Adressé aux patientes hospitalisées dans les services de suites de couches*

## **Informations générales :**

- 1) Quel est votre âge ? .....
- 2) Combien d'enfants aviez-vous avant celui-ci ? .....
- 3) Quel est votre métier ? .....
- 4) Êtes-vous en activité en dehors du congé maternité ?      Oui    Non
- 5) Êtes-vous en couple ?            Oui    Non
- 6) Si oui, votre compagnon travaille-t-il ?      Oui    Non
- 7) Quel métier exerce-t-il ? ou a-t-il exercé précédemment ?  
.....
- 8) De quelle nationalité êtes-vous ? .....
- Depuis quand vivez vous en France ? .....
- 9) Il y a-t-il eu des événements particuliers lors de votre accouchement ?  
    (Travail long, forceps, césarienne ...)  
.....  
.....

## **Questions sur l'ostéopathie :**

Pour la plupart des questions suivantes vous devez cocher une réponse ou plusieurs lorsque cela est demandé. Merci de préciser votre réponse lorsque cela est indiqué.

10) Avez-vous déjà entendu parler de l'ostéopathie ? ( *1 seule réponse* )

- Oui 3 fois et plus
- Oui 2 fois
- Oui 1 fois
- Non

11) Avez-vous déjà consulté un ostéopathe pour vous ? ( *1 seule réponse* )

- Oui 3 fois et plus
- Oui 2 fois
- Oui 1 fois
- Non

12) Avez-vous déjà consulté pour un de vos bébés précédents? ( *1 seule réponse* )

- Oui 3 fois et plus
- Oui 2 fois
- Oui 1 fois
- Non

13) Avez-vous pour projet d'emmener votre bébé consulter un ostéopathe dans les jours ou les semaines qui suivent la sortie de la maternité ? ( *1 seule réponse* )

- Oui c'est certain
- Oui peut être si besoin
- Je ne sais pas encore
- Non



*Si vous avez répondu **OUI** à la question 13, répondez aux questions 14 à 19*  
*Si vous avez répondu **NON** à la question 13, allez directement aux questions 20 et 21*  
*Si vous avez répondu « **je ne sais pas encore** » à la question 13, répondez aux questions 14 à 21*

**Si OUI ou « je ne sais pas encore si je vais aller voir un ostéopathe avec mon bébé»:**

14) Qui vous a informé de la possibilité de consulter un ostéopathe pour votre bébé ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Un professionnel de santé hors hôpital, si oui, qui ? (entourez la ou les réponses) : sage-femme, médecin, kinésithérapeute, ostéopathe, autres (précisez) .....
- un ami, ma famille
- Les médias (internet, articles de presses, informations télévisées ...)
- Autres (précisez) .....

15) Pour quelles raisons envisagez-vous de consulter un ostéopathe pour votre bébé ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Je souhaite le faire systématiquement
- Parce qu'il y a eu un problème à l'accouchement
- Parce qu'on me l'a conseillé
- Autres (précisez) .....

16) Pensez-vous que le prix soit un frein à la consultation ? (*1 seule réponse*)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17) Selon vous, y a-t-il un intérêt à consulter un ostéopathe en plus du suivi classique par un médecin ? Si oui, lequel ?

18) Pensez-vous que les suivis médicaux et ostéopathiques soient complémentaires ?

- Oui
- Non

19) Si oui, pourquoi ? Quel est l'apport de chacun ?

**Si NON ou « je ne sais pas encore si je vais aller voir un ostéopathe avec mon bébé » :**

20) Pour quelles raisons ne souhaitez-vous pas, ou hésitez-vous à emmener votre enfant chez l'ostéopathe ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Je ne vois pas l'intérêt car tout s'est bien passé lors de mon accouchement
- Je ne vois pas l'intérêt car mon bébé va bien
- Je ne crois pas vraiment aux bienfaits de l'ostéopathie
- J'ai peur de ce qu'il pourrait faire à mon enfant
- La consultation est trop chère
- Il n'y a pas d'ostéopathe près de chez moi
- Autres (précisez) .....

21) Si la séance d'ostéopathie était remboursée, envisageriez-vous d'emmener votre bébé chez un ostéopathe ?

- Oui c'est sûr
- Oui peut-être
- Non

**Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire.**

**ANNEXE 2 : NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET  
CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES**





Ministère des affaires sociales  
du travail et de la solidarité



## NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Employés salariés d'entreprises (PCS-ESE)  
*Présentation synthétique*

**Version à utiliser à partir du début 2004**

***Ce document doit être conservé :  
il vous sera précieux pour le remplissage d'autres formulaires à venir.***

Pour plus de détails

- se reporter au site de l'INSEE [www.insee.fr](http://www.insee.fr) rubrique **nomenclatures**
- ou s'adresser à l'organisme émetteur du formulaire ou du questionnaire :
  - la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (coordonnées sur [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr) rubrique **adresses utiles**) ;
  - la caisse régionale d'Assurance maladie (coordonnées sur [www.cnamts.fr](http://www.cnamts.fr) rubrique **organismes locaux**)

*Cette nomenclature est structurée selon six grands postes qui se différencient par le premier chiffre du code :*

- 1 ou 2      *Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprises*
- 3            *Cadres*
- 4            *Techniciens, agents de maîtrise et autres professions intermédiaires-*
- 5 ou 6      *Employés ou ouvriers*

<p><b>1</b>      <b>AGRICULTEURS</b></p> <p><b>10</b>      <b>AGRICULTEURS (salariés de leur exploitation)</b></p> <p>100x      Agriculteurs et éleveurs, salariés de leur exploitation</p> <p><b>2</b>      <b>ARTISANS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISES</b></p> <p><b>21</b>      <b>ARTISANS (salariés de leur entreprise)</b></p> <p>210x      Artisans salariés de leur entreprise</p> <p><b>22</b>      <b>COMMERCANTS ET ASSIMILES (salariés de leur entreprise)</b></p> <p>220x      Commerçants et assimilés, salariés de leur entreprise</p>	<p><b>23</b>      <b>CHEFS D'ENTREPRISE DE 10 SALARIES OU PLUS (salariés de leur entreprise)</b></p> <p><i>Chefs de grandes entreprises (500 salariés et plus)</i></p> <p>231a      Chefs de grande entreprise de 500 salariés et plus</p> <p><i>Chefs de moyennes entreprises (de 50 à 499 salariés)</i></p> <p>232a      Chefs de moyenne entreprise, de 50 à 499 salariés</p> <p><i>Chefs d'entreprises de 10 à 49 salariés</i></p> <p>233a      Chefs d'entreprise du bâtiment et des travaux publics, de 10 à 49 salariés</p> <p>233b      Chefs d'entreprise de l'industrie ou des transports, de 10 à 49 salariés</p>	<p>233c      Chefs d'entreprise commerciale, de 10 à 49 salariés</p> <p>233d      Chefs d'entreprise de services, de 10 à 49 salariés</p> <p><b>3</b>      <b>CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES</b></p> <p><b>31</b>      <b>PROFESSIONS LIBERALES (exercées sous statut de salarié)</b></p> <p><i>Professionnels de la santé</i></p> <p>311c      Chirurgiens dentistes</p> <p>311d      Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (non médecins)</p> <p>311e      Vétérinaires</p> <p><i>Avocats</i></p> <p>312a      Avocats</p>
---	--	---

**33 CADRES DE LA FONCTION PUBLIQUE***Personnels de direction*

- 331a Personnels de direction de la fonction publique (Etat, collectivités locales, hôpitaux)

*Ingénieurs et personnels techniques supérieurs*

- 332a Ingénieurs de l'Etat et assimilés  
332b Ingénieurs des collectivités locales et des hôpitaux

*Personnels administratifs (hors enseignement et patrimoine)*

- 333c Cadres de la Poste  
333d Cadres administratifs de France Télécom (statut public)  
333e Autres personnels administratifs de catégorie A de l'Etat et assimilés (hors Enseignement, Patrimoine)  
333f Personnel administratif de catégorie A des collectivités locales et hôpitaux publics (hors Enseignement, Patrimoine)

**34 PROFESSEURS, PROFESSIONS SCIENTIFIQUES***Enseignement secondaire*

- 341a Professeurs agrégés et certifiés de l'enseignement secondaire  
341b Chefs d'établissement de l'enseignement secondaire et inspecteurs

*Enseignement supérieur et recherche publique*

- 342b Professeurs et maîtres de conférences  
342c Professeurs agrégés et certifiés en fonction dans l'enseignement supérieur  
342d Personnel enseignant temporaire de l'enseignement supérieur  
342f Directeurs et chargés de recherche de la recherche publique  
342g Ingénieurs d'étude et de recherche de la recherche publique  
342h Allocataires de la recherche publique

*Orientation scolaire et professionnelle*

- 343a Psychologues spécialistes de l'orientation scolaire et professionnelle

*Santé*

- 344a Médecins hospitaliers sans activité libérale  
344b Médecins salariés non hospitaliers  
344c Internes en médecine, odontologie et pharmacie  
344d Pharmaciens salariés

**35 PROFESSIONS DE L'INFORMATION, DES ARTS ET DES SPECTACLES***Documentation, patrimoine*

- 351a Bibliothécaires, archivistes, conservateurs et autres cadres du patrimoine

*Journalisme, création littéraire*

- 352a Journalistes (y. c. rédacteurs en chef)  
352b Auteurs littéraires, scénaristes, dialoguistes

*Cadres de la presse écrite, de l'édition, de l'audiovisuel et des spectacles*

- 353a Directeurs de journaux, administrateurs de presse, directeurs d'éditions (littéraire, musicale, audiovisuelle et multimédia)  
353b Directeurs, responsables de programmation et de production de l'audiovisuel et des spectacles  
353c Cadres artistiques et technico-artistiques de la réalisation de l'audiovisuel et des spectacles

*Artistes*

- 354a Artistes plasticiens  
354b Artistes de la musique et du chant  
354c Artistes dramatiques  
354e Artistes de la danse  
354f Artistes du cirque et des spectacles divers  
354g Professeurs d'art (hors établissements scolaires)

**37 CADRES ADMINISTRATIFS ET COMMERCIAUX D'ENTREPRISES***Etat-major (grandes entreprises de 500 salariés et plus)*

- 371a Cadres d'état-major administratifs, financiers, commerciaux des grandes entreprises

*Cadres spécialistes des fonctions administratives et financières*

- 372a Cadres chargés d'études économiques, financières, commerciales  
372b Cadres de l'organisation ou du contrôle des services administratifs et financiers  
372c Cadres spécialistes des ressources humaines et du recrutement  
372d Cadres spécialistes de la formation  
372e Juristes  
372f Cadres de la documentation, de l'archivage (hors fonction publique)

*Autres cadres des services administratifs et financiers*

- 373a Cadres des services financiers ou comptables des grandes entreprises  
373b Cadres des autres services administratifs des grandes entreprises  
373c Cadres des services financiers ou comptables des petites et moyennes entreprises  
373d Cadres des autres services administratifs des petites et moyennes entreprises

*Administration commerciale, fonction commerciale*

- 374a Cadres de l'exploitation des magasins de vente du commerce de détail  
374b Chefs de produits, acheteurs du commerce et autres cadres de la mercatique  
374c Cadres commerciaux des grandes entreprises (hors commerce de détail)  
374d Cadres commerciaux des petites et moyennes entreprises (hors commerce de détail)

*Publicité, relations publiques, communication*

- 375a Cadres de la publicité  
375b Cadres des relations publiques et de la communication

*Cadres des services techniques et commerciaux de la banque, de l'assurance et de l'immobilier, cadres des marchés financiers*

- 376a Cadres des marchés financiers  
376b Cadres des opérations bancaires  
376c Cadres commerciaux de la banque  
376d Chefs d'établissements et responsables de l'exploitation bancaire  
376e Cadres des services techniques des assurances  
376f Cadres des services techniques des organismes de sécurité sociale et assimilés  
376g Cadres de l'immobilier

*Hôtellerie, restauration*

- 377a Cadres de l'hôtellerie et de la restauration

**38 INGENIEURS ET CADRES TECHNIQUES D'ENTREPRISES***Etat-major (grandes entreprises)*

- 380a Directeurs techniques des grandes entreprises

<i>Agriculture, eaux et forêts</i>		386e	Ingénieurs et cadres de fabrication des autres industries (imprimerie, matériaux souples, ameublement et bois)	422d	Conseillers principaux d'éducation
381b	Ingénieurs et cadres d'étude et développement de l'agriculture, la pêche, les eaux et forêts			422e	Surveillants et aides-éducateurs des établissements d'enseignement
381c	Ingénieurs et cadres de production et d'exploitation de l'agriculture, la pêche, les eaux et forêts	<i>Fonctions connexes de la production : achats industriels, logistique, méthodes, contrôle-qualité, maintenance (hors informatique), environnement</i>		<i>Formation continue</i>	
<i>Bâtiment, travaux publics</i>		387a	Ingénieurs et cadres des achats et approvisionnements industriels	423a	Moniteurs d'école de conduite
382a	Ingénieurs et cadres d'étude du bâtiment et des travaux publics	387b	Ingénieurs et cadres de la logistique, du planning et de l'ordonnancement	423b	Formateurs et animateurs de formation continue
382b	Architectes salariés	387c	Ingénieurs et cadres des méthodes de production	<i>Education sportive, sport professionnel</i>	
382c	Ingénieurs, cadres de chantier et conducteurs de travaux (cadres) du bâtiment et des travaux publics	387d	Ingénieurs et cadres du contrôle-qualité	424a	Moniteurs et éducateurs sportifs, sportifs professionnels
382d	Ingénieurs et cadres technico-commerciaux en bâtiment, travaux publics	387e	Ingénieurs et cadres de la maintenance, de l'entretien et des travaux neufs	<i>Documentation, patrimoine</i>	
<i>Electricité, électronique</i>		387f	Ingénieurs et cadres techniques de l'environnement	425a	Sous-bibliothécaires, cadres intermédiaires du patrimoine
383a	Ingénieurs et cadres d'étude, recherche et développement en électricité, électronique	<i>Informatique, télécommunications</i>		<b>43 PROFESSIONS INTERMEDIARES DE LA SANTE ET DU TRAVAIL SOCIAL</b>	
383b	Ingénieurs et cadres de fabrication en matériel électrique, électronique	388a	Ingénieurs et cadres d'étude, recherche et développement en informatique	<i>Infirmiers, sages -femmes et professions assimilées</i>	
383c	Ingénieurs et cadres technico-commerciaux en matériel électrique ou électronique professionnel	388b	Ingénieurs et cadres d'administration, maintenance, support et services aux utilisateurs en informatique	431a	Cadres infirmiers et assimilés
<i>Mécanique, travail des métaux</i>		388c	Chefs de projets informatiques, responsables informatiques	431b	Infirmiers psychiatriques
384a	Ingénieurs et cadres d'étude, recherche et développement en mécanique et travail des métaux	388d	Ingénieurs et cadres technico-commerciaux en informatique et télécommunications	431c	Puéricultrices
384b	Ingénieurs et cadres de fabrication en mécanique et travail des métaux	388e	Ingénieurs et cadres spécialistes des télécommunications	431d	Infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices)
384c	Ingénieurs et cadres technico-commerciaux en matériel mécanique professionnel	<i>Transports (hors logistique)</i>		431e	Sages-femmes
<i>Industries de transformation (agroalimentaire, chimie, métallurgie et matériaux lourds)</i>		389a	Ingénieurs et cadres techniques de l'exploitation des transports	431f	Infirmiers en soins généraux
385a	Ingénieurs et cadres d'étude, recherche et développement des industries de transformation (agroalimentaire, chimie, métallurgie, matériaux lourds)	389b	Officiers et cadres navigants techniques et commerciaux de l'aviation civile	<i>Kinésithérapeutes et spécialistes de la rééducation</i>	
385b	Ingénieurs et cadres de fabrication des industries de transformation (agroalimentaire, chimie, métallurgie, matériaux lourds)	389c	Officiers et cadres navigants techniques de la marine marchande	432b	Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
385c	Ingénieurs et cadres technico-commerciaux des industries de transformations (biens intermédiaires)	<b>4</b> <b>PROFESSIONS INTERMEDIARES</b>		432d	Autres spécialistes de la rééducation
<i>Autres industries (imprimerie, matériaux souples, ameublement et bois, énergie)</i>		<b>42 PROFESSEURS DES ECOLES, INSTITUTEURS ET PROFESSIONS ASSIMILEES</b>		<i>Techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical</i>	
386b	Ingénieurs et cadres d'étude, recherche et développement de la distribution d'énergie, eau	<i>Ecoles maternelles et enseignement élémentaire</i>		433a	Techniciens médicaux
386c	Ingénieurs et cadres d'étude, recherche et développement des autres industries (imprimerie, matériaux souples, ameublement et bois)	421a	Instituteurs	433b	Opticiens lunetiers et audioprothésistes
386d	Ingénieurs et cadres de la production et de la distribution d'énergie, eau	421b	Professeurs des écoles	433c	Autres spécialistes de l'appareillage médical
		<i>Autres personnels d'enseignement, personnels d'éducation</i>		433d	Préparateurs en pharmacie
		422a	Professeurs d'enseignement général des collèges	<i>Spécialistes de l'intervention socio-éducative</i>	
		422b	Professeurs de lycée professionnel	434a	Cadres de l'intervention socio-éducative
		422c	Maîtres auxiliaires et professeurs contractuels de l'enseignement secondaire	434b	Assistants de service social
				434c	Conseillers en économie sociale familiale
				434d	Educateurs spécialisés
				434e	Moniteurs éducateurs
				434f	Educateurs techniques spécialisés, moniteurs d'atelier
				434g	Educateurs de jeunes enfants
				<i>Spécialistes de l'animation socioculturelle et des loisirs</i>	
				435a	Directeurs de centres socioculturels et de loisirs
				435b	Animateurs socioculturels et de loisirs
				<b>44 CLERGE, RELIGIEUX</b>	
				441a	Clergé séculier
				441b	Clergé régulier





*Informatique et télécommunications*

- 478a Techniciens d'étude et de développement en informatique
- 478b Techniciens de production, d'exploitation en informatique
- 478c Techniciens d'installation, de maintenance, support et services aux utilisateurs en informatique
- 478d Techniciens des télécommunications et de l'informatique des réseaux

*Techniciens experts et techniciens de la recherche publique*

- 479a Techniciens des laboratoires de recherche publique ou de l'enseignement
- 479b Experts de niveau technicien, techniciens divers

**48 CONTREMAITRES, AGENTS DE MAITRISE (maîtrise administrative exclue)**

*Agriculture, eaux et forêts, métiers de la mer*

- 480a Contremaîtres et agents d'encadrement (non cadres) en agriculture, sylviculture
- 480b Maîtres d'équipage de la marine marchande et de la pêche

*Bâtiment, travaux publics*

- 481a Conducteurs de travaux (non cadres)
- 481b Chefs de chantier (non cadres)

*Electricité, électronique*

- 482a Agents de maîtrise en fabrication de matériel électrique, électronique

*Construction mécanique, travail des métaux*

- 483a Agents de maîtrise en construction mécanique, travail des métaux

*Industries de transformation (agroalimentaire, chimie, métallurgie, matériaux lourds)*

- 484a Agents de maîtrise en fabrication : agroalimentaire, chimie, plasturgie, pharmacie.
- 484b Agents de maîtrise en fabrication : métallurgie, matériaux lourds et autres industries de transformation

*Autres industries (imprimerie, matériaux souples, ameublement et bois, énergie, eau)*

- 485a Agents de maîtrise et techniciens en production et distribution d'énergie, eau, chauffage
- 485b Agents de maîtrise en fabrication des autres industries (imprimerie, matériaux souples, ameublement et bois)

*Maintenance, entretien, travaux neufs*

- 486b Agents de maîtrise en maintenance, installation en électricité et électronique
- 486c Agents de maîtrise en maintenance, installation en électromécanique
- 486d Agents de maîtrise en maintenance, installation en mécanique
- 486e Agents de maîtrise en entretien général, installation, travaux neufs (hors mécanique, électromécanique, électronique)

*Entrepôt, magasinage, manutention*

- 487a Responsables d'entrepôt, de magasinage
- 487b Responsables du tri, de l'emballage, de l'expédition et autres responsables de la manutention

*Restauration*

- 488a Maîtrise de restauration : cuisine/production
- 488b Maîtrise de restauration : gestion d'établissement

**5 EMPLOYES**

**52 EMPLOYES CIVILS ET AGENTS DE SERVICE DE LA FONCTION PUBLIQUE**

*Employés de la Poste et de France Télécom (statut public)*

- 521a Employés de la Poste
- 521b Employés de France Télécom (statut public)

*Adjoint administratifs de la fonction publique (y. c. enseignement)*

- 523b Adjoint administratifs de l'Etat et assimilés (sauf Poste, France Télécom)
- 523c Adjoint administratifs des collectivités locales
- 523d Adjoint administratifs des hôpitaux publics

*Agents administratifs de la fonction publique (y. c. enseignement)*

- 524b Agents administratifs de l'Etat et assimilés (sauf Poste, France Télécom)
- 524c Agents administratifs des collectivités locales
- 524d Agents administratifs des hôpitaux publics

*Agents de service de la fonction publique (y. c. enseignement) et assimilés (hôpitaux et cliniques privées)*

- 525a Agents de service des établissements primaires
- 525b Agents de service des autres établissements d'enseignement
- 525c Agents de service de la fonction publique (sauf écoles, hôpitaux)
- 525d Agents de service hospitaliers

*Aides soignants et professions assimilées*

- 526a Aides-soignants
- 526b Assistants dentaires, médicaux et vétérinaires, aides de techniciens médicaux
- 526c Auxiliaires de puériculture
- 526d Aides médico-psychologiques
- 526e Ambulanciers

**53 AGENTS DE SURVEILLANCE**

*Pompiers, agents de surveillance des espaces naturels et du patrimoine*

- 533a Pompiers
- 533b Agents techniques forestiers, gardes des espaces naturels
- 533c Agents de surveillance du patrimoine et des administrations

*Agents de sécurité et de surveillance*

- 534a Agents civils de sécurité et de surveillance
- 534b Convoyeurs de fonds, gardes du corps, enquêteurs privés et métiers assimilés

**54 EMPLOYES ADMINISTRATIFS D'ENTREPRISE**

*Accueil et information*

- 541b Agents d'accueil qualifiés, hôtesses d'accueil et d'information
- 541c Agents d'accueil non qualifiés
- 541d Standardistes, téléphonistes

*Secrétariat, dactylographie*

- 542a Secrétaires
- 542b Dactylos, sténodactylos (sans secrétariat), opérateurs de traitement de texte

*Services comptables et administratifs*

- 543b Employés qualifiés des services comptables ou financiers
- 543c Employés non qualifiés des services comptables ou financiers
- 543e Employés qualifiés des services du personnel et des services juridiques
- 543f Employés qualifiés des services commerciaux des entreprises (hors vente)
- 543g Employés administratifs qualifiés des autres services des entreprises
- 543h Employés administratifs non qualifiés

*Informatique*

- 544a Employés et opérateurs d'exploitation en informatique

*Services techniques et commerciaux de la banque, des assurances et des organismes de sécurité sociale*

- 545a Employés administratifs des services techniques de la banque
- 545b Employés des services commerciaux de la banque
- 545c Employés des services techniques des assurances
- 545d Employés des services techniques des organismes de sécurité sociale et assimilés

*Transport, tourisme*

- 546a Contrôleurs des transports (personnels roulants)
- 546b Agents des services commerciaux des transports de voyageurs et du tourisme
- 546c Employés administratifs d'exploitation des transports de marchandises
- 546d Hôtesse de l'air et stewards
- 546e Autres agents et hôtesse d'accompagnement (transports, tourisme)

## 55 EMPLOYES DE COMMERCE

*Approvisionnement, étiquetage*

- 551a Employés de libre service du commerce et magasiniers

*Caisse*

- 552a Caissiers de magasin

*Vente non spécialisée*

- 553b Vendeurs polyvalents des grands magasins
- 553c Autres vendeurs non spécialisés

*Vente spécialisée*

*(par domaines)*

- 554a Vendeurs en alimentation
- 554b Vendeurs en ameublement, décor, équipement du foyer
- 554c Vendeurs en droguerie, bazar, quincaillerie, bricolage
- 554d Vendeurs du commerce de fleurs
- 554e Vendeurs en habillement et articles de sport
- 554f Vendeurs en produits de beauté, de luxe (hors biens culturels) et optique
- 554g Vendeurs de biens culturels (livres, disques, multimédia, objets d'art)
- 554h Vendeurs de tabac, presse et articles divers
- 554j Pompistes et gérants de station-service (salariés ou mandataires)

*Vente par correspondance, télévente*

- 555a Vendeurs par correspondance, télévendeurs

*Vente en gros de biens d'équipement et de biens intermédiaires*

- 556a Vendeurs en gros de biens d'équipement, biens intermédiaires

## 56 PERSONNELS DES SERVICES DIRECTS AUX PARTICULIERS

*Hôtels, cafés, restaurants*

- 561b Serveurs, commis de restaurant, garçons qualifiés
- 561c Serveurs, commis de restaurant, garçons non qualifiés
- 561d Aides de cuisine, apprentis de cuisine et employés polyvalents de la restauration
- 561e Employés de l'hôtellerie : réception et hall
- 561f Employés d'étage et employés polyvalents de l'hôtellerie

*Soins corporels*

- 562a Manucures, esthéticiens
- 562b Coiffeurs

*Intervention sociale et aide domestique*

- 563a Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil
- 563b Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales
- 563c Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers

*Divers*

- 564a Concierges, gardiens d'immeubles
- 564b Employés des services divers

## 6 OUVRIERS

### 62 OUVRIERS QUALIFIES DE TYPE INDUSTRIEL

*Bâtiment, travaux publics, carrières, extraction*

- 621a Chefs d'équipe du gros œuvre et des travaux publics
- 621b Ouvriers qualifiés du travail du béton
- 621c Conducteurs qualifiés d'engins de chantiers du bâtiment et des travaux publics
- 621d Ouvriers des travaux publics en installations électriques et de télécommunications
- 621e Autres ouvriers qualifiés des travaux publics
- 621f Ouvriers qualifiés des travaux publics (salariés de l'Etat et des collectivités locales)
- 621g Mineurs de fond qualifiés et autres ouvriers qualifiés des industries d'extraction (carrières, pétrole, gaz...)

*Electricité, électronique*

- 622a Opérateurs qualifiés sur machines automatiques en production électrique ou électronique
- 622c Monteurs câbleurs qualifiés en électricité
- 622d Câbleurs qualifiés en électronique (prototype, unité, petite série)
- 622e Autres monteurs câbleurs en électronique
- 622f Bobiniers qualifiés
- 622g Plate-formistes, contrôleurs qualifiés de matériel électrique ou électronique

*Travail des métaux*

- 623a Chaudronniers-tôliers industriels, opérateurs qualifiés du travail en forge, conducteurs qualifiés d'équipement de formage, traceurs qualifiés
- 623b Tuyauteurs industriels qualifiés
- 623d Opérateurs qualifiés sur machine de soudage
- 623e Soudeurs manuels
- 623f Opérateurs qualifiés d'usinage des métaux travaillant à l'unité ou en petite série, moulistes qualifiés
- 623g Opérateurs qualifiés d'usinage des métaux sur autres machines (sauf moulistes)

*Mécanique, construction mécanique*

- 624b Monteurs, metteurs au point très qualifiés d'ensembles mécaniques travaillant à l'unité ou en petite série
- 624c Monteurs qualifiés d'ensembles mécaniques travaillant en moyenne ou en grande série
- 624d Monteurs qualifiés en structures métalliques
- 624e Ouvriers qualifiés de contrôle et d'essais en mécanique
- 624f Ouvriers qualifiés des traitements thermiques et de surface sur métaux
- 624g Autres mécaniciens ou ajusteurs qualifiés (ou spécialité non reconnue)

*Industries agroalimentaires, chimiques et dérivées (chimie, plasturgie, pharmacie, eau, énergie)*

- 625a Pilotes d'installation lourde des industries de transformation : agroalimentaire, chimie, plasturgie, énergie
- 625b Ouvriers qualifiés et agents qualifiés de laboratoire : agroalimentaire, chimie, biologie, pharmacie
- 625c Autres opérateurs et ouvriers qualifiés de la chimie (y c. pharmacie) et de la plasturgie
- 625d Opérateurs de la transformation des viandes

- 625f Autres opérateurs travaillant sur installations ou machines : industrie agroalimentaire (hors transformation des viandes)
- 625g Autres ouvriers de production qualifiés ne travaillant pas sur machine : industrie agroalimentaire (hors transformation des viandes)
- 625h Ouvriers qualifiés des autres industries (eau, gaz, énergie, chauffage)

*Industries de transformation (métallurgie, production verrière, matériaux de construction)*

- 626a Pilotes d'installation lourde des industries de transformation : métallurgie, production verrière, matériaux de construction
- 626b Autres opérateurs et ouvriers qualifiés : métallurgie, production verrière, matériaux de construction
- 626c Opérateurs et ouvriers qualifiés des industries lourdes du bois et de la fabrication du papier-carton

*Autres industries (textile, mégisserie, habillement, travail industriel du cuir, travail du bois, ameublement, papier-carton, impression)*

- 627a Opérateurs qualifiés du textile et de la mégisserie
- 627b Ouvriers qualifiés de la coupe des vêtements et de l'habillement, autres opérateurs de confection qualifiés
- 627c Ouvriers qualifiés du travail industriel du cuir
- 627d Ouvriers qualifiés de scierie, de la menuiserie industrielle et de l'ameublement
- 627e Ouvriers de la photogravure et des laboratoires photographiques et cinématographiques
- 627f Ouvriers de la composition et de l'impression, ouvriers qualifiés de la brochure, de la reliure et du façonnage du papier-carton

*Maintenance, entretien des équipements industriels, réglage, travaux de laboratoire*

- 628a Mécaniciens qualifiés de maintenance, entretien : équipements industriels
- 628b Electromécaniciens, électriciens qualifiés d'entretien : équipements industriels
- 628c Régleurs qualifiés d'équipement de fabrication (travail des métaux, mécanique)
- 628d Régleurs qualifiés d'équipement de fabrication (hors travail des métaux et mécanique)
- 628e Ouvriers qualifiés de l'assainissement et du traitement des déchets
- 628f Agents qualifiés de laboratoire (sauf chimie, santé)
- 628g Ouvriers qualifiés divers de type industriel

**63 OUVRIERS QUALIFIES DE TYPE ARTISANAL**

*Jardinage*

- 631a Jardiniers

*Bâtiment*

- 632a Maçons qualifiés
- 632b Ouvriers qualifiés du travail de la pierre
- 632c Charpentiers en bois qualifiés
- 632d Menuisiers qualifiés du bâtiment
- 632e Couvres qualifiés
- 632f Plombiers et chauffagistes qualifiés
- 632g Peintres et ouvriers qualifiés de pose de revêtements sur supports verticaux
- 632h Soliers moquetteurs et ouvriers qualifiés de pose de revêtements souples sur supports horizontaux
- 632j Monteurs qualifiés en agencement, isolation
- 632k Ouvriers qualifiés d'entretien général des bâtiments

*Electricité, électronique*

- 633a Electriciens qualifiés de type artisanal (y c. bâtiment)
- 633b Dépanneurs qualifiés en radiotélévision, électroménager, matériel électronique
- 633c Electriciens, électroniciens qualifiés en maintenance entretien, réparation : automobile
- 633d Electriciens, électroniciens qualifiés en maintenance, entretien : équipements non industriels

*Mécanique, travail des métaux*

- 634a Carrossiers d'automobiles qualifiés
- 634b Métalliers, serruriers qualifiés
- 634c Mécaniciens qualifiés en maintenance, entretien, réparation : automobile
- 634d Mécaniciens qualifiés de maintenance, entretien : équipements non industriels

*Textile, habillement, cuir*

- 635a Tailleurs et couturières qualifiés, ouvriers qualifiés du travail des étoffes (sauf fabrication de vêtements), ouvriers qualifiés de type artisanal du travail du cuir

*Alimentation, restauration*

- 636a Bouchers (sauf industrie de la viande)
- 636b Charcutiers (sauf industrie de la viande)
- 636c Boulangers, pâtisseries (sauf activité industrielle)
- 636d Cuisiniers et commis de cuisine

*Divers*

- 637a Modeleurs (sauf modeleurs de métal), mouleurs-noyauteurs à la main, ouvriers qualifiés du travail du verre ou de la céramique à la main
- 637b Ouvriers d'art
- 637c Ouvriers et techniciens des spectacles vivants et audiovisuels
- 637d Ouvriers qualifiés divers de type artisanal

**64 CHAUFFEURS**

*Conducteurs routiers*

- 641a Conducteurs routiers et grands routiers
- 641b Conducteurs de véhicule routier de transport en commun

*Chauffeurs de taxi et de voitures particulières*

- 642a Conducteurs de taxi
- 642b Conducteurs de voiture particulière

*Conducteurs livreurs, coursiers*

- 643a Conducteurs livreurs, coursiers

*Environnement*

- 644a Conducteurs de véhicule de ramassage des ordures ménagères

**65 OUVRIERS QUALIFIES DE LA MANUTENTION, DU MAGASINAGE ET DU TRANSPORT**

*Conducteurs d'engins lourds de levage et de manœuvre*

- 651a Conducteurs d'engin lourd de levage
- 651b Conducteurs d'engin lourd de manœuvre

*Ouvriers qualifiés de la manutention, conducteurs de chariots élévateurs, caristes*

- 652a Ouvriers qualifiés de la manutention, conducteurs de chariots élévateurs, caristes
- 652b Dockers

*Magasiniers*

- 653a Magasiniers qualifiés

*Conducteurs qualifiés d'engins de transport guidés*

- 654b Conducteurs qualifiés d'engins de transport guidés (sauf remontées mécaniques)
- 654c Conducteurs qualifiés de systèmes de remontées mécaniques

*Autres agents qualifiés des transports*

- 655a Autres agents et ouvriers qualifiés (sédentaires) des services d'exploitation des transports

*Matelots (marine marchande), capitaines et matelots timoniers de la navigation fluviale*

- 656b Matelots de la marine marchande
- 656c Capitaines et matelots timoniers de la navigation fluviale

**67 OUVRIERS NON QUALIFIES DE TYPE INDUSTRIEL**

*Bâtiment, travaux publics, carrières, extraction*

- 671a Ouvriers non qualifiés des travaux publics de l'Etat et des collectivités locales
- 671c Ouvriers non qualifiés des travaux publics et du travail du béton
- 671d Aides-mineurs, ouvriers non qualifiés de l'extraction

*Electricité, électronique*

- 672a Ouvriers non qualifiés de l'électricité et de l'électronique

*Forge, travail des métaux, mécanique*

- 673a Ouvriers de production non qualifiés travaillant par enlèvement de métal
- 673b Ouvriers de production non qualifiés travaillant par formage de métal
- 673c Ouvriers non qualifiés de montage, contrôle en mécanique et travail des métaux

*Industries de transformation (chimie, pharmacie, plasturgie, industrie agroalimentaire, transformation des métaux, verre, matériaux de construction)*

- 674a Ouvriers de production non qualifiés : chimie, pharmacie, plasturgie
- 674b Ouvriers de production non qualifiés de la transformation des viandes
- 674c Autres ouvriers de production non qualifiés : industrie agroalimentaire
- 674d Ouvriers de production non qualifiés : métallurgie, production verrière, céramique, matériaux de construction
- 674e Ouvriers de production non qualifiés : industrie lourde du bois, fabrication des papiers et cartons

*Autres industries (textile, habillement, cuir, bois, ameublement, papier-carton, impression, presse, édition)*

- 675a Ouvriers de production non qualifiés du textile et de la confection, de la tannerie-mégisserie et du travail du cuir
- 675b Ouvriers de production non qualifiés du travail du bois et de l'ameublement
- 675c Ouvriers de production non qualifiés de l'imprimerie, presse, édition

*Manutention, tri, emballage, expéditions, divers*

- 676a Manutentionnaires non qualifiés
- 676b Déménageurs (hors chauffeurs-déménageurs), non qualifiés
- 676c Ouvriers du tri, de l'emballage, de l'expédition, non qualifiés
- 676d Agents non qualifiés des services d'exploitation des transports
- 676e Ouvriers non qualifiés divers de type industriel

**68 OUVRIERS NON QUALIFIES DE TYPE ARTISANAL**

*Bâtiment*

- 681a Ouvriers non qualifiés du gros œuvre du bâtiment
- 681b Ouvriers non qualifiés du second œuvre du bâtiment

*Mécanique*

- 682a Métalliers, serruriers, réparateurs en mécanique non qualifiés

*Alimentation*

- 683a Apprentis boulangers, bouchers, charcutiers

*Nettoyement, assainissement, traitement des déchets*

- 684a Nettoyeurs
- 684b Ouvriers non qualifiés de l'assainissement et du traitement des déchets

*Autres*

- 685a Ouvriers non qualifiés divers de type artisanal

**69 OUVRIERS AGRICOLES ET ASSIMILES**

*Agriculture, sylviculture*

- 691a Conducteurs d'engin agricole ou forestier
- 691b Ouvriers de l'élevage
- 691c Ouvriers du maraîchage ou de l'horticulture
- 691d Ouvriers de la viticulture ou de l'arboriculture fruitière
- 691e Ouvriers agricoles sans spécialisation particulière
- 691f Ouvriers de l'exploitation forestière ou de la sylviculture

*Pêche, aquaculture*

- 692a Marins-pêcheurs et ouvriers de l'aquaculture

## ANNEXE 3 : LA CHARTE SOCIALE EUROPEENNE





# **Charte sociale européenne**

Strasbourg, 3 mai 1996

## **Préambule**

### **Série des traités européens – n° 163**

Les gouvernements signataires, membres du Conseil de l'Europe,

Considérant que le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres afin de sauvegarder et de promouvoir les idéaux et les principes qui sont leur patrimoine commun et de favoriser leur progrès économique et social, notamment par la défense et le développement des droits de l'homme et des libertés fondamentales;

Considérant qu'aux termes de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, et de ses Protocoles, les Etats membres du Conseil de l'Europe sont convenus d'assurer à leurs populations les droits civils et politiques et les libertés spécifiés dans ces instruments;

Considérant que, par la Charte sociale européenne ouverte à la signature à Turin le 18 octobre 1961 et ses Protocoles, les Etats membres du Conseil de l'Europe sont convenus d'assurer à leurs populations les droits sociaux spécifiés dans ces instruments afin d'améliorer leur niveau de vie et de promouvoir leur bien-être;

Rappelant que la Conférence ministérielle sur les droits de l'homme, tenue à Rome le 5 novembre 1990, a souligné la nécessité, d'une part, de préserver le

caractère indivisible de tous les droits de l'homme, qu'ils soient civils, politiques, économiques, sociaux ou culturels et, d'autre part, de donner à la Charte sociale européenne une nouvelle impulsion;

Résolus, comme décidé lors de la Conférence ministérielle réunie à Turin les 21 et 22 octobre 1991, de mettre à jour et d'adapter le contenu matériel de la Charte, afin de tenir compte en particulier des changements sociaux fondamentaux intervenus depuis son adoption;

Reconnaissant l'utilité d'inscrire dans une Charte révisée, destinée à se substituer progressivement à la Charte sociale européenne, les droits garantis par la Charte tels qu'amendés, les droits garantis par le Protocole additionnel de 1988 et d'ajouter de nouveaux droits,

Sont convenus de ce qui suit:

## **Partie I**

**1-** Toute personne doit avoir la possibilité de gagner sa vie par un travail librement entrepris.

Les Parties reconnaissent comme objectif d'une politique qu'elles poursuivront par tous les moyens utiles, sur les plans national et international, la réalisation de conditions propres à assurer l'exercice effectif des droits et principes suivants:

**2-** Tous les travailleurs ont droit à des conditions de travail équitables.

**3-** Tous les travailleurs ont droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail.

**4-** Tous les travailleurs ont droit à une rémunération équitable leur assurant, ainsi qu'à leurs familles, un niveau de vie satisfaisant.

**5-** Tous les travailleurs et employeurs ont le droit de s'associer librement au sein



d'organisations nationales ou internationales pour la protection de leurs intérêts économiques et sociaux.

**6-** Tous les travailleurs et employeurs ont le droit de négocier collectivement.

**7-** Les enfants et les adolescents ont droit à une protection spéciale contre les dangers physiques et moraux auxquels ils sont exposés.

**8-** Les travailleuses, en cas de maternité, ont droit à une protection spéciale.

**9-** Toute personne a droit à des moyens appropriés d'orientation professionnelle, en vue de l'aider à choisir une profession conformément à ses aptitudes personnelles et à ses intérêts.

**10-** Toute personne a droit à des moyens appropriés de formation professionnelle.

**11-** Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.

**12-** Tous les travailleurs et leurs ayants droit ont droit à la sécurité sociale.

**13-** Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale.

**14-** Toute personne a le droit de bénéficier de services sociaux qualifiés.

**15-** Toute personne handicapée a droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté.

**16-** La famille, en tant que cellule fondamentale de la société, a droit à une protection sociale, juridique et économique appropriée pour assurer son plein développement.

**17-** Les enfants et les adolescents ont droit à une protection sociale, juridique et économique appropriée.

**18-** Les ressortissants de l'une des Parties ont le droit d'exercer sur le territoire d'une autre Partie toute activité lucrative, sur un pied d'égalité avec les nationaux de cette dernière, sous réserve des restrictions fondées sur des raisons sérieuses de

caractère économique ou social.

**19-** Les travailleurs migrants ressortissants de l'une des Parties et leurs familles ont droit à la protection et à l'assistance sur le territoire de toute autre Partie.

**20-** Tous les travailleurs ont droit à l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi et de profession, sans discrimination fondée sur le sexe.

**21-** Les travailleurs ont droit à l'information et à la consultation au sein de l'entreprise.

**22-** Les travailleurs ont le droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail dans l'entreprise.

**23-** Toute personne âgée a droit à une protection sociale.

**24-** Tous les travailleurs ont droit à une protection en cas de licenciement.

**25-** Tous les travailleurs ont droit à la protection de leurs créances en cas d'insolvabilité de leur employeur.

**26-** Tous les travailleurs ont droit à la dignité dans le travail.

**27-**Toutes les personnes ayant des responsabilités familiales et occupant ou souhaitant occuper un emploi sont en droit de le faire sans être soumises à des discriminations et autant que possible sans qu'il y ait conflit entre leur emploi et leurs responsabilités familiales.

**28-** Les représentants des travailleurs dans l'entreprise ont droit à la protection contre les actes susceptibles de leur porter préjudice et doivent avoir les facilités appropriées pour remplir leurs fonctions.

**29-** Tous les travailleurs ont le droit d'être informés et consultés dans les procédures de licenciements collectifs.

**30-** Toute personne a droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

**31-** Toute personne a droit au logement.

## **Partie II**

Les Parties s'engagent à se considérer comme liées, ainsi que prévu à la partie III, par les obligations résultant des articles et des paragraphes ci-après.

.../...

**Article 17** – Droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique

En vue d'assurer aux enfants et aux adolescents l'exercice effectif du droit de grandir dans un milieu favorable à l'épanouissement de leur personnalité et au développement de leurs aptitudes physiques et mentales, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, toutes les mesures nécessaires et appropriées tendant:

**1** a- à assurer aux enfants et aux adolescents, compte tenu des droits et des devoirs des parents, les soins, l'assistance, l'éducation et la formation dont ils ont besoin, notamment en prévoyant la création ou le maintien d'institutions ou de services adéquats et suffisants à cette fin;

b- à protéger les enfants et les adolescents contre la négligence, la violence ou l'exploitation;

c- à assurer une protection et une aide spéciale de l'Etat vis-à-vis de l'enfant ou de l'adolescent temporairement ou définitivement privé de son soutien familial;

**2** à assurer aux enfants et aux adolescents un enseignement primaire et secondaire gratuit, ainsi qu'à favoriser la régularité de la fréquentation scolaire.