

THÈSE DE DOCTORAT

UNIVERSITÉ DE NANTES
COMUE UNIVERSITÉ BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : Sociologie

Par

Adrien CADÉRON

Les étiopathes et leurs clients

Sociologie d'une « médecine de la non-urgence »

Thèse présentée et soutenue à Nantes, le 4 février 2020

Unité de recherche : Centre nantais de sociologie (CENS) – UMR 6025

Composition du Jury :

Président :	Manuel SCHOTTÉ	Professeur des Universités - Université de Lille
Rapporteurs :	Christine MENNESSON Hervé GUILLEMAIN	Professeure des Universités - IEP Toulouse Professeur des Universités - Le Mans Université
Dir. de thèse :	Annie COLLOVALD	Professeure des Universités - Université Paris Nanterre
Co-dir. de thèse :	Baptiste VIAUD	Maître de conférences - Université de Nantes

THÈSE DE DOCTORAT

UNIVERSITÉ DE NANTES
COMUE UNIVERSITÉ BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : Sociologie

Par

Adrien CADÉRON

Les étiopathes et leurs clients

Sociologie d'une « médecine de la non-urgence »

Thèse présentée et soutenue à Nantes, le 4 février 2020

Unité de recherche : Centre nantais de sociologie (CENS) – UMR 6025

Composition du Jury :

Président :	Manuel SCHOTTÉ	Professeur des Universités - Université de Lille
Rapporteurs :	Christine MENNESSON Hervé GUILLEMAIN	Professeure des Universités - IEP Toulouse Professeur des Universités - Le Mans Université
Dir. de thèse :	Annie COLLOVALD	Professeure des Universités - Université Paris Nanterre
Co-dir. de thèse :	Baptiste VIAUD	Maître de conférences - Université de Nantes

Remerciements

Mes premières pensées vont à Baptiste Viaud, qui m'a fait découvrir la sociologie à travers les enseignements du Master SSSATI. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans sa patience, ses encouragements et sa pédagogie.

Il n'aurait pas abouti non plus sans Annie Collovald, qui a accepté de diriger cette thèse, formulé de précieuses critiques et délivré des conseils avisés.

Merci aux copains du CENS : Raphaëlle, Matéo (a.k.a Maurice), Cécile (a.k.a Jack), Johanne, Juliette, Étienne, Charlie, Gabrielle, Daniel, Anna, Mickaël, Shani... pour avoir tenu la solitude du doctorant à distance.

Merci à Gildas Loirand, pour avoir contribué à faire naître ce goût pour la sociologie, et pour m'avoir soufflé le mot « étiopathie » dans les couloirs du STAPS.

Merci à Géraud Lafarge et Marie Charvet, pour m'avoir convié aux chantiers du CENS, et aux membres du laboratoire, pour leurs conseils et leurs remarques constructives.

Merci aux étiopathes, qui m'ont accordé du temps aux différentes étapes de l'enquête, ainsi qu'à l'IFE et Sophie Vieillard, pour leur appui logistique. Une mention toute particulière va à Michel, à Nathalie et Laura, à M. Bretin (dont les noms ont été modifiés), ainsi qu'à Daniel, qui n'aura pu voir l'aboutissement de ce travail, pour l'intérêt qu'ils ont porté à la recherche et le soutien dont ils ont fait preuve. Et merci à Yannick Orzakiewicz, pour m'avoir fourni certaines données à la toute dernière minute.

Merci à Thomas, qui m'a grandement aidé pour la réalisation de la carte (illustration 8).

Merci à Tata Béa et à Axel, pour m'avoir aidé à résoudre quelques problèmes de mise en page. Un double merci à Axel, pour sa relecture aussi rapide que minutieuse.

Merci à Marc et Rachel, pour avoir résolu quelques énigmes grammaticales.

Enfin, merci à Lucie, sans qui la route eût été plus longue.

Sommaire

Introduction générale.....	6
<i>Le champ des médecines non-conventionnelles : la percée des médecines manuelles.....</i>	<i>6</i>
<i>Le succès des médecines manuelles : une question en suspens.....</i>	<i>10</i>
<i>Le choix du terrain : l'étiopathie, ses usagers, ses praticiens.....</i>	<i>12</i>
<i>Contribution à l'étude d'une médecine de la « non-urgence ».....</i>	<i>15</i>
<i>Un projet double : éclairer la non-urgence sous le rapport de l'offre et de la demande.....</i>	<i>19</i>

PARTIE I

ENTRE ESPOIRS DE DISSIDENCE ET QUÊTE DE RECONNAISSANCE. LES ÉTIOPATHES AU SEIN DU CHAMP DE LA SANTÉ

Chapitre 1 : Étiopathie et ostéopathie : une porosité à sens unique.....	24
1. Schismes et défections.....	25
2. « Ce que C. Trédaniel voulait, c'était l'indépendance totale ».....	53
3. « L'étiopathie c'est pas l'auberge espagnole ! ».....	68
<i>Conclusion du chapitre 1.....</i>	<i>77</i>
Chapitre 2 : « Une thèse de doctorat sur l'étiopathie, ça se bichonne ! » : la position des étiopathes au prisme des conditions d'enquête.....	80
1. Une enquête sur les « patientèles ».....	81
2. L'IFE entre contrôle et soutien logistique.....	83
3. Des praticiens volontaires.....	92
4. L'invitation aux congrès annuels.....	96
5. Étiopathes et médecins : à position différente, secret différent.....	101
<i>Conclusion du chapitre 2.....</i>	<i>108</i>
<i>Conclusion de la partie I.....</i>	<i>109</i>

PARTIE II

LES SOINS DE LA « NON-URGENCE » : UN MARCHÉ THÉRAPEUTIQUE VACANT

Chapitre 3 : Des rebouteux en blouse blanche.....	112
1. Entre « rebouteux » et « docteur ».....	113
2. Étiopathie et division du travail thérapeutique.....	141
3. Une relation de client, ou : le diagnostic sans la maladie.....	154
<i>Conclusion du chapitre 3.....</i>	<i>159</i>
Chapitre 4 : Du praticien de la dernière chance au praticien de référence.....	160
1. La non-urgence sous toutes ses coutures.....	161
2. À chacun son rôle.....	180
3. Un vaste recrutement social.....	195
4. Nécessité, investissement et privation : l'étiopathie entre coût et bénéfices.....	205
<i>Conclusion du chapitre 4.....</i>	<i>206</i>

Chapitre 5 : La profession médicale et le marché de la non-urgence : les conditions sociales d'une incongruence.....	209
1. De l'hôpital à la médecine de ville : la profession médicale entre succès et échecs.....	210
2. La kinésithérapie : une incursion inachevée dans le marché de la non-urgence.....	223
3. Problèmes de patients, problèmes de médecins : l'objet du travail médical.....	229
<i>Conclusion du chapitre 5.....</i>	<i>234</i>
<i>Conclusion de la partie II.....</i>	<i>235</i>

PARTIE III

DES SPÉCIALISTES DE LA « NON-URGENCE », OU : L'INVENTION D'UNE POSITION

Chapitre 6 : Accessibilité et profits. Les attraits du métier.....	238
1. De client à praticien, ou : l'illusion de la « rencontre ».....	238
2. Un recrutement en pleine évolution.....	244
3. Le métier d'étiopathe : entre « refuge honorable » et promotion sociale.....	252
4. Un engagement rentable.....	270
<i>Conclusion du chapitre 6.....</i>	<i>302</i>

Chapitre 7 : se faire une place : une question de Principes.....	303
1. Discuter la médecine : une relecture étiologique.....	304
2. Critiquer la médecine : les rouages d'une revanche symbolique.....	314
3. La construction d'un « fondateur » hors normes.....	332
4. De la réalité étiologique aux réflexions épistémologiques : la genèse d'un quiproquo ?.....	337
<i>Conclusion du chapitre 7.....</i>	<i>340</i>
<i>Conclusion de la partie III.....</i>	<i>342</i>

Conclusion générale.....	343
---------------------------------	------------

Bibliographie.....	347
Annexes.....	365
Table des encadrés.....	378
Table des tableaux.....	379
Tables des illustrations et des graphiques.....	380
Liste des sigles et abréviations.....	381
Table des matières.....	382

Introduction générale

Le champ des médecines non-conventionnelles : la percée des médecines manuelles

À partir du milieu des années 1980, le succès croissant de ce que l'on appelle communément les médecines « naturelles » ou « non-conventionnelles » est apparu indiscutable. D'après un sondage commandé en 1981 par le mensuel *Médecines Douces*, 32% de la population âgée de 18 ans et plus avaient fait l'expérience au moins une fois d'une thérapeutique « naturelle », et 56% en avaient déjà « entendu parler ». En 1984, ces proportions atteignaient respectivement 46% et 90% (ELZIÈRE, 1986a)¹. Par ailleurs, des revues spécialisées commençaient à voir le jour : le premier numéro du mensuel *l'Impatient* – désormais *Alternative Santé* – parut dès novembre 1977 ; *Médecines Douces* fut fondée pour sa part en 1981, et aurait atteint en 1986 une audience de 520 000 lecteurs (ELZIÈRE, 1986b) ; enfin, *Médecines nouvelles* démarra en 1984. En décembre, le ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, sous la houlette de Georgina Dufoix, a même décidé la création d'une fondation de recherches sur les thérapeutiques alternatives. Le projet n'a cependant pu aboutir en raison du changement de gouvernement et de la forte opposition d'une fraction du corps médical (MUYARD, 1986)².

Très tôt les chercheurs notent la très grande disparité des médecines non-conventionnelles. Comme le fit remarquer l'historien Carl Havelange, « quel point commun pourrait-il exister entre le guérisseur traditionnel ou le magnétiseur d'un village reculé et l'anthroposophe inspiré par les théories ésotériques de Rudolph Steiner ? Aussi peu, sans doute, sur le plan du savoir, qu'il n'en existe entre chacun d'eux et un médecin allopathe » (HAVELANGE, 1989, p. 53-54). J. Dos Santos a également montré que les médecines « populaires » traditionnelles se distinguent radicalement des thérapeutiques alternatives plus récentes, tant dans les représentations que dans les pratiques. Les premières, « que l'on nommerait sans doute plus justement paysannes ou rurales », sont anciennes,

1 F. Bouchayer écrivait en 1986 que « les quelques données chiffrées récemment établies à propos des médecines différentes ne peuvent être comparées avec des statistiques datant d'il y a cinq ou dix ans. Le succès de ces médecines ne constituait pas alors un fait social remarquable, ou remarqué, et n'avait pas donné lieu à une recherche de quantification » (BOUCHAYER, 1986a). Le plus ancien sondage à notre connaissance date d'octobre 1978 et a été réalisé par la SOFRES : 34% des français avaient alors eu recours au moins une fois dans leur vie aux médecines parallèles (LAPLANTINE & RABEYRON, 1987, p. 27). En octobre 1985, ce même sondage obtenait 49% de réponses positives.

2 Cet épisode sera à nouveau évoqué dans le chapitre 1.

transmises presque exclusivement par la tradition orale, et elles ne présentent aucun système conceptuel. « Les courants "alternatifs" sont au contraire des faits d'origine entièrement urbaine, moderne, au caractère savant et professionnalisé plus ou moins accentué, mais toujours sensible, y compris dans les courants en apparence les plus "empiriques" ». Ces thérapeutiques sont, pour leur part « fortement systématisées, allant jusqu'à constituer, à l'extrême, de véritables doctrines » (DOS SANTOS, 1986). On peut en outre identifier d'importants clivages au sein même des thérapeutiques :

« Contrairement à ce que l'on peut penser au premier abord, des disciplines majeures telles que l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie ne se présentent pas comme des ensembles homogènes. [...] À une homéopathie "puriste" (théorie uniciste ou pluraliste) s'oppose une homéopathie biothérapeutique sortant du cadre médico-thérapeutique défini par la loi de similitude. [...] Situation identique du côté de l'acupuncture : face aux médecins qui valorisent les références à la médecine chinoise traditionnelle et au taoïsme tiennent à se démarquer les médecins prônant une acupuncture moderne et expérimentale. [...] L'ostéopathie, enfin, fonctionnelle et crânio-sacrée, aux techniques fluidiques, n'est pas l'ostéopathie structurale, davantage manipulative, et dont se réclament les médecins cherchant à promouvoir une discipline "rationnelle" »
(BOUCHAYER & WEINBERGER, 1986)

F. Bouchayer s'est employée à esquisser une cartographie des médecines non-conventionnelles, dans laquelle elle distingue les disciplines « majeures », « fortement structurées sur la base d'un corpus élaboré de principes » (telles l'homéopathie, l'acupuncture, les médecines manuelles, la phytothérapie) des disciplines « mineures », dérivées des premières, et décrit des thérapeutiques plus ou moins hétérodoxes, c'est-à-dire plus ou moins compatibles avec les savoirs légitimes (BOUCHAYER, 1986a)³. De même, dans leur ouvrage *Les médecines parallèles*, F. Laplantine et P-L. Rabeyron, « très conscients de la complexité du phénomène social », proposent quatre critères de classification : la légitimité sociale de la thérapeutique, son inscription (ou non) dans la tradition, la teneur de son corpus théorique (populaire ou savant), et enfin, sa fonctionnalité médicale (LAPLANTINE & RABEYRON, 1987). Il y a donc tout lieu de penser que les tensions les plus fortes ne se situent pas tant entre la médecine officielle (qu'il convient de ne pas homogénéiser outre mesure⁴) et les médecines non-conventionnelles, mais bien au sein même de l'espace des médecines

3 Parmi les savoirs les plus hétérodoxes figurent par exemple ceux relatifs à l'homéopathie, ou le mouvement respiratoire primaire (MRP) des ostéopathes. Ceux ayant traits à la vertébrothérapie, la mésothérapie, la naturopathie ou la phytothérapie apparaissent pour leur part beaucoup plus proches des savoirs légitimes.

4 Ce qui était le propre et le travers de la sociologie fonctionnaliste, critiquée par les interactionnistes : « pour le fonctionnalisme, une profession est pour l'essentiel une communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts. [...] Mais ce type d'interrogation et de théorie induit à négliger de nombreux aspects significatifs des professions et de la vie professionnelle. Il empêche en particulier l'observateur d'apprécier à leur juste mesure les conflits ou, au moins, les différences d'intérêts à l'intérieur des professions » (BÛCHER & STRAUSS, 1992, p. 68). C. Gaubert exprime la même réserve en introduction de son étude sur la formation en kinésithérapie : « La manipulation des catégories de "profession", d'identité et de culture professionnelle, incline à la réification du groupe et de sa culture (comme totalité symbolique homogène). On peut d'emblée critiquer les approches taxinomiques des professions où les chercheurs, derrière l'évidence d'un nom,

non-conventionnelles.

Une vingtaine d'années plus tard, deux constats peuvent être établis. D'une part, le recours global aux médecines non-conventionnelles a continué à croître. Un sondage réalisé en 2007 par l'IFOP indique en effet que 39% de la population française âgée de 18 ans et plus avaient consommé une médecine non-conventionnelle rien qu'au cours des 12 derniers mois. D'autre part, la structure de cette consommation de soins a largement évolué au profit des médecines manuelles. D'après le sondage de la S.O.F.R.E.S d'octobre 1984, 37% de ceux qui avaient déjà fait appel au moins une fois à l'une des techniques qualifiées de « douce » déclaraient un recours à l'homéopathie, quand 21% mentionnaient l'acupuncture, et 12% la phytothérapie. La chiropraxie et l'ostéopathie, pour leur part, ne représentaient respectivement que 3% et 2% des usagers. Un an plus tard, l'homéopathie arrivait encore en tête avec 32%, suivie de l'acupuncture (21%) et de la phytothérapie (12%), tandis que la chiropraxie et l'ostéopathie plafonnaient à 4% et 3%. Mais en 2007, la donne a changé : ce sont 15% de la *globalité* de la population âgée de 18 ans et plus qui a eu recours à un ostéopathe au cours de l'année. Cette médecine manuelle a donc fini par s'imposer, en France, comme l'une des thérapies alternatives les plus consommées. Parallèlement, les effectifs des ostéopathes, de même que leurs établissements de formation, ont cru de façon exponentielle au cours des années 2000 et 2010. En janvier 2015, le registre des ostéopathes de France (ROF) comptabilisait ainsi plus de 22 300 praticiens autorisés à user de ce titre, et, en 2010, ils étaient déjà plus de 11 600. Quant aux chiropracteurs, s'ils ont toujours été peu nombreux en France, ils sont quelques 100 000 praticiens dans le monde et constitueraient la troisième profession de santé après la médecine et la dentisterie⁵. Ces deux thérapeutiques qui bénéficient d'une reconnaissance légale de leur titre depuis 2002 figurent parmi « les plus pratiquées et les plus consommées en Occident » (SCHMITZ, 2006, p. 6).

Le développement d'une thérapeutique est fonction de sa capacité à capter une clientèle, mais également de la capacité de ses promoteurs à constituer une offre. Cette capacité dépend de la législation en vigueur (par exemple : existe-t-il un monopole professionnel ou non ?) et de la position desdits promoteurs dans le champ de la santé. En France, où la notion d'exercice illégal de la médecine a été un « élément essentiel de la construction d'une institution médicale puissante et

présupposent l'existence de propriétés partagées par tous les professionnels rassemblés sous ce nom (formation supérieure, spécialisée, orientation vers autrui, etc.) au lieu d'analyser la genèse de la catégorie, ses usages et la manière dont elle " façonne " ceux auxquels elle est appliquée et comment, en retour, ils réagissent au classement pour l'entériner ou le contester » (GAUBERT, 2006, p. 17).

5 <http://metiersdelasante.com/chiropracteur/>, page consultée le 29 août 2019 ;
http://www.informationhospitaliere.com/voirDepeche_theme.php?theme=7&page=intro, page consultée le 29 août 2019.

autonome à l'égard de la religion » (BAUBÉROT, 2009), la profession médicale a amplement les moyens d'entraver les initiatives thérapeutiques concurrentes⁶. La reproduction de son monopole est en outre facilitée par une politique particulièrement attentive aux « dérives sectaires », susceptibles de contrevenir à des normes d'État en matière d'éducation, d'alimentation, mais également de médecine (OLLION, 2017)⁷. Ainsi, au cours des années 1980, les médecines alternatives les plus consommées, à savoir l'homéopathie et l'acupuncture, étaient aussi les médecines les mieux promues par certains segments du corps médical lui-même⁸, et plus particulièrement par des généralistes en quête d'un surcroît de reconnaissance dans une médecine hyperspécialisée (CHATEAURAYNAUD, 1986 ; AÏACH ET AL., 1994). Ce n'est qu'au terme d'une lutte de plusieurs décennies et de multiples procès que les ostéopathes non médecins, qui composent à présent l'essentiel des ostéopathes en exercice⁹, sont parvenus à s'imposer (BAILLY, 2005). Aujourd'hui, en France, l'ostéopathie et la chiropraxie sont les seules professions (avec la psychothérapie) à bénéficier d'un statut légal accessible aux non-médecins sans pour autant faire partie des professions paramédicales. Cependant, dans les pays anglophones et scandinaves, où l'exercice de la médecine n'est pas l'apanage d'une profession et de ses para-professions¹⁰, les thérapies manuelles comme l'ostéopathie et la chiropraxie ont rapidement figuré parmi les plus représentées (SCHEDER, 1986).

6 L'article L. 4161-1 du code de la santé publique dispose qu' « exerce illégalement la médecine toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ».

7 Le rapport de la Miviludes de 2010 consacre ainsi toute une partie à l'étiopathie, étudiée dans cette thèse (MIVILUDES, 2010).

8 « De toutes les médecines alternatives qui font actuellement florès, l'homéopathie est indéniablement la plus ancienne, la plus répandue dans le public et la mieux acceptée par le monde médical et pharmaceutique officiel » (FAURE, 2002). En février 1997, une commission d'étude a décrété que l'homéopathie « fait partie de l'exercice médical sans pour cela être une spécialité ou un exercice exclusif ». Pour ce qui concerne l'acupuncture, l'Ordre des médecins a déclaré cette discipline comme « orientation médicale » dès 1956, et un diplôme interuniversitaire spécifique fut créé à l'initiative de médecins en 1987 (PARENT, 2014). Ces deux thérapies sont également les seules à être remboursées par la sécurité sociale, sous réserve qu'elles soient pratiquées par un médecin conventionné.

9 En 2001, on dénombrait plus de 4000 praticiens d'ostéopathie. Parmi eux, un peu moins de la moitié étaient des médecins. Le reste se composait à part équivalente de kinésithérapeutes et de personnes n'étant ni médecins ni kinésithérapeutes (ÉVIN ET AL., 2001). En 2016, ces derniers – appelés péjorativement les « ni ni » – étaient environ 15 500 pour une population totale de 26 000 ostéopathes. Le nombre des médecins ostéopathes, lui, ne semble pas avoir évolué. D'après le ROF, ces derniers étaient 1372 en janvier 2012 (<https://www.osteopathie.org/demographie.html>, page consultée le 29 août 2019), et 1765 au 1^{er} avril 2016 d'après le Syndicat Français des Ostéopathes (SFDO), en incluant les sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens (<https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>, page consultée le 29 août 2019). Ainsi, au total, les médecins représenteraient moins de 7% des ostéopathes.

10 « En Allemagne de même que dans le canton d'Appenzel en Suisse, il n'existe aucune réglementation permettant de poursuivre les guérisseurs. En Grande-Bretagne, non seulement ils sont reconnus comme des praticiens d'une médecine d'un autre genre, mais ont même la possibilité d'ouvrir les hôpitaux » (LAPLANTINE, 1978, p. 77). Globalement, les législations européennes renferment deux conceptions de l'exercice illégal de la médecine : la première réserve le monopole des soins de santé à la profession médicale et, sous des conditions déterminées, à certaines professions paramédicales. « Cette conception prévaut dans les pays du Sud, y compris en France et au Luxembourg. Suivant une seconde conception, toute personne qui le souhaite peut pratiquer des soins de santé. Cependant, certains actes sont strictement réservés aux médecins. Ces derniers disposent en outre de l'autorité et sont la référence en matière d'organisation des soins et de la politique de santé. C'est la situation en Europe du Nord, surtout en Grande-Bretagne, en Irlande et aux Pays-Bas. [...] De ce fait, aucune politique répressive n'est menée et les patients disposent d'une totale liberté quant au choix de leur thérapeute » (LABES & MION, 2001).

Le monopole médical semble donc avoir eu pour effet de privilégier, au moins dans un premier temps, le développement des thérapeutiques alternatives les plus compatibles avec la carrière et l'exercice des médecins et qui, à ce titre, ne requerraient que des formations relativement courtes¹¹. L'absence d'un strict monopole aurait, au contraire, laissé le champ libre au développement de médecines comme la chiropraxie et l'ostéopathie dont les formations se sont rapidement étalées sur quatre, cinq voire six années (LE CORRE & HALDEMAN, 1987 ; BAILLY, 2005).

Le succès des médecines manuelles : une question en suspens

Malgré cette percée tout à faire singulière de l'ostéopathie et de la chiropraxie – surtout de l'ostéopathie si l'on considère la France, où les praticiens sont près de 30 000 – force est de constater qu'on ne cerne pas encore très bien leur place au sein du champ de la santé ni les conditions qui ont permis un tel succès. En effet, à l'exception d'un mémoire de maîtrise soutenu en 1994 par É. Bailly, aucune étude n'aborde de près la question de ce type de recours¹². Plusieurs auteurs ont entrepris d'analyser les usages des « médecines naturelles » d'un seul tenant et malgré leur diversité, (BOUCHAYER, 1986b ; SCHEDER, 1986 ; SCHEDER ET AL., 1986 ; ELZIÈRE, 1986a ; LAPLANTINE & RABEYRON, 1987 ; QUÉNIART, 1990), sans forcément chercher à établir de lien entre les modalités des recours et les thérapeutiques. Ainsi leurs travaux font état, pêle-mêle, d'une « recherche de sens » et d'un « besoin d'attention » ; du sentiment d'être « soigné dans sa globalité » et d'être l'acteur de sa guérison ; d'une « quête de bien-être » et d'un « culte de la santé » (voire d'une « quête existentielle ») ; d'une « humeur anti-institutionnelle » et d'une critique de la « brutalité allopathique » ; ou, plus prosaïquement, d'une simple quête de guérison, dans « une perspective avant tout médico-thérapeutique » (BOUCHAYER, 1986b) ; mais, en fin de compte, on ne sait pas dans quelle mesure ces observations s'appliquent à une médecine comme l'ostéopathie. Ces études apportent d'ailleurs assez peu d'éléments sur les trajectoires thérapeutiques des enquêtés – à l'exception, éventuellement, de la première consultation, laquelle fait généralement suite à un échec de la médecine classique –, les maux dont ils se disent atteints et leur point de vue sur la guérison. On ne sait donc pas vraiment ce que les différentes attentes observées chez les usagers doivent à

11 Dans son travail de thèse sur les médecins du sport, dont l'écrasante majorité sont des généralistes, Baptiste Viaud a montré que pour redorer leur identité professionnelle, ces derniers tendent à cumuler les diplômes « ayant un coût de formation relativement faible comparativement aux effets durables qu'ils sont susceptibles de jouer (des formations d'une année pour la possibilité d'inscrire ensuite la compétence acquise sur la plaque professionnelle ainsi que sur l'ordonnancier) » (VIAUD, 2009, p. 400).

12 É. Bailly, *Usages et usagers sociaux en ostéopathie*, mémoire de maîtrise soutenu à l'Université de Nantes, 1994.

d'éventuelles pathologies persistantes ou, du moins, à des guérisons peu satisfaisantes¹³. Seules quelques spécificités ont pu être notées au sujet des thérapies manuelles : ainsi, Guy Sermeus soutenait que si les femmes sont plus représentées parmi les patientèles des médecines non-conventionnelles, « font exception à cette tendance générale, les formes alternatives de massage et d'ostéopathie en Grande Bretagne et en Belgique, la chiropraxie au Danemark et le healing en Finlande » (SERMEUS, 1989, p. 87). De même, au début de son étude, A. Quéniart concédait qu'« au Québec, les données du sondage effectué pour la commission Rochon montrent que les personnes qui, pour soigner leurs maux de dos, font appel à des praticiens alternatifs [sachant que les thérapeutes manuels se positionnent en particulier sur ce type de douleur], ne présentent pas de profil socio-démographique particulier : il y a autant de femmes que d'hommes, d'actifs que d'inactifs, d'instruits que de moins instruits » (QUÉNIART, 1990). En somme des médecines comme l'ostéopathie et la chiropraxie seraient moins sélectives, ce qui contribuerait à expliquer leur succès. D'autre part, Paule-Andrée Scheder avait observé que la transformation du rapport à la santé et des pratiques de soins suite à la découverte d'une médecine différente – soit l'observation d'un « avant » et un « après » – « ne se retrouve pas chez les utilisateurs de méthodes ponctuelles, telles que le reboutage, le secret ou certaines manipulations, destinées à soigner rapidement un mal précis. Elles ne sont le fait que de ceux qui recourent à des médecines holistiques, telles que l'homéopathie, l'acupuncture, l'anthroposophie ou la naturopathie » (SCHEDER, 1989, p. 154). On peut donc supposer qu'on retrouverait davantage la « perspective médico-thérapeutique » évoquée par F. Bouchayer chez les utilisateurs de médecines comme l'ostéopathie et la chiropraxie (BOUCHAYER, 1986b).

À cette tendance à étudier l'ensemble des recours aux « médecines non-conventionnelles » s'est ajoutée celle qui consiste à analyser spécifiquement les recours des clients atteints de pathologies graves – le cancer arrivant en tête –, sans doute en partie pour répondre à une demande sociale¹⁴(PIULATS & RODENAS, 1989 ; HÉLARY, 1990 ; CATHÉBRAS, 1996 ; VERNAZZA-LICHT, 1996 ;

13 P-A. Scheder et ses collègues sont, semble-t-il, celles qui ont le plus caractérisé ces maux, encore qu'elles n'interrogent ni l'itinéraire thérapeutique des usagers ni l'« historique » de leurs expériences de la médecine classique. Si elles notaient que « les groupes de symptômes les plus fréquents sont bien souvent les mêmes quelle que soit la catégorie de thérapeute envisagée », elles remarquaient que la fréquence de ces symptômes variait d'un praticien à l'autre. Les non-médecins semblent ainsi davantage sollicités pour les troubles appartenant à la catégorie « muscle, articulation, mal de dos, rhumatisme, arthrose, nerf coincé... ». En revanche ils le sont assez peu pour ceux appartenant à la catégorie « voies respiratoires, laryngite, bronchite, pneumonie, asthme... ». Les auteurs notaient encore que les usagers privilégient les thérapeutes non-médecins et les médecins alternatifs pour les « troubles à tendance *psychosomatique* ("problèmes psychiques", "fatigue", "maux de tête") [...] alors qu'ils s'adressent plutôt aux médecins classiques pour les symptômes somatiques précis », indiquant par-là, semble-t-il, qu'elles reprennent à leur compte les catégories médicales du somatique et du psychosomatique (SCHEDER ET AL., 1986).

14 À titre d'exemple, l'étude d'Anne-Cécile Bégot (2010) sur les recours aux médecines parallèles chez les cancéreux a été financée par l'Institut National du Cancer.

BÉGOT, 2010 ; SCHMITZ, 2011 ; JOËL & RUBIO, 2015). Pourtant, comme le notait P. Elzière, « les médecines naturelles semblent plutôt s'appliquer au traitement d'une pathologie légère ou fonctionnelle » (ELZIÈRE, 1986a) et, par ailleurs, Sylvie Jutras a souligné de longue date que les usagers estiment les médecines non-conventionnelles peu efficaces pour le traitement des pathologies graves (JUTRAS, 1987). Il serait donc surprenant que l'ostéopathie et la chiropraxie doivent l'essentiel de leur succès à des clientèles atteintes de telles pathologies.

Le choix du terrain : l'étiopathie, ses usagers, ses praticiens

Pour plusieurs raisons, le choix du terrain d'enquête devait se porter non pas sur l'ostéopathie, ni sur la chiropraxie, mais sur une autre médecine manuelle : l'étiopathie¹⁵. Tout d'abord, les étiopathes, bien que peu nombreux (ils étaient un peu moins de 400 au début de l'enquête), gagnaient peu à peu en effectifs et, surtout, connaissaient une visibilité croissante par l'intermédiaire du président de l'Institut Français d'Étiopathie (IFE), Jean-Paul Moureau. Ce dernier, qui recevait déjà dans son cabinet une clientèle issue du gotha parisien, s'est fait connaître pour avoir soigné Nicolas Sarkozy alors qu'il était président de la République. Plusieurs articles de presse lui furent consacrés, et il fut également reçu sur France Culture, sur Europe 1, et sur le plateau de Michel Drucker¹⁶. Par ailleurs, l'étiopathie présente une proximité historique avec l'ostéopathie (BAILLY, 2005). Comme on le verra au chapitre 1, avant de se faire appeler « étiopathes », les praticiens utilisèrent l'étiquette « d'ostéopathes » jusqu'en 1973, et, par la suite, de nombreux étiopathes sont devenus subitement « ostéopathes » afin de bénéficier d'un statut légal. On retrouve également une parenté avec les chiropracteurs : J-P Moureau les a dépeints comme « [leurs] confrères les plus proches » et Christian Trédaniel, aujourd'hui présenté comme le « fondateur » de l'étiopathie, a été initialement formé à la chiropraxie aux États-Unis. Par ailleurs les étiopathes, à l'instar des ostéopathes et des chiropracteurs, suivent un cursus relativement long – il s'étale sur six années –, soit un niveau de formation qui caractérise la plupart des groupes revendiquant le statut de

15 Le mot « étiopathie » apparaît çà et là dans des articles de sociologie plutôt anciens (ELZIÈRE, 1986a ; BOUCHAYER, 1986a), mais seulement à titre anecdotique. Seul Martin Lecoq consacre tout un article à cette thérapie dans le hors-série « Médecines différentes » de 1986 de la revue française de affaires sociales (LECOQ, 1986). Et pour cause : l'auteur, docteur en physiologie et attaché de recherches au laboratoire de physique de l'environnement de la faculté des sciences de Rennes, est alors lui-même étiopathe et bientôt directeur de la nouvelle faculté libre d'étiopathie de Rennes. L'article, sobrement intitulé « L'étiopathie », en dresse un rapide « historique » – dans laquelle cette thérapie se voit affiliée au reboutement, à l'anatomie, et au rationalisme –, brosse quelques exemples de traitements, aborde les rapports conflictuels avec la médecine officielle, ainsi que le contenu de la formation proposée par les facultés libres.

16 Le parcours de J-P. Moureau sera abordé plus en détail au chapitre 1.

profession (LARSON, 1977)¹⁷. Considérant « qu'une recherche sérieuse conduit à réunir ce que le vulgaire sépare » (BOURDIEU ET AL., 2005, p. 29)¹⁸, il paraissait raisonnable de ne pas se focaliser sur les étiquettes, et de partir du postulat que l'étude d'une médecine comme l'étiopathie pouvait amplement aider à comprendre les succès de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Par ailleurs, ainsi qu'on le verra également au premier chapitre, en France, l'espace de l'ostéopathie s'est constitué par agglomération de groupes ayant évolué parallèlement plus ou moins longtemps¹⁹, et, de ce fait, il représente aujourd'hui un espace relativement hétéroclite dont l'étude aurait nécessité un travail préalable (potentiellement conséquent) d'identification des pratiques. Caroline Barry et Bruno Falissard, auteurs du rapport de l'INSERM sur l'ostéopathie publié en 2012, introduisaient ledit rapport en ces termes : « la formation des ostéopathes est encadrée par des textes de loi, mais reste très hétérogène, fonction des nombreuses écoles qui l'enseignent, fonction également du cursus initial des étudiants qui s'y forment (médecins ou non, kinésithérapeutes ou non). Les indications de l'ostéopathie sont elles aussi variables d'une école à l'autre. Certaines se limitent aux troubles touchant la colonne vertébrale et les membres ; d'autres incluent également des troubles digestifs, génitaux urinaires ou neuropsychiatriques » (BARRY & FALISSARD, 2012, p. 2). Comparativement, l'espace de l'étiopathie apparaissait plus homogène, non seulement du fait du nombre restreint de praticiens et d'écoles (il n'existe que quatre facultés libres d'étiopathie : Paris, Rennes, Toulouse et Lyon), mais également du fait du contrôle normalement exercé par le Registre National des Étiopathes (RNE), qui rassemble (uniquement) les étiopathes issus des facultés qui « s'engagent à pratiquer exclusivement l'étiopathie [et] à en respecter les Principes Fondamentaux ». Il y avait donc dans le choix de l'étiopathie un avantage méthodologique.

Mais si les étiopathes ont tant attiré notre regard, c'est aussi et surtout en raison de leur discours, de l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes, et de leur rapport à la médecine officielle. « Héritiers » de l'art ancestral des rebouteux dont ils auraient cuirassé les connaissances empiriques d'une armature scientifique, les praticiens, jusque dans leur appellation, se présentent comme les thérapeutes qui « soignent la cause, au-delà des symptômes ». À ce titre, ils n'hésitent pas à se

17 Les institutions de formation jouent en effet un rôle central dans le schéma conceptuel établi par Magali Sarfati Larson. Lorsqu'elles sont longues, sélectives et prestigieuses, celles-ci peuvent permettre l'accès des professionnels à une autonomie à travers une double fermeture : dans l'ordre économique d'une part, en assurant l'acquisition d'un savoir spécifique transférable sur le marché, et dans l'ordre culturel d'autre part, en construisant la légitimité de ces savoirs. « Les institutions de formation ont donc au cœur du processus qui relie la production de savoirs à leur application dans un marché fermé de service. C'est la certification accordée par ces institutions et validée par l'État qui fait le pont entre le savoir légitime et le marché professionnel » (DUBAR & TRIPIER, 2005, p. 124).

18 Citant Fauconnet, P., & Mauss, M. (1901). « Sociologie ». *Grande Encyclopédie Française*, t. XXX, Paris, p. 173.

19 Ce qu'É. Bailly contribue amplement à mettre en évidence (BAILLY, 2005).

prétendre plus efficaces que la médecine classique « dans bon nombre de traitements ». Leur thérapeutique serait même tellement efficace qu'elle permettrait des économies aussi bien à la Sécurité Sociale qu'à l'usager.

« Du grec "aïtia", cause, et "pathos", souffrance, l'Étiopathie s'attache à rechercher l'origine d'un mal pour l'éliminer par une technique de soins qui, au-delà des symptômes, s'attaque directement aux causes pour les faire disparaître. [...] L'Étiopathie se distingue de toutes les autres pratiques médicales et se targue d'un taux de réussite exceptionnel. [...] Formé à la philosophie, à la logique, aux mathématiques, assistant d'un médecin qui avait déjà inventorié des dizaines de manipulations traditionnelles, [Christian Trédaniel] établit les Principes Fondamentaux pour une médecine étiopathique, introduisant ainsi dans la tradition du reboutement le cadre scientifique permettant de spécifier et de développer les techniques ancestrales. [...] Les traitements étiopathiques ne sont pas pris en charge ni remboursés par la Sécurité Sociale. Ce sont pourtant les soins qui font faire le plus d'économies aussi bien aux patients qu'à l'État. Les mutuelles l'ont bien compris et sont de plus en plus à rembourser les traitements étiopathiques. »

(Extrait du livret de communication des étiopathes de 2012)

« Dans bon nombre de traitements, l'étiopathie se révèle beaucoup plus efficace que la médecine dite traditionnelle et beaucoup moins onéreuse puisqu'elle réduit définitivement certaines affections chroniques et évite ainsi de nombreuses interventions chirurgicales et la prise de médicaments. [...] Si [les étiopathes] travaillent avec leurs mains et non avec l'assistance de la pharmacologie, c'est que la logique et l'expérience réunies ont montré que dans bon nombre d'affections la chimie ne servait à rien puisqu'une simple intervention manuelle ciblée permettait la disparition des douleurs dont souffrait le malade, avec l'assurance qu'elles ne reviendraient pas. Cette approche est fondamentale car elle tend véritablement à différencier l'étiopathie des autres médecines existantes, qui, pour la majorité, s'en tiennent uniquement à soigner les effets et non la cause. »

(Extrait du livret unique de communication des étiopathes de 2014)

À certains égards, le discours rappelle la rhétorique scientifique elle-même en ce qu'il est polémique : à travers cette rhétorique de la cause, il s'agit de déloger au moins partiellement la médecine officielle de sa position dominante, d'aller disputer la profession médicale sur son propre terrain (LATOUR & FABRI, 1977). L'étiopathie n'apparaît pas comme une simple médecine complémentaire et respectueuse du monopole médical susceptible d'améliorer un traitement médical, mais bien comme une alternative, susceptible de s'y substituer complètement. La liste des affections curables par traitement manuel étiopathique est par ailleurs impressionnante : amygdalites, angine, asthme, syndrome du canal carpien, céphalées, constipation, cystalgies, diarrhée, troubles du cycle, énurésie, certaines arythmies, algies diverses (cervicalgie, sciatgie, cruralgie, lumbago, névralgie intercostale, névralgie d'Arnold, névralgie cervico-brachiale etc.), otite, rhumatismes, sinusite, tendinites et troubles musculo-squelettiques, zona, et bien d'autres encore.

Dans le même temps – et ce point est essentiel pour la suite –, les livrets de communication spécifient bien que l'étiopathe est à même de rediriger son patient vers le médecin ou le chirurgien lorsque c'est nécessaire. « L'étiopathe connaît ses limites d'intervention et sait réorienter son patient en cas d'urgences vitales, d'indications chirurgicales formelles, d'invasions microbiennes graves ou de lésions définitives » (livret de 2012). « Ses limites sont celles de l'urgence médicale et chirurgicale » (livret de 2014). Ces praticiens présentent donc la particularité d'être à la fois critiques vis-à-vis de la médecine officielle, dans la mesure où ils se disent « plus efficaces », tout en reconnaissant son autorité en dernier recours. Il y a donc revendication d'un espace de compétence propre, relativement restreint et qui concerne la prise en charge de maux dont la gravité demeure limitée, mais où l'étiopathe pourrait néanmoins se targuer d'une plus grande efficacité thérapeutique que le médecin, et où ce dernier ne pourrait se prévaloir d'aucune autorité. Dans le livret de 2012, une phrase inscrite en caractères gras résume bien cette idée : « un étiopathe n'est pas un médecin, comme un médecin n'est pas un étiopathe ».

Contribution à l'étude d'une médecine de la « non-urgence » :

À travers l'étiopathie, c'est précisément cet espace de compétence particulier, ce sous-espace au sein de l'espace de la santé, qui cristallise à la fois une défiance vis-à-vis du monopole de la profession médicale et une reconnaissance de son efficacité, qui sera interrogé. Cet espace, j'ai choisi de le qualifier d'espace (ou de médecine) de la « non-urgence ». Il faut impérativement clarifier cette notion de « non-urgence » avant d'aller plus loin, car la définition même de ce qui est urgent et de ce qui ne l'est pas est éminemment normative. Si l'étiopathie est ici qualifiée de médecine de la non-urgence, c'est avant tout en raison de la façon dont les praticiens se positionnent vis-à-vis de la profession médicale dans la division du travail thérapeutique. Comme on l'a vu, les étiopathes revendiquent une compétence spécifique – donc une autonomie – pour la prise en charge de tout un ensemble de troubles, tout en s'en remettant aux médecins pour les cas « graves ». La « non-urgence », qui est ici synonyme de « bénignité » des affections, ne constitue donc pas qu'un aspect « majoritaire » du travail de l'étiopathe : elle en est un élément essentiel, systématique, l'étiopathe devant, théoriquement (et idéalement), se retirer face à l'urgence pour laisser la place au médecin²⁰.

Cette qualification n'induit pas que, réciproquement, la médecine officielle soit

²⁰ Il arrive que les étiopathes reçoivent en cabinet des clients atteints de maladies graves, mais, dans ce cas, leur intervention n'est qu'un complément à la médecine classique.

essentiellement une médecine de « l'urgence », au sens où les médecins ne chercheraient à soigner les troubles qu'à partir du moment où ils les jugent « graves ». De fait, la majorité des consultations, notamment dans les cabinets des généralistes, concernent des affections relativement inoffensives²¹. Cependant, cette notion « d'urgence » semble pertinente pour décrire un tropisme, une tendance dans la façon dont les médecins sont formés pour envisager les problèmes des patients et y répondre. En effet, dans son analyse de la formation de l'objet du travail médical, Anne-Chantal Hardy observait que la « vie », telle qu'elle est implicitement conçue au cours du cursus médical, est « une vie qui n'a pas accès au symbolique, c'est une vie biologique, animale, voire végétale, peu humaine. C'est la "vie nue", au sens d'Agamben, celle dont on ne se demande pas si elle mérite d'être vécue, celle aussi qui peut être manipulée dans de multiples directions » (HARDY, 2013, p. 177). Partant, l'écart entre les conceptions professionnelles et profanes de ce qui est « grave » ou, au contraire, de ce qui est « bénin » ou « acceptable », peut être conséquent. L'auteure rapporte ainsi l'exemple d'une jeune femme qui, adolescente, avait eu le sentiment d'être « traitée comme du bétail » lorsque le médecin lui annonça, sur un ton tout à fait anodin, qu'elle était atteinte de la maladie de Hodgkin, une pathologie mortelle dont les traitements ne sont pas exempts d'effets secondaires, mais qui s'avère très souvent traitable (HARDY, 2013, p. 207). Cette anecdote montre que ce qui « n'est rien » (ou presque) pour le médecin, n'est pas « rien » aux yeux de la patiente. Et, comme l'a noté Sylvie Célérier dans ses notes de lecture, « au fil de la réflexion, la notion de guérison se fait, elle aussi, plus incertaine jusqu'à déboucher sur une inquiétante béance entre ce que les professionnels tiennent pour guérison et ce que les malades expérimentent dans leur propre corps. Déclarés "guéris", ils sont aussi, souvent, définitivement "mutilés"» (CÉLÉRIER, 2013). Si dans son ouvrage A-C Hardy se focalise sur le cas de la cancérologie, rien n'indique qu'on ne puisse pas observer des décalages semblables entre professionnels et profanes au sujet de troubles moins graves. *A priori*, les corps qu'un long cursus a autorisé à agresser pour « guérir » peuvent aussi être laissés en souffrance. On peut dès lors formuler deux hypothèses : d'une part, les étiopathes, praticiens de la « non-urgence », se positionnent sur un marché thérapeutique constitué de maux certes relativement bénins, mais qui sont peu ou mal pris en charge par la médecine officielle dans la mesure où ils ne constituent pas (ou pas tant) des problèmes aux yeux des professionnels. D'autre part, ces praticiens parviennent d'autant mieux à se faire une place sur ce marché que la gravité « biologique » d'un trouble, ainsi que le suggère A-C. Hardy, ne recoupe pas nécessairement la gravité perçue par l'utilisateur. Autrement dit, si l'étiopathie est qualifiée de « médecine de la non-urgence » en référence au point de vue médical sur ce qui constitue une « urgence » et parce que les

21 Pour ce qui est de la consultation du généraliste, « on a pu estimer à 5% seulement la part des patients atteints d'une maladie présentant un caractère de gravité » (AIACH ET AL., 1994, p. 23-24).

étiopathes ne s'aventurent pas dans la prise en charge des troubles présentant un risque vital, il faudra garder à l'esprit que cette médecine peut tout à fait apparaître comme une médecine de l'urgence aux yeux des profanes (par exemple l'artisan qu'une douleur dorsale a rendu impotent, ou l'individu qui souffre quotidiennement d'une maladie qualifiée de « bénigne » par les professionnels). Dans cette perspective, l'étiopathie apparaît comme une médecine plus « populaire », c'est-à-dire plus proche de « l'urgence » telle que la conçoivent les profanes. Quant à son succès, il résiderait essentiellement dans une simple quête de guérison, et non dans un « culte de la santé », une « humeur anti-institutionnelle » ou une réponse à la « brutalité allopathique ».

Mais il faut encore être plus précis. Avancer que « l'urgence » telle qu'elle est conçue par les médecins tend à se confondre avec une gravité « biologique » suggère que les phénomènes biologiques engendrent des réactions mécaniques dans l'ordre social. Or il n'en est rien. L'ordre biologique n'est pas extérieur à l'ordre social, il n'en est qu'une composante. Les explications biologiques (ou « biologisantes ») ne sont jamais qu'une façon de justifier un ordre des choses arbitraire²², et la gravité d'un trouble ou d'une maladie un prétexte à l'intervention médicale. Dans la pratique, l'urgence « biologique » n'est ni nécessaire ni suffisante à la constitution d'une urgence « sociale ». Certaines maladies mortelles de grande ampleur n'ont d'ailleurs pas toujours constitué une problématique médicale. Par exemple, la prise en charge du cancer, longtemps incurable, relevait autrefois de l'hospice et non de l'hôpital. Cette maladie n'est devenue un « fléau » que grâce à une conjonction de facteurs, comme l'essor de la radiothérapie, l'éclatement de la Première Guerre mondiale – qui a fait apparaître la maladie dans sa dimension collective et la nécessité pour l'État de soigner ses soldats –, et la reconnaissance d'une valeur sociale et économique des malades (PINELL, 1992, p. 165-174)²³. Inversement, bon nombre des champs de compétence de la profession médicale ou des troubles pris en charge par elle ne renvoient pas à un danger vital immédiat. Les travaux de J. Peneff sur les services des urgences sont à ce titre éloquentes : ces services, historiquement, ont été conçus avant tout pour répondre à des problématiques urbaines : « Les urgences ne se sont pas développées en fonction des besoins médicaux d'une population (besoins qui sont mal connus, instables et indéfinissables), pas plus qu'en fonction de la démographie urbaine mais en raison de l'organisation de la vie dans les métropoles : exigences politiques, intensité de la vie nocturne, élargissement du travail posté, augmentation de la circulation qui requièrent une garde qui n'était pas dans les habitudes de la médecine privée à ce niveau d'intensité » (PENEFF, 2000, p. 21). À ce

22 La domination masculine en est sans doute l'une des illustrations les plus systématiques (BOURDIEU, 2002).

23 À ce titre, D. Fassin met en garde contre « le réalisme isolé [qui] – dans sa version positiviste – tend à réifier les problèmes de santé en négligeant le rôle que jouent les agents pour leur donner une place dans l'espace public » (FASSIN, 2008, p. 36-37).

titre, ces services « ont [aussi] une fonction de déversoir en dernière instance pour des missions que la police, la justice ou les travailleurs sociaux ne veulent assumer » (PENEFF, 2000, p. 24) et constituent le réceptacle de divers problèmes sociaux. Au final, l'auteur observe que les urgences vitales et autres cas spectaculaires qui retiennent l'attention des médias et façonnent les imaginaires sont en fait très minoritaires²⁴. Les analyses en termes de médicalisation de la vie (AÏACH & DELANOË, 1998) suggèrent également que le champ de compétence de la médecine s'étend bien au-delà des seuls troubles « graves », tout comme les travaux de D. Memmi, qui mettent en évidence l'extension de cette compétence aux domaines de la naissance et de la mort, et ce en dehors de tout contexte pathologique (MEMMI, 2003).

La nature des phénomènes biologiques est donc loin de déterminer l'importance sociale qui leur sera accordée. Dans son ouvrage *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie* (1996), Didier Fassin soutient que l'émergence de cet espace politique de la santé « marque [précisément] une rupture dans l'histoire des rapports entre le corps social et le corps biologique » (p. 36). Dans les sociétés traditionnelles, le recours aux explications sur le mal et aux thérapeutiques est suscité par l'événement²⁵, et le médecin n'a pas le monopole du discours et de l'intervention ; au contraire, son action est enchâssée dans un rapport de pouvoirs incluant une pluralité d'acteurs. « Même lorsque l'on fait appel à la médecine, entendue comme un ensemble de connaissances et de procédures mobilisées pour traiter un malade, c'est toujours au sein d'un dispositif symbolique et social global qui fait intervenir plus largement la vision du monde » (FASSIN, 1996, p. 37). En d'autres termes, la « santé » n'existe pas en tant que telle. Cependant la modification des rapports de pouvoir vient changer la donne : l'émergence d'une profession médicale autonome et l'interventionnisme croissant de l'État sont au principe d'une notion nouvelle, la « santé », éminemment plurivoque, certes, mais néanmoins consistante. Cette notion peut être conçue comme « une manière de concevoir à la fois individuellement et collectivement le rapport du corps physique et du corps social, sous la forme d'attitudes, de normes, d'institutions qui règlent la prévention et le traitement des maladies, et au-delà même de la simple correction des désordres du corps, par l'imposition d'un nouvel ordre des corps ». C'est « l'englobement des représentations et des pratiques à l'égard de la maladie dans un processus de production (de soins, de bien médicaux, de dispositifs de protection sociale etc.) et de consommation (de consultation, de médicaments, de prestations sociales etc.) » (FASSIN, 1996, p. 38). Les pratiques dites de « santé » s'inscrivent dès lors dans une vaste entreprise de contrôle social qui n'ont plus guère à voir avec la seule réponse à

24 « Ce qui est qualifié d'urgence vitale, aiguë, extrême ne recouvre que 5 % des cas » (PENEFF, 2000, p. 11).

25 L'auteur fait cependant remarquer que cette est aussi observable dans nos sociétés, à une échelle plus locale. Il en va ainsi, par exemple, des pratiques de guérissage étudiées par J. Favret-Sadaa dans le bocage mayennais (1977).

un événement sur lequel une pluralité d'acteurs (dont l'individu concerné) pouvaient s'exprimer. Cette rupture entre corps biologique et corps social se traduit par l'apparition de fortes inégalités en matière de santé, inégalités qui, parce qu'intériorisées²⁶, demeurent relativement invisibles et peinent à s'imposer dans le débat public. En somme, à travers cet ouvrage, l'auteur reprend la thèse foucauldienne du bio-pouvoir²⁷, tout en montrant que cette forme de pouvoir, contrairement à ce qu'avancait Michel Foucault, se développe sur un temps long (il n'est pas le signe d'une « modernité ») et ne s'observe pas qu'au sein des sociétés occidentales.

On peut ainsi spécifier davantage ce qu'il faut entendre par médecine de la « non-urgence », à savoir : un type de médecine qui prend notamment en charge des problèmes qui n'ont une existence qu'à l'échelle individuelle. Ceux-ci peuvent, à ce titre, être particulièrement répandus tout en demeurant relativement invisibles, dans la mesure où ils n'ont pas (ou pas encore) été constitués en « problèmes sociaux » ou en « problèmes publics ». Autrement dit, la « non-urgence » est ici une « non-urgence sociale », un « non-problème ». Envisagée sous cet angle, l'opposition entre médecine de l'urgence et médecine de la non-urgence recoupe celle entre médecine publique et médecine privée²⁸. En résumé, la notion de « médecine de la non-urgence » telle qu'on la conçoit ici s'articule autour des trois idées suivantes : 1) elle renvoie à une division stricte du travail thérapeutique, restreinte à la prise en charge de troubles considérés comme bénins sur le plan biologique, mais pour lesquels les thérapeutes revendiquent une compétence inédite et par conséquent une autonomie ; 2) ces troubles « bénins » peuvent parfaitement constituer des « urgences » du point de vue des usagers ; 3) elle renvoie surtout à des maladies, des troubles ou des états qui ne constituent pas des « problèmes publics » et qui, de ce fait, peuvent subsister en nombre et dans l'ombre.

Un projet double : éclairer la non-urgence sous le rapport de l'offre et de la demande

La thèse se déclinera en trois parties. La première fournira un éclairage de l'objet et des conditions d'enquête. Dans un espace par définition « non-conventionnel », où les acteurs peuvent

26 L'auteur mobilise notamment la notion de culture somatique (BOLTANSKI, 1971), elle même issue de la théorie de l'habitus (BOURDIEU, 1980).

27 « À la fin du premier volume de *L'histoire de la sexualité*, Michel Foucault esquisse une synthèse théorique de ce qui aura sans doute été l'idée centrale de son œuvre [...] : la mainmise croissante du politique sur les diverses manifestations, normales et pathologiques, individuelles et collectives, de la vie humaine » (FASSIN, 1996, p. 39).

28 L'étiopathie étant une médecine tout ce qu'il y a de plus privée, dans la mesure où elle n'est même pas reconnue par l'autorité publique.

user à leur guise d'étiquettes diverses au gré des opportunités, ce travail de défrichage s'avère un préalable nécessaire, et ce d'autant plus que les quelques rapports « scientifiques » sur ces pratiques reprennent à leur compte les « histoires » (ou historiques) rapportées par les principaux intéressés. Le premier chapitre consistera donc à élucider les liens étroits, évoqués plus haut, de l'étiopathie avec l'ostéopathie. Il montrera notamment que l'histoire de l'étiopathie est celle d'une série de schismes et de défections ayant pour conséquence de grossir les rangs des ostéopathes. Le décalage entre les aspirations d'une partie des praticiens et celles d'un « fondateur » soucieux de faire reconnaître « sa » médecine a abouti à la constitution d'un groupe de praticiens restreint mais aux pratiques relativement homogènes. Le deuxième chapitre, lui, portera sur le déroulement de l'enquête. Il permettra au lecteur d'avoir accès aux matériaux empiriques et aux conditions dans lesquelles ils ont été constitués. Présentée comme un travail sur les « patientèles des étiopathes », la recherche a été bien accueillie et met en relief la quête de légitimité des étiopathes, qui aspirent désormais à la reconnaissance légale.

Ce travail entend ensuite apporter un double éclairage sur cette médecine de la non-urgence. Le premier concerne la réception de l'étiopathie, c'est-à-dire ses usagers, leurs caractéristiques sociales et leurs modes de recours, bref, la « demande ». Profession consultante (FREIDSON, 1984), l'étiopathie n'aurait pu exister si elle n'était pas parvenue à trouver une « assise » au sein de la population, c'est-à-dire à constituer un « besoin » auquel elle se fait fort de répondre. Cette seconde partie entend donc répondre à la question suivante : dans un champ médical pléthorique et hyperspécialisé, sur quel marché les étiopathes parviennent-ils finalement à se positionner ? Que peut apprendre l'émergence d'une médecine comme l'étiopathie sur le système de santé français ? À travers ce gros plan sur cette médecine manuelle aux dehors scientifiques et relativement proche de l'ostéopathie, on entend mettre en lueur un marché thérapeutique de la non-urgence, relativement délaissé par la profession médicale, et ainsi prendre de la distance vis-à-vis de certaines études portant sur les « médecines naturelles ». Le chapitre 3 posera d'abord la question de ce qui se passe concrètement lors de la consultation d'un étiopathe, c'est-à-dire de ce qui est visible, de ce qui est dit, et du travail qui est effectué. On montrera ainsi la capacité des praticiens à emprunter à la profession médicale des attributs qui fondent sa légitimité. La non-urgence apparaît ensuite à double titre : d'une part, le praticien s'en tient à l'exploration d'une étiologie bien spécifique, qui renvoie à des affections d'une gravité limitée telles des troubles musculo-squelettiques, des problèmes digestifs, des maux de tête, etc. D'autre part, le praticien est en mesure d'entretenir avec l'utilisateur une relation de client, soit une relation où ce dernier n'a guère à négocier, ses plaintes bénéficiant d'emblée d'une certaine légitimité. Le chapitre 4 abordera ensuite les modalités de recours aux

étiopathes. On montrera que la recherche d'une guérison plus efficace demeure le ressort principal des recours et que, pour « mineurs » qu'ils soient, les troubles auxquels sont confrontés les usagers peuvent, à la longue, s'avérer particulièrement gênants. Rapidement, l'étiopathe peut être consulté en première intention pour tout un ensemble de troubles, et notamment les troubles locomoteurs connus ou reconnus. Dans le même temps, le médecin demeure le praticien de référence dès lors qu'il s'agit de symptômes plus graves ou d'une nature incertaine, son diagnostic faisant ainsi office de garde-fou. Dès lors, ce n'est pas à une remise en cause de l'autorité médicale que l'on assiste, mais simplement à une redéfinition des espaces de compétence. Puis, dans un cinquième chapitre, on apportera un éclairage socio-historique de la constitution – ou, plutôt, de la « vacance » – de ce marché de la non-urgence. Il permettra de rappeler que la thérapeutique n'a jamais constitué qu'une dimension parmi d'autres de l'exercice de la médecine, et que ses moyens sont d'ailleurs demeurés modestes jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle. Il sera surtout l'occasion de montrer que l'expansion de la profession médicale au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle s'est faite au détriment de la médecine de « première ligne », largement incarnée par les généralistes, au plus proche des maux du quotidien. Les kinésithérapeutes, chargés de prendre en charge des cas assez proches de ceux qui échoient aux étiopathes, n'échappent pas à cet état de fait. Par ailleurs, l'intervention du corps médical tend à être bornée par une mission d'intérêt public qui leur incombe de ne pas simplement « répondre à la demande du patient », ce qui laisse d'autant plus de marge aux praticiens alternatifs pour se positionner.

Parallèlement, une médecine n'étant rien sans les agents qui l'incarnent et les dispositions qui les poussent à s'y investir, le second volet de cette recherche concernera la constitution de « l'offre ». Le sixième chapitre portera ainsi sur les trajectoires de ceux qui, à travers le métier d'étiopathe, entendent s'inventer une position. Qui dans l'espace social a intérêt à investir cette position ? Qu'ont-ils à y gagner ? Si, dans son étude sur les ostéopathes, É. Bailly a déjà considérablement éclairé ces questions (BAILLY, 2005), celles-ci méritent d'être à nouveau posées dans la mesure où, depuis, les médecines manuelles ont amplement gagné en légitimité et accru leur offre en formation initiale. Les recrutements se sont ainsi diversifiés, les diplômés en kinésithérapie ayant progressivement cédé la place aux étudiants post-bacs et aux personnes en situation de réorientation étudiante ou professionnelle, issues ou non des milieux de la santé. Il s'agira en outre de montrer en quoi ce positionnement en tant que thérapeute sur le marché de la non-urgence présente l'avantage d'être à la fois relativement accessible tout en étant une source de profits économiques et symboliques. Cette position apparaît d'ailleurs d'autant plus attractive que, comme on le verra dans un septième et ultime chapitre, les étiopathes ont développé toute une rhétorique de

légitimation – qui relève en grande partie de l'auto-légitimation – qui vise à présenter l'étiopathie comme la seule approche véritablement scientifique de la pathologie. Les *Principes fondamentaux* établis par le « fondateur » C. Tédaniel, principal instrument de distinction au sein d'un champ déjà fort occupé par les thérapeutes manuels, proposent une critique épistémologique de la médecine officielle. Renversant la hiérarchie symbolique, et oubliant dans le même temps la place spécifique qu'ils occupent au sein de la division du travail thérapeutique, les praticiens en viennent à se penser comme les tenants d'une médecine « mécaniste » (c'est-à-dire déterministe) et « causaliste », entravés par une profession médicale « symptomatique » et « magique ».

PARTIE I :

ENTRE ESPOIRS DE DISSIDENCE ET QUÊTE DE RECONNAISSANCE

LES ÉTIOPATHES AU SEIN DU CHAMP DE LA SANTÉ

Le premier chapitre de cette partie permettra de préciser les contours de notre population d'enquête. La définition même de l'étiopathie a été (et est toujours) fonction de la position que les praticiens entendent occuper dans le champ de la santé. Les possibilités d'accès à la reconnaissance légale ont incliné certains à voir en elle une pratique voisine de l'ostéopathie (certains parlent « d'ostéopathie étiopathique ») tandis que la quête d'indépendance des autres les poussent à revendiquer mordicus la spécificité de leur approche de la pathologie. Bon nombre de ceux qui se réclamaient jadis de l'étiopathie n'apparaissent désormais plus que comme ostéopathes. Aujourd'hui, les derniers représentants de cette médecine sont ceux issus des facultés libres de Paris, Rennes, Toulouse et Lyon, chapeautés par l'Institut International d'Étiopathie (IIE), longtemps présidé par C. Trédaniel, l'auteur des *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique*. Pour l'enquêteur, cette population qui, au cours des dernières années, s'est efforcée d'homogénéiser les enseignements délivrés au sein de ces quatre facultés libres, présente l'avantage de délivrer des soins relativement similaires comparativement aux ostéopathes, qui, pour leur part, constituent plutôt un agrégat de courants et d'écoles qui « se sont constitués en fonction des alliances, des scissions et des oppositions » (BAILLY, 2005, p. 16). Les conditions d'enquête et la constitution des matériaux empiriques, sur lesquelles on reviendra au cours du second chapitre, reflètent les enjeux auxquels sont actuellement confrontés ces derniers étiopathes. Si la non-reconnaissance a longtemps été synonyme d'indépendance, l'accession à un statut légal apparaît désormais comme la seule voie envisageable. L'enquête sociologique représente dès lors un moyen pour les étiopathes de rendre visibles leurs « patientèles » et, ce faisant, de revendiquer une légitimité.

Chapitre 1

Étiopathie et ostéopathie : une porosité à sens unique

L'objectif de ce premier chapitre est de fournir au lecteur, qui n'a peut-être jamais entendu parler des étiopathes, un premier aperçu de l'objet. Généralement, la question qui succède directement la présentation de l'étiopathie comme une médecine manuelle est : quelle différence avec l'ostéopathie ? Formulée ainsi, cette question présuppose la relative homogénéité de l'espace ostéopathique. Or celui-ci s'avère très hétérogène, si bien qu'on devrait répondre : « Cela dépend. De quels ostéopathes parle-t-on ? » L'histoire du mouvement étiopathique, ainsi qu'on va le voir, est étroitement mêlée à celle du mouvement ostéopathique : certains praticiens « ostéopathes » ont en réalité été formés en école d'étiopathie ; d'autres sont issus d'écoles d'ostéopathie fondées par des étiopathes ; d'autres encore n'ont jamais côtoyé d'étiopathe, ni de près ni de loin. Ce chapitre entend ainsi compléter le travail historique mené par É. Bailly lors de sa thèse sur le processus de professionnalisation des ostéopathes (BAILLY, 2005). De par l'objet même de sa recherche, et pour des raisons qui seront exposées dans ce chapitre, celle-ci aborde le cas des étiopathes des années 1960 jusqu'au début des années 1970, puis ils disparaissent complètement de son analyse, avant de réapparaître, sans que l'on sache trop comment, à l'aube de la reconnaissance du titre d'ostéopathe par la loi Kouchner en mars 2002, alors qu'est mentionnée la nouvelle Association Française d'Ostéopathie (AFO) qui « regroupe des étiopathes qui ont fini par adopter le nom d'ostéopathe » (BAILLY, 2005, p. 298). Il y a donc un « trou » de près de vingt-cinq années que ce premier chapitre s'efforcera de combler. *In fine*, ce détour par l'histoire permettra au lecteur de comprendre le positionnement des étiopathes au sein de l'espace des médecines manuelles non-conventionnelles, ainsi que les raisons pour lesquelles ces praticiens demeurent encore en nombre réduits²⁹. L'histoire du mouvement étiopathique est en l'occurrence ponctuée de scissions et marquée par des « fuites » individuelles. Par-delà l'écueil des « relations de personnes », deux éléments se sont révélés clivants. Le premier est la question de la reconnaissance officielle. Si les représentants du mouvement ostéopathique ont pour leur part rapidement cherché à obtenir un statut légal, les étiopathes – du moins une partie d'entre eux – ont, jusqu'à une période récente, considéré l'officialisation de leur métier comme une mise sous tutelle (par l'État et/ou les médecins), et comme un risque de voir leur exercice progressivement phagocyté et « dilué » par la pratique

29 Le travail de mise en récit de l'étiopathie, c'est-à-dire la manière dont les étiopathes tendent à raconter leur propre histoire, et ce dans la perspective de se distinguer au sein d'un espace des médecines manuelles saturé, sera abordé au chapitre 7 (voir la section « la construction d'un "fondateur" hors normes »).

médicale. Le second élément concerne l'impossibilité pour les étiopathes de cumuler des titres et des compétences thérapeutiques. En effet, dans leur volonté de faire reconnaître la pratique étiopathique en tant que telle, les associations professionnelles ont pris le parti de ne tolérer dans leurs rangs que les praticiens qui se déclarent uniquement étiopathes et qui ne pratiquent que de l'étiopathie. Pour les praticiens peu disposés à satisfaire l'une ou l'autre de ces conditions, l'espace de l'ostéopathie, particulièrement poreux, a alors constitué un réceptacle tout désigné.

1. Schismes et défections :

1.1. 1961-1973 : de « l'ostéopathie » à « l'étiopathie »

L'un des acteurs majeurs de l'étiopathie fut Christian Trédaniel (1934-2011), auteur des *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique*, publiés pour la première fois en 1979, et dépeint par la plupart des praticiens enquêtés comme le « fondateur » de la discipline. Originaire de Cherbourg, il est le fils d'un représentant de commerce ; sa mère, elle, n'avait pas d'emploi. Sa sœur cadette est médecin généraliste. Une praticienne « *dans le moule médical* », selon Érik, le fils de Christian Trédaniel (qui est lui-même étiopathe), mais « *un bon docteur* », « *très pragmatique* »³⁰. Quant à son frère cadet, Guy Trédaniel, il est éditeur spécialisé dans les ouvrages de médecines alternatives et d'ésotérisme. Celui-ci a eu l'opportunité de racheter des parts des éditions de la Maisnie, avant de fonder sa propre maison d'édition (les éditions Guy Trédaniel).

À l'âge de 16 ans, un accident de sport vaut à Christian Trédaniel une sciatique qui l'immobilise pendant plusieurs années – deux selon certaines sources (TRÉDANIEL, 1998, p. 216 ; TRÉDANIEL, 2013, p. 37 ; TRÉDANIEL & GAUTIER, 1989, p. 190), trois selon d'autres (MOUREAU, 2015, p. 201). Il finit par consulter le docteur André de Sambucy de Sorgue (1909 – 1987), directeur d'une école de kinésithérapie. Ce dernier le remet sur pied après quelques séances d'élongations et de mobilisations vertébrales. C. Trédaniel s'intéresse alors de près à la pratique de celui qui l'a soigné. Il s'inscrit dans son école et devient masseur-kinésithérapeute en 1956. D'après Érik Trédaniel, il aurait également fréquenté durant un an l'école de masso-kinésithérapie de Boris Dolto. Cet épisode n'apparaît toutefois dans aucun de ses écrits.

30 Les propos oraux des enquêtés seront systématiquement rapportés entre guillemets et en italique.

Dans son travail de thèse, Christophe Gaubert dresse un panorama du champ des écoles de kinésithérapie entre 1943 et 1952. Alors que les établissements liés aux services de chirurgie orthopédique des grands hôpitaux représentent la fraction dominante de cet espace, celui de De Sambucy figure parmi la fraction dominée des « écoles privées la plupart du temps parisiennes [...], souvent dirigées en leur nom propre par de petits entrepreneurs d'orthopédie moins légitimes médicalement, médecins exerçant "en ville" ou bien promoteurs de l'éducation physique ou de gymnastique médicale non médecins. Souvent désignées par le nom de leur directeur et fondateur, les écoles mettent surtout en avant la gymnastique correctrice ou la culture physique, parfois l'orthopédie ou bien, au contraire, les savoirs spécifiques et dévalués qu'elles voudraient diffuser (du magnétisme à l'ostéopathie). [...] La position de ces écoles repose pour partie sur le *crédit* différentiel attaché localement à un *nom* dont la renommée excède très rarement l'univers du massage et de la gymnastique, pour partie sur la possibilité qu'elles ont de s'appuyer (à partir d'une relation de "patron" à "protégé") sur des élèves ou d'anciens élèves coalisés et revendiquant le droit à l'existence par l'État » (GAUBERT, 2006, p. 419-420). Le passage de C. Trédaniel par cette école, moins structurée « par référence au capital spécifique de l'univers (celui de la rééducation telle qu'elle est définie par les chirurgiens) » que par les « fluctuations des valeurs thérapeutiques et esthétiques sur un marché de l'exercice thérapeutique hérité (avec le thermalisme) ou en cours de constitution » (GAUBERT, 2006, p. 421) ne pouvait que favoriser son orientation vers une médecine manuelle hétérodoxe. De fait, cette formation est l'occasion d'une socialisation à des pratiques thérapeutiques de tout acabit. C. Trédaniel doit notamment à De Sambucy la découverte de l'ostéopathie, de la chiropraxie, ou encore des travaux des « pères de la kinésithérapie gynécologique », Thure Brandt et Horace Stapfer (MONET, 2003), dont il se réclamera et fera la promotion une fois étiope (voir l'encadré n°7 : Les « oubliés de la médecine » : Leriche, Stapfer et les autres, p. 320).

« André de Sambucy était un étonnant personnage. Gascon plein de fougue et de verve, esprit encyclopédique et synthétique, il faisait de la main le lieu de passage obligé de la pensée créatrice. Admirateur de Lulle, de Pascal, de Descartes et de Poincaré, respectueux d'Hippocrate et d'Avicenne, défenseur de la médecine du nord et de la médecine macédonienne, il avait adopté le système de Ling comme référence tout en reconnaissant les vertus de méthodes indiennes et chinoises. [...] Conscient de l'efficacité du reboutement mais n'en ayant point percé les secrets, connaissant le rôle de Thure Brandt et de Stapfer dans un domaine qu'il ne pratiquait pas, informé sur la chiropraxie sans pouvoir en définir la réalité, ne pouvant que répercuter les dires de certains sur l'ostéopathie, il était le reflet de ce qui était, au mieux, possible dans le moment. Malgré la pauvreté de l'information et l'opposition du milieu médical, il n'en parvint pas moins à faire évoluer une méthode manuelle destinée à

s'adresser à l'ensemble des structures du corps humain. Pédagogue de talent, Sambucy avait depuis quelques années organisé un enseignement, le seul en France à cette époque, concernant la mécanique vertébrale et les techniques manipulatives. Il l'avait intitulé son "cours colonne". Il n'eut pas à insister longtemps pour que je m'y inscrive. Je découvrais un monde nouveau. Le voile se levait rapidement sur la réalité de la médecine en même temps que je comprenais toute l'importance d'un bon état structural pour le maintien de la santé. Le *microbe* n'était plus le seul en cause, la structure apparaissait dans toute l'évidence de son rôle et il devenait naturel de suivre Sambucy qui consacrait sa vie aux méthodes visant à l'entretenir ou à le réparer. Tout cela m'apportait les premiers éléments de la recherche qui devait aboutir quelques années plus tard à l'étiopathie. »
(TRÉDANIEL, 1993)

On retrouve en outre, dans les ouvrages de De Sambucy, la même défiance que celle qui anime C. Trédaniel à l'égard des institutions médicales. Celui-ci écrit par exemple, dans *Défendez vos vertèbres* : « Si j'ai mis tant de temps à faire savoir qu'on peut facilement redresser tous les dos, allonger tous les reins tassés, débloquent tous les corps douloureux, recouvrir de muscle tous les os dénudés, réchauffer tous les organes glacés, c'est parce que... [...] je ne suis pas agrégé, je ne suis pas Professeur, je ne suis pas médecin des hôpitaux [...], je ne suis pas couvert de décorations scientifiques, je ne suis pas membre de l'Académie de Médecine, [...] je ne favorise pas l'industrie pharmaceutique, [...] je ne joue pas au bridge [...]. Et pourtant je me suis permis de remuer l'Orthopédie, de retourner la Rhumatologie, d'imposer des prolongements à la Vertébrothérapie » (DE SAMBUCY, 1974, p. 16). Dans cette revanche symbolique du « petit » sur le « grand », André De Sambucy met un point d'honneur à manifester sa proximité avec les petites gens. Il mentionne d'abord sa qualité « d'ouvrier en bois et en fer » (DE SAMBUCY, 1987, p. 14), sa connaissance de « l'argot des cheminots » et son expérience de conducteur de locomotive en tant qu'élève-ingénieur (DE SAMBUCY, 1974, p. 15). Mais surtout, il destine sa thérapeutique aux problèmes du quotidien que rencontrent des catégories stéréotypées telles que « M. Leburo », « assis toute la journée », les « vendeuses » auxquelles les directions des magasins interdisent de s'asseoir, les automobilistes qui « [doivent] rester assis au volant professionnellement », « le boucher, et quelques autres, [qui] lèvent des charges lourdes à distance du corps », ou encore l'épouse dont « le mari a refusé de convoquer le maçon pour rehausser l'évier » et qui se voit contraintes de courber l'échine pour laver la vaisselle (DE SAMBUCY, 1974, p. 7-11). Tous ces exemples participent de la construction d'une médecine qui se veut populaire et plus efficace que celle proposée par les doctes professeurs ; elle correspond également à ce que l'on qualifiera dans ce travail de thérapeutique de la « non-urgence », dans la mesure où l'auteur situe son champ de compétence au niveau de ces troubles dont la gravité demeure limitée sur le plan médical, mais qui entravent néanmoins le déroulement normal du quotidien. Le discours en lui-même n'est pas sans rappeler celui des élus poujadistes

(COLLOVALD, 1989) ou encore des ouvriers engagés en politique (OFFERLÉ, 1984) qui utilisent leur illégitimité comme mode de légitimation. La distance revendiquée vis-à-vis des élites médicales apparaît ici au principe d'une compétence permettant de soigner les maux ordinaires de gens tout aussi ordinaires.

Après sa formation à l'école de De Sambucy, C. Trédaniel effectue son service militaire au service de santé des armées, à l'hôpital du Val-De-Grâce, en tant qu'assistant du professeur Coirault, entre 1956 et 1958 (IFE, 2009). Il entend alors parler d'une école de chiropraxie :

« J'appris l'existence, aux États-Unis, d'une école qui différait de la Palmer School³¹. D'après mes renseignements, elle ne reprenait pas la Philosophie de B. J. Palmer et délivrait un enseignement rigoureux. En un mot, ce devait être un lieu d'apprentissage qui correspondait à mes aspirations. Durant les années passés avec Sambucy et au Val-de-Grâce, s'était forgée l'intime conviction que la médecine manuelle formait une entité et qu'elle pouvait réduire la plupart des pathologies pourvu que l'on en utilise toutes les ressources en s'appuyant sur une bonne méthodologie. Cet enseignement d'outre-Atlantique pouvait être l'occasion de compléter mes connaissances et d'arriver rapidement au terme de ma recherche. Mes parents me soutenant, je décidais d'entreprendre le voyage³². »
(TRÉDANIEL, 1993)

À la fin des années 1950, il se rend à Chicago où il retrouve deux anciens élèves de De Sambucy – André-Jean Bouchet et Guy Steiner –, afin d'étudier au National College of Chiropractic. Cet enseignement lui paraît cependant incomplet :

« Malheureusement, l'enseignement au National College of Chiropractic était séparé en deux départements. L'un, théorique, était calqué sur l'enseignement médical classique, l'autre pratique ne s'appliquait qu'à un ensemble de techniques vertébrales. Bien que la valeur intrinsèque des cours fut d'un bon niveau, et que le fait d'arriver à ce stade marquait un progrès remarquable, il m'apparut que l'évolution de la chiropraxie ne s'effectuait pas dans le sens de l'instauration d'une chirurgie non-instrumentale telle que je la concevais. L'absence d'une méthodologie propre comme l'absence de la prise en compte d'une causalité possible au niveau d'autres systèmes que le vertébral, entraînait l'ignorance de moyens techniques et limitait les objectifs³³. Ces insuffisances transparaissaient déjà dans l'utilisation

31 La Palmer School est une école de chiropraxie, ainsi nommée en hommage au « fondateur » de la thérapie, D. D. Palmer.

32 Le « soutien » des parents semble avoir été surtout moral. Le fils de C. Trédaniel, Érik, ne décrit pas ses grands-parents comme des gens particulièrement aisés, et affirme que son père aurait subvenu à l'essentiel de ses besoins en travaillant sur place, parfois au noir (sachant que son voyage, en tout et pour tout, n'aurait pas duré plus d'un an). Un autre enquêté, qui raconte avoir également voulu se rendre aux États-Unis à la fin des années 1960 pour étudier la chiropraxie, a dû abandonner son projet en raison de trop fortes contraintes administratives liées à la guerre du Vietnam. Il rapporte cependant qu'auparavant, les étudiants « *se faisaient inviter entre guillemets par un chiropracteur qui disait "tiens, j'ai besoin de cet homme-là", et tu pouvais, sur place, là-bas, aller à la plonge, tondre de l'herbe, être pompiste etc.* » Peut-être C. Trédaniel a-t-il lui-même bénéficié d'un arrangement de ce type avec un praticien.

33 Dans ses *Principes Fondamentaux*, C. Trédaniel ajoute qu'il « était déjà largement au fait de la plupart de ces

institutionnalisée de vitamines ou autres adjuvants plus ou moins actifs. Tendance qui n'a fait que se confirmer depuis aux États-Unis. Or il me semblait absolument nécessaire de regrouper dans le cadre d'une méthode logique et spécifique l'utilisation de l'ensemble des techniques traditionnelles, articulaires, ligamentaires, viscérales, circulatoires et si nécessaire informatives, pour permettre d'instaurer et d'imposer à la médecine régnante l'existence d'une véritable chirurgie non-instrumentale ».
(TRÉDANIEL, 1993)

Après le National College of Chiropractic, C. Trédaniel poursuit ses études dans une seconde école de chiropraxie à Indianapolis, puis termine par un cours post-gradué à la Palmer School of Chiropractic de Davenport (Iowa), où il apprend la technique du *toggle recoil*, « excellente méthode de réduction et une des meilleures techniques d'information du ligament que nous possédons » (TRÉDANIEL, 1993). Pendant ces années aux États-Unis, C. Trédaniel raconte avoir projeté la création, avec André-Jean Bouchet et Guy Steiner, « d'un enseignement et d'une méthode qui n'existait pas encore » (TRÉDANIEL, 1993). Premier à rentrer en France en 1959 ou 1960, il ouvre un cabinet à Cherbourg et travaille simultanément à l'élaboration de cette nouvelle méthode³⁴:

« J'élaborai la méthode générale à laquelle je pensais déjà depuis plusieurs années et qui manquait si cruellement à la chirurgie non-instrumentale pour élargir son champ d'action et s'imposer face à la médecine magique³⁵. Quelles que fussent mes autres occupations, j'y pensais toujours. [...] C'est ainsi que je commençai par séparer radicalement de la pathologie les phénomènes particuliers d'origine génétique, qui étaient toujours placés, à tort, dans la rubrique maladie³⁶. Puis j'effectuai une classification des phénomènes pathologiques acquis, en fonction de leur durée propre et de leur dépendance, de sorte qu'ils puissent s'intégrer à un raisonnement causal. Un autre point essentiel fut l'adaptation de la loi de causalité, afin qu'elle devienne applicable aux systèmes biologiques. La systémique, qui au début me servait intuitivement de modèle, s'affirma progressivement comme un guide précieux. C'est avec ces éléments, pris parmi beaucoup d'autres, que j'élaborai toute la théorie à laquelle je donnais, en 1963, le nom d'Étiopathie, de deux racines grecques : *aïtia*, cause et *pathos*, maladie, souffrance³⁷. En dehors du fait que le terme convenait parfaitement à ma recherche, je dois

techniques [de réduction vertébrale] par l'enseignement que [lui] avait délivré Sambucy, et surtout par [sa] pratique hospitalière » (TRÉDANIEL, 2013, p. 40).

34 Les sources divergent quant au titre adopté par C. Trédaniel pour son exercice en cabinet : d'après Robert Perronneau-Ferré, avec qui, on va le voir, C. Trédaniel collabore dès le début des années 1960, ce dernier exerce « sous la couverture de kinésithérapeute » (PERRONNEAU-FERRÉ, 1994). Un article paru dans *Le Monde* en 1962 mentionne toutefois C. Trédaniel en tant qu'« ostéopathe » (« Condamnation de cinq Cherbourgeois qui avaient distribué des tracts O.A.S », *Le Monde*, 19/10/1962). Enfin, d'après son ami Alain Dumait (voir note de bas de page n°37), c'est avec la qualification de « chiropracteur » qu'il aurait exercé jusqu'en 1968.

35 La rhétorique de la « médecine magique » et ses usages seront abordés au chapitre 7.

36 Les étiopathes ne considèrent pas les maladies génétiques comme des « maladies » à proprement parler. Ce point sera également abordé au chapitre 7.

37 C. Trédaniel commet ici une erreur en inversant les racines, « étiopathie » signifiant en réalité « la maladie de la cause ». Cette datation peut en outre être sujette à caution. Alain Dumait, un ami de longue date de C. Trédaniel et de son frère Guy, m'a en effet rapporté – avec toutefois quelques réserves – que la création du terme « étiopathie » est le fruit d'une réflexion menée à Cherbourg au cours de l'été 1968, entre C. Trédaniel, son frère, et Alain Dumait lui-même. Ce dernier raconte : « On a réfléchi à essayer de donner un nom à sa pratique, qui n'était pas exactement la chiropraxie qu'il avait apprise à Chicago, mais qui était l'ébauche de ce qui allait devenir l'étiopathie. Et c'est ensemble qu'on a trouvé ou qu'on a validé ce terme d'étiopathie ». Ils fondent dans la foulée une association pour le

avouer que l'antagonisme qu'il présentait à ceux d'allopathie et d'homéopathie me réjouissait³⁸. »
(TRÉDANIEL, 1993)

Dans le même temps, C. Trédaniel se met à fréquenter deux groupes de thérapeutes distincts. L'un d'eux, qui rassemble plus d'une quarantaine de praticiens, est la Société de Recherches Ostéopathiques (SRO) de Paul Gény, dont tous les membres – du moins les membres francophones, très majoritaires – sont masseurs-kinésithérapeutes³⁹. Il y prononce des conférences sur les travaux de Thure Brandt, se voit décerner un « diplôme » d'ostéopathe, et, au tout début des années 1960, devient l'un des quatre vice-présidents de l'association. Il le restera au moins jusqu'au début de l'année 1963. En 1965, après avoir été attaqué par l'Ordre des médecins puis condamné⁴⁰, P. Gény transfère son enseignement à Maidstone, en Angleterre, « dans le cadre d'une société de naturopathie dirigée par Thomas G. Dummer, la British Naturopatic Association qui devint British Naturopatic and Osteopatic Association » (TRÉDANIEL, 1993)⁴¹. C. Trédaniel participe à l'inauguration de cet enseignement mais en démissionne rapidement, faute de parvenir à promouvoir sa méthode.

« Malheureusement, je me rendis vite compte que je perdais mon temps. Lorsque je donnais une conférence ou tentais de faire passer une information, j'étais poliment écouté par un aréopage entièrement composé de masseurs-kinésithérapeutes peu informés, complexés, cherchant plus à obtenir un diplôme, et surtout une nouvelle appellation qui améliore leur image de marque, qu'à s'instruire et à combattre pour une vérité scientifique. Il devint évident

soutien et le développement de la médecine étiopathique, la première association à employer le terme, déclarée officiellement le 14 mai 1971 (Journal Officiel du 30 Mai 1971). Sur le site de l'IFE, on peut également lire que le terme a été « déposé » en 1963 (<http://www.etiopathie.com/etiopathie/origine/christian-tredaniel>, page consultée le 25 août 2019), mais il n'a en réalité été déclaré à l'Institut National de la Propriété Intellectuelle (INPI) que le 27 juin 1975.

38 La racine *homéo* (« même ») renvoie au « principe de similitude » de la médecine homéopathique : il s'agit d'administrer une dose infinitésimale d'une substance qui, à une dose plus élevée, produirait les mêmes effets que la maladie. Samuel Hahnemann, le fondateur de l'homéopathie, a créé le terme « allopathie » pour désigner la médecine dont les médicaments produisent au contraire des effets inverses à la maladie (la racine *allos* signifiant « autre »). Ce terme est généralement utilisé pour désigner la médecine officielle. En utilisant le terme « étiopathie », C. Trédaniel entend opposer son approche « causale » à l'homéopathie et l'allopathie, considérées toutes deux comme des médecines « symptomatiques ». La construction de cette opposition symbolique sera abordée plus en détail au chapitre 7.

39 À partir des années 1950 se développe en France un courant ostéopathique ouvert aux masseurs-kinésithérapeutes via la SRO, créée en février 1951 par Paul Gény, lui-même masseur-kinésithérapeute de formation et directeur d'une école de kinésithérapie. Au mois de novembre suivant, ce dernier fonde l'École Française d'Ostéopathie (EFO) qui accueille essentiellement des kinésithérapeutes. D'après l'annuaire la *Revue Française d'Ostéopathie* (l'organe de la SRO) n°42, parue en janvier-février 1962, la SRO compte alors 42 membres francophones et 6 membres anglophones. D'après É. Bailly, P. Gény est « le premier ostéopathe français non-médecin à œuvrer pour le développement de l'ostéopathie en dehors du contrôle des médecins » (BAILLY, 2005, p. 49).

40 L'arrêté du 6 janvier 1962 réserve aux docteurs en médecine « toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie ». Cet arrêté a permis la condamnation de nombreux praticiens manuels non médecins.

41 Thomas George Dummer était lui-même président d'honneur de la SRO.

qu'aucun de mes auditeurs ne mettrait jamais en pratique l'enseignement que je leur délivrai. Au bout de quelques mois, fatigué par une expérience qui ne pouvait qu'échouer, je démissionnai de toutes ces organisations. »
(TRÉDANIEL, 1993)

En étudiant les pratiques de commérages au sein d'une communauté ouvrière en Angleterre, Norbert Elias a mis en évidence, au sein de cette communauté, une distribution inégale du pouvoir de statuer, c'est-à-dire de différencier « les gens biens » et « les autres ». Ce pouvoir, en l'occurrence, était plutôt l'apanage des « vieilles familles », dont l'ancienneté était synonyme de prestige. *In fine*, ces familles étaient les plus à même d'imposer aux membres de la communauté un ensemble de normes, soit une conduite à tenir pour rester intégrés (ELIAS, 1985). Il se peut que, par un mécanisme similaire, l'arrivée relativement tardive de C. Trédaniel dans ce groupe comptant plusieurs dizaines de praticiens rassemblés depuis des années autour d'un leader (Paul Gény), et doté d'une culture « ostéopathique », lui ait été défavorable, à plus forte raison si l'on considère la portée de ses ambitions (fonder sa propre médecine, « combattre » pour ce qu'il estime être une « vérité scientifique »). Comme si, en fin de compte, C. Trédaniel attendait de ce groupe plus qu'il ne pouvait en obtenir, faute de disposer d'une légitimité suffisante.

Il devait néanmoins parvenir à faire entendre sa voix au sein d'un second groupe, tout juste constitué et nettement plus restreint, et dont les membres, pour la plupart, ont également été formés par De Sambucy⁴². De retour en France, C. Trédaniel rend visite à ce dernier, qui lui apprend qu'il a conseillé à quelques uns de ses anciens assistants de créer une association « d'ostéopathie » (TRÉDANIEL, 1993). Rapidement, C. Trédaniel se joint à eux, tout comme son ami Guy Steiner. Au début des années 1960, le groupe ne compte que sept membres (cinq français et deux suisses), tous kinésithérapeutes exerçant en libéral : C. Trédaniel, Guy Steiner⁴³, René Malod, André Brunel, Jacques Quid'Boeuf, Charles-Henri Aemmer, ainsi que Messieurs Philippe et Gerlat^{44 45}. Le groupe sera bientôt rejoint par Robert Perronneau-Ferré, qui fut formé au massage et à la gymnastique médicale auprès du docteur Ruffier au début des années 1940 (PERRONNEAU-FERRÉ, 1994)^{46 47}, puis

42 Ce dernier apparaît d'ailleurs comme un mentor dans les premières brochures d'étiopathie. Sur l'une d'entre elles, publiée entre 1973 et 1975, on peut lire : « Après avoir hérité de l'esprit pragmatique, mécaniste de De Sambucy [...] une équipe de pionniers donna naissance en 1962 à la médecine "étiopathique" ».

43 Ce dernier devait trouver la mort quelques années plus tard.

44 Dont les prénoms restent inconnus.

45 À l'exception de C. Trédaniel, aucun de ces membres ne figure dans la liste des diplômés de l'EFO. Seul l'un d'eux, René Malod, apparaît dans le numéro de janvier-février 1962 de la *Revue Française d'Ostéopathie*, comme l'auteur d'un article intitulé « Algie du sciatique et colonne cervicale ». La SRO et l'AOI ont donc bien constitué deux groupes distincts.

46 Le métier de masseur-kinésithérapeute, officialisé en 1946, est le produit de la réunion des masseurs et des gymnastes médicaux.

47 Né en 1875 et mort en 1956, le Dr Ruffier était un médecin hygiéniste, promoteur de la culture physique et du

par le second compagnon de voyage de C. Trédaniel : A-J. Bouchet. En 1961, C. Trédaniel devient le premier président de l'Association Ostéopathique Internationale (AOI), déclarée à Paris, mais dont le siège se situe à Genève. Son but est de « réunir les spécialistes qualifiés en vue de promouvoir la science ostéopathique, ses applications thérapeutiques et son avenir : reconnaissance officielle » (Journal Officiel du 7 novembre 1963, associations étrangères). En 1964, l'AOI ajoute à son but la « création d'une section collègue européen d'ostéopathie » (CEO) (Journal Officiel du 14 août 1964). Puis, « tenant compte des déconvenues de P. Gény avec la justice, [C. Trédaniel] installe en 1967 son collègue à Genève » (BAILLY, 2005, p. 198). Ainsi, à la fin des années 1960, il n'existe plus aucune école en France pour former des ostéopathes non-médecins⁴⁸. Les uns se sont réfugiés en Angleterre, les autres en Suisse, et les deux groupes semblent n'entretenir aucune relation. Toutefois les praticiens, du moins ceux de l'AOI, continuent d'exercer en cabinet dans leur pays d'origine. Dans l'école de Genève, les cours sont délivrés périodiquement. Un praticien inscrit en 1973 raconte ainsi avoir suivi des enseignements tous les deux mois pendant quinze jours⁴⁹. D'après Robert Perronneaud-Ferré, au départ, tous les membres de l'AOI exercent officiellement sous le titre de kinésithérapeute (1994) – ce qui n'empêche pas C. Trédaniel d'être attaqué en justice dès 1969 pour exercice illégal de la médecine (on l'a vu plus haut : celui-ci était connu comme un « ostéopathe » dès 1962, au moins officieusement). Cependant, des années plus tard, la couverture paramédicale est formellement proscrite. Le règlement intérieur du futur IFE, adopté en décembre 1981, dispose en effet que ses membres doivent « s'engager à exercer leur art en tant qu'étiopathe exclusivement », et qu'il ne peuvent en aucun cas signer une feuille d'assurance maladie au titre d'auxiliaire médical.

Le CEO est l'occasion pour C. Trédaniel de commencer à faire valoir durablement ses conceptions. Dans son bref historique de l'ostéopathie, R. Perronneaud-Ferré raconte : « Dans les réunions des professeurs (en réalité les seuls membres de l'AOI) Christian Trédaniel parle de plus en plus souvent de conceptions "mécanistes", de "phénomène externes", de "phénomènes lésionnels", de "lésions primaires" etc. Il dit que le terme "ostéopathie" est inadaptée puisque notre médecine n'est pas "une maladie des os" (ce qui est vrai) » (PERRONNEAUD-FERRÉ, 1994) ». Les membres de l'AOI adoptent finalement le terme « étiopathie » dans le courant de l'année 1971. Un Institut

naturisme. Il est à l'origine du test de Ruffier, encore utilisé par certains médecins pour évaluer l'aptitude d'une personne à la pratique sportive.

48 Seuls subsistent des enseignements de manipulations ostéo-articulaires destinés aux membres de la profession médicale comme celui du Dr Maigne, chef de fil de l'ostéopathie médicale, qui « finit par créer en 1969 un enseignement optionnel de médecine manuelle dans quelques universités » (BAILLY, 2005, p. 51). Par ailleurs, la SRO de Paul Gény (qui n'est pas en soi un lieu de formation) est toujours basée en France et continue d'accueillir des ostéopathes non-médecins.

49 Le cursus s'étalait alors sur quatre années.

National d'Étiopathie (INE) – qui devient l'IFE en 1978 – est déclaré le 5 Janvier 1972. En 1973, le CEO devient le Collège d'Étiopathie Européen (CEE), et l'AOI l'IIE (Journal Officiel du 22 avril 1973, associations étrangères). Dans le même temps, C. Trédaniel fait la promotion de ses apports conceptuels. Il les décline notamment dans la *Revue de Médecine Étiopathique*, dont sept numéros paraissent entre 1973 et 1975. Ainsi, dans un article intitulé « le problème du déterminisme en étiopathie » (paru dans le numéro 2 de cette revue en juin 1974), C. Trédaniel rappelle ses définitions de la « lésion étiopathique » et du « phénomène lésionnel », pose qu'un phénomène doit être interprété en fonction de son « essence » (par exemple, une douleur doit être appréhendée non pas d'après son intensité mais d'après sa localisation), et aborde la question de l'interaction entre les phénomènes (le fait, par exemple, qu'une lésion « primaire » puisse, à terme, engendrer une lésion « secondaire »)⁵⁰. Toutes ces réflexions sont ensuite rassemblées dans son ouvrage *Les principes fondamentaux pour une médecine étiopathique*, publié pour la première fois en 1979. Ses définitions commencent par ailleurs à garnir les brochures de communication, où elles jouxtent les citations d'autres savants, tels Claude Bernard, Alexis Carrel ou René Leriche (voir les illustrations 1 et 2)⁵¹.

50 Ces points seront abordés plus en détail dans la seconde partie, au chapitre 3.

51 On verra d'ailleurs au chapitre que 7 que les *Principes fondamentaux* dont se réclament les étiopathes sont volontiers dépeints comme un prolongement des conceptions de R. Leriche sur la maladie.

QUELQUES PRINCIPES DE BASE DE L'ETIOPATHIE

«Chaque être humain naît avec un potentiel vital qui lui est propre, qui se matérialise dès l'instant de sa conception dans sa structure particulière à ce moment et qui détermine tout son devenir somatique et psychique».

Christian TREDANIEL

Toute altération de la structure est une cause fondamentale de maladie.

La maladie est une modification de la destinée d'un individu provenant d'une atteinte de la structure par un phénomène extérieur (traumatisme, altération de la statique générale du corps, non respect de l'hygiène naturelle, environnement imposé à l'individu).

«La lésion étiopathique est une dysharmonisation structurale ne pouvant trouver son origine première que dans une cause exogène. Elle est suffisante à elle-même pour assurer sa propre continuité».

Christian TREDANIEL

«Pour faire une maladie microbienne il faut être deux, le microbe ne suffit pas, on l'a un peu oublié».

Professeur LERICHE

QUELQUES PRINCIPES DE BASE DE L'ÉTIOPATHIE

— Chaque être humain naît avec un Potentiel Vital qui lui est propre.

— Le Potentiel Vital d'un individu lui est communiqué à l'instant de sa conception. C'est ce que l'on appelle son Potentiel Vital Originel.

— Dès l'instant de sa conception, le Potentiel Vital d'un individu se matérialise dans sa structure particulière à ce moment et détermine son devenir structural et psychique.

— Le milieu dans lequel l'individu est destiné à évoluer ne peut que confirmer ou dévier son P.V.O.

— La maladie est une modification de la destinée d'un individu provenant soit d'une cause accidentelle au cours de sa vie de relation, soit du non-respect par cet individu des règles d'hygiène naturelle et souvent des deux causes conjuguées (dans les causes accidentelles, on comprend toutes les causes pouvant provenir du milieu extérieur imposé à l'individu).

— Chaque être humain est une entité, la destinée vitale d'un individu ne doit pas être comparée à la destinée vitale d'un de ses semblables, mais à son propre Potentiel Vital Originel, celui du moment de sa conception.

— Durant le cours de son existence, le P.V.O. d'un individu suit une courbe décroissante marquant le phénomène physiologique du vieillissement.

— Pour un individu, la santé parfaite consiste dans le respect intégral de la courbe décroissante de son P.V.O.

— L'individu chargé héréditairement n'est pas un malade ; il est une entité qui suit sa propre destinée. Il est normal par rapport à son P.V.O.

— Les facteurs héréditaires ne sont jamais cause de maladie, mais seulement les facteurs physiologiques propres à chaque individu.

— Pour l'individu, l'hérédité c'est son Potentiel Vital Originel. C'est sa vie non pas sa maladie.

— La maladie est un ensemble de lésions et de Phénomènes qui ont toujours une cause.

— Il n'existe pas de cause endogène première de maladie.

Toutes ces définitions proviennent du cours de Christian TRÉDANIEL.

Rétrospectivement, C. Trédaniel argue que l'étiquette d'ostéopathe n'avait en réalité pas de signification précise, et ne recelait qu'une utilité pratique afin de désigner une médecine manuelle. Aussi, l'adoption de cette nouvelle appellation devait, selon lui, présenter plusieurs avantages (voir l'extrait suivant). Outre la distinction et donc la promotion de sa propre méthode, elle devait éviter tout amalgame avec certaines pratiques « ostéopathiques » – notamment l'ostéopathie « crânienne » – qu'il n'approuvait pas. Elle devait également permettre aux thérapeutes d'échapper aux poursuites pour exercice illégal de la médecine qui frappaient les « ostéopathes ». Une stratégie qui se relève fragile car si l'arrêté du 6 janvier 1962 vise explicitement « les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie », il vise plus largement la « réduction de déplacements osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales ». Le qualificatif d'ostéopathe permettait donc, au mieux, de ne pas renvoyer explicitement à une situation d'illégalité.

« Le terme ostéopathie [...] n'était au moment de mon départ aux États-Unis qu'un adjectif sans signification précise [...]. Paul Gény [...] avait adopté ce terme comme lui semblant le plus proche de la thérapie manuelle qu'il cherchait à développer. En fait nous nous retrouvons dans la même situation que lorsque Sambucy utilisa la même appellation, un court moment, pour son enseignement et pour quelques diplômes. C'est dire à quel point nous en étions. Gény m'apprit quelques temps plus tard qu'il était en correspondance avec une école de chiropraxie américaine pour tenter de faire équivalencer (sic) son enseignement, qui serait donc devenu chiropractique⁵². On voit que les termes n'avaient pas grande signification, et qu'on se servait de ceux disponibles à l'époque pouvant dénommer une thérapie manuelle quelle qu'elle fut, sans autres intentions. [...] Lorsque j'avais formé ce terme ["ostéopathie"], il s'agissait simplement pour moi de qualifier une nouvelle théorie. L'association que je présidais avait adopté le qualificatif d'ostéopathie qui impliquait faussement la qualité d'ostéopathe pour ceux qui y adhéraient. Si je me sentais à l'étroit dans cet habillage, d'autres s'y trouvaient beaucoup plus à l'aise. Le terme passait bien auprès du public et le reste importait peu⁵³. [...] Ce n'est que deux ou trois ans plus tard, prenant confiance dans la validité de la théorie que j'avais élaborée et que je perfectionnais, que je finis par me persuader qu'il n'était plus possible de continuer à évoluer dans cette situation fautive. Ce sentiment se trouva encore renforcé lorsqu'en 1969 une plainte fut déposée contre moi, pour exercice illégal de la médecine. Il devenait hors de question de continuer à défendre et à promulguer des couleurs qui n'étaient pas les nôtres, d'autant que durant ces dernières années nous avons pu découvrir ce qu'était l'ostéopathie au travers de quelques livres que nous nous étions procurés aux USA, et surtout à la suite d'une série de conférences données par les représentants de l'ostéopathie crânienne américaine, Viola Frymann et Harold Magoun. Il s'agissait, pour ces derniers, d'une mystique ne concernant plus qu'une secte dont je n'avais jamais entendu parler aux États-Unis. Quant aux autres ouvrages, ils reprenaient quelques techniques chiropractiques ou le plus souvent des mobilisations suédoises dont le mécanisme

52 Dans son éditorial pour le numéro de Janvier-Février 1962 de la *Revue Française d'Ostéopathie*, P. Gény écrit en effet « qu'il faut qu'une fois pour toutes les chiropractors comprennent que leur sort est lié au nôtre et qu'ils doivent s'unir sincèrement à notre mouvement. [...] Nous l'avons dit et nous le répétons : nous sommes prêts à collaborer sincèrement mais à condition de ne pas être continuellement l'objet de critiques et de propos malveillants. »

53 Le terme « ostéopathie » était en effet (et est toujours) bien plus éloquent auprès des usagers ; beaucoup de médecins préférèrent d'ailleurs le titre « d'ostéopathe » à celui « d'ostéothérapeute », « bien plus porteur auprès du public » (BAILLY, 2005, p. 56).

d'action était incompris. La théorie qui les sous-tendait ne pouvait prétendre à aucune validité scientifique que ce soit dans la conception aussi bien que dans l'expression. Sur le plan de l'application on revenait au rôle, donné comme essentiel, du muscle et des fascias et aux méthodes relevant de la plus plate kinésithérapie. »
(TRÉDANIEL, 1993)

Rien n'indique cependant que tous les membres de l'AOI partagent alors cette croyance en la spécificité de l'étiopathie, ni cette volonté de promouvoir leur pratique thérapeutique en tant que telle. Il n'est pas à exclure que certains d'entre eux voient essentiellement dans ce changement d'étiquette un avantage tactique, notamment sur le plan juridique. En outre, tous ne semblent pas éprouver la même aversion que C. Trédaniel pour les travaux de V. Fryman et H. Magoun. Dans son historique de l'ostéopathie, R. Perronneaud-Ferré ne manifeste aucune animosité à leur endroit, bien au contraire : « Au-dessus du lac de Genève, à quelques kilomètres de Lausanne, dans un hôtel sur la montagne, au mois de juin 1965, nous recevons en grande pompe Madame Fryman qui nous fait quelques révélations sur les mystères crâniens. [...] Quittant la Confédération Helvétique, Denis Brookes et Madame Viola Fryman s'arrêtent à Paris où ils rencontrent, je le crois, entre autres, Monsieur Quéguiner, Francis Peyralade et Bernard Barillon [d'autres « pionniers » de l'ostéopathie]. C'est pour eux le début d'une longue coopération qui permettra à Bernard Barillon de compléter ses connaissances, aux États-Unis, chez Magoun » (PERRONNEAUD-FERRÉ, 1994). La suite des événements montre d'ailleurs qu'une partie des membres de l'AOI n'est guère disposée à lutter pour « l'étiopathie ». En effet, comme on le verra dans les sections suivantes, après ce premier mouvement de distinction, le petit monde des étiopathes connaît plusieurs défections qui débouchent sur une constellation d'écoles dont les membres vont, de nouveau, se réclamer de « l'ostéopathie ».

Le visage que prend une médecine – ou n'importe quel autre mouvement – est le produit de son organisation et des habitus des membres qui composent cette organisation⁵⁴. Ainsi, la détermination de C. Trédaniel à promouvoir sa propre médecine n'est pas étrangère à sa trajectoire, sur le plan thérapeutique tout d'abord : ce dernier a, pendant au moins deux ans, fait âprement les frais des limites de la médecine officielle, avant d'être guéri par un médecin hétérodoxe. Cette

54 Discutant l'approche interactionniste d'E. Freidson, Baptiste Viaud montre comment les multiples déclinaisons de la « médecine du sport », de celle exercée en blouse blanche au sein même de l'hôpital à celle exercée en survêtement aux abords des terrains de sport, résultent des différentes combinaisons possibles entre des dispositions acquises au cours des études de médecine et des dispositions acquises au cours d'une biographie sportive, lesquelles donnent lieu à des « allégeances » différenciées aux espaces médical et sportif (VIAUD, 2009). Dans un autre registre, Annie Collovald montre également toute la fécondité d'une approche dispositionnaliste dans son analyse du mouvement poujadiste (COLLOVALD, 1989), dont l'échec est lié, entre autres, au fait que ce mouvement rassemblait des personnes aux trajectoires ascendantes et des personnes aux trajectoires déclinantes, « engendrant [...] des histoires sociales et des habitus parfois opposés ».

expérience devait façonner durablement son rapport à l'institution médicale et nourrir son ambition de concevoir une médecine « causale » plus efficace. En témoignent les extraits suivants, tirés des *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique* et de son ouvrage *Histoire du reboutement, du reboutement à l'étiopathie* :

« Pour [certains médecins], les classiques, je souffrais d'une "inflammation du nerf". Les anti-inflammatoires, administrés sans économie, ne produisirent d'autre effet que me mettre l'estomac en feu. [...] Pour les autres, les "chercheurs", les "avant-gardistes", [...] endormir la douleur correspondait logiquement dans l'esprit médical à maîtriser le mal, ce qui indiquait le chemin de la guérison. C'est ainsi que je subis trente-six infiltrations dans les "trous sacrés". À chacune d'entre elles, effectuée devant une bande de drôles admiratifs, le Professeur m'injectait à plusieurs reprises son produit magique jusqu'à ce que ma jambe perde toute sensibilité. Une fois le résultat obtenu, après que l'on eut vérifié que j'étais totalement incapable de percevoir une piqûre, je pouvais disposer, devant l'assistance satisfaite de l'œuvre. Je rentrai chez moi avec la jambe de bois qui se réveillait inéluctablement dans les quelques jours qui suivaient... et on recommençait, en s'étonnant que cette maudite douleur revienne alors qu'elle avait été si brillamment exorcisée ».

(TRÉDANIEL, 2013, p. 37-38)

—

« [A. De Sambucy] m'ouvrit les yeux sur la réalité du monde médical, sur son dogmatisme et son despotisme à l'encontre de ceux qui pratiquent l'art ancestral du reboutement. Je compris très vite qu'au lieu de me confier à des professeurs de Faculté suffisants et incapables, une leçon chez un bon rebouteur de nos campagnes, comme mes grands-parents l'auraient sans doute naturellement fait, m'aurait évité de perdre deux ans de ma vie dans l'impotence et la souffrance »

(TRÉDANIEL, 1998, p. 216-217).

Dans ses *Principes*, C. Trédaniel ne cache d'ailleurs pas un esprit de revanche vis-à-vis de la médecine officielle : « le plaisir de démolir le mythe médical institutionnalisé et de participer à l'instauration d'une vérité scientifique récompensa et dynamisa à chaque instant le travail entrepris » (TRÉDANIEL, 2013, p. 40). Le deuxième élément saillant de la trajectoire de C. Trédaniel réside dans son engagement politique. Comme l'indique un article publié dans *Le Monde* en octobre 1962, ce dernier a été condamné à six mois de prison pour avoir tracté pour l'organisation armée secrète (OAS)⁵⁵. Certains enquêtés, au fait de cet activisme, n'ont pas manqué de le relier à son engagement total en faveur de l'étiopathie. Dans l'extrait suivant, un étiopathe longtemps proche de C. Trédaniel souligne l'aptitude de ce dernier à envisager la lutte dans une perspective longue, contrairement à d'autres praticiens, plus enclins selon lui à rechercher des profits immédiats :

55 « Condamnation de cinq Cherbourgeois qui avaient distribué des tracts O.A.S », *Le Monde*, 19/10/1962.

« Christian essayait toujours de plier ceux qu'il nommait à des postes à la discipline du mouvement. Et la difficulté à laquelle il se heurtait, c'est que tous ceux qu'il avait autour de lui, qui avaient été kinés – parce que tous ceux qui ont été dissidents ont été kinés avant, Lucas, Ollivier, Ravon, etc⁵⁶, ils avaient tous été kinés – et qui étaient en même temps, en tant que kinés, des esprits indépendants. Et Christian a beaucoup rassemblé des esprits indépendants qui, petit à petit, sont devenus indépendants de lui. Et ça ce n'était pas dans la logique de la construction d'un mouvement. Ils voulaient faire passer leur manière de faire, leur manière d'exister, etc. Et ça avec Christian ça passait mal. Jeune, il avait été formé dans l'OAS-métro, où il y a une discipline, l'objectif qui est lointain, et qui est peut-être inaccessible, c'est : l'Algérie va rester française. [...] Quels que soient les aléas, il y avait la discipline qu'on sert, c'est : tel objectif. Ces types-là [Lucas, Ollivier, Ravon, etc.], qui n'avaient jamais eu de formation politique, qui n'étaient jamais passés dans des groupes, des groupuscules de ceci, de cela, ils ne fonctionnaient pas comme ça. Et donc pour eux il y a un moment où il fallait récolter les bénéfices du fait qu'on n'est pas comme les autres, que ceci, que cela... Bon, avec Christian ça ne marchait pas. Ils étaient gentils par ailleurs, et ce qu'ils savaient ils le savaient bien, mais il n'y avait pas d'objectif lointain. »⁵⁷
(Bruno, étio-pathe)

Dans son analyse du mouvement poujadiste, A. Collovald, observe que son leader, Pierre Poujade, fait état d'une trajectoire sociale et de qualités qui « tranchent sur celles de l'ensemble des petits commerçants et artisans qui le suivent et expliquent, pour une part, son émergence en tant que leader »⁵⁸. Ces derniers, note l'auteure, se montrent « sensibles au personnage truculent et vindicatif » (COLLOVALD, 1989). On observe un phénomène analogue au sein du mouvement étio-pathe avec C. Trédaniel. Au cours des entretiens, ce dernier est qualifié tour à tour de « franc-tireur » et de « guerrier ». Qu'il ait été apprécié ou non, les enquêtés l'ont unanimement dépeint comme une personnalité charismatique, autoritaire, et déterminée à mener le projet étio-pathe à sa façon.

« Il y a toujours eu des mouvements de dissidence "anti-Tréda". Tréda était à la fois aimé, adoré, adulé, et à la fois honni. Et il y avait des gens qui voulaient être calife à la place du calife. »
(Daniel, biologiste, enseignant en faculté libre d'étio-pathie)

56 L'enquête mentionne ici des étio-pathes (dont les noms ont été modifiés) qui ont participé à la fondation d'une école d'étio-pathie « dissidente » (dissidente vis-à-vis de C. Trédaniel) à la fin des années 1980 et qui, à la fin des années 1990, ont troqué leur titre d'étio-pathe pour celui d'ostéopathe, afin de profiter de la légalisation du titre à venir (voir la section « 1988-1989 : second schisme, création du CELMEV et de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO) »).

57 Un autre enquêté, Daniel, biologiste et enseignant en faculté libre d'étio-pathie depuis 1979 (dont la trajectoire sera présentée dans l'encadré n°4, p. 96), souligne également que C. Trédaniel œuvrait pour l'étio-pathie en tant que telle plus que pour son enrichissement personnel : « Un des objets du conflit, c'était que Trédaniel se battait pour une idée, pour l'étio-pathie en tant que principe médical. C'était un combat d'intello, un combat philosophique. On y adhère ou on n'y adhère pas. On le fait pas pour le pognon ».

58 L'auteure s'appuie ici sur les travaux d'Anthony Oberschall, qui constate qu'au sein des mouvements dominés, les leaders sont généralement moins proches des dominés eux-mêmes que des dirigeants politiques classiques.

« On ne pouvait pas faire ce qu'on voulait, il contrôlait tout hein ! [...] Trédaniel il était capable de faire des trucs, il était capable de mobiliser tout le monde ! »
(Pascale, étiope en exercice depuis 26 ans, ancienne présidente de l'IFE)

« C'est aussi que Trédaniel, qui est l'instigateur de tout ça, voulait son école à lui. C'est quelqu'un qu'avait une personnalité... Il est particulier hein, Front National etc.⁵⁹ »
(Victor, ancien étiope formé à l'ISLEM de Paris, devenu ostéopathe et membre de l'AFO)

À l'instar de Pierre Pujade, il est possible que C. Trédaniel n'ait pas été particulièrement « représentatif du groupe qu'il a mené », non pas tant de par une origine sociale plus élevée⁶⁰, mais de par son engagement politique très particulier⁶¹. Cette distance à l'égard de la population globale des étiope se retrouve d'ailleurs également, quoique d'une manière différente, chez celui qui faillit « succéder » à C. Trédaniel : Jean-François Gautier. Ce dernier se distingue sur différents plans : issue de la bourgeoisie parisienne, son origine sociale est plus élevée que la moyenne ; il est aussi plus diplômé (avec doctorat de philosophie soutenu à 26 ans) ; enfin, il a publié pour plusieurs revues ou médias associés à la « nouvelle droite » ou à l'extrême-droite et aurait également travaillé avec différents « groupuscules » (voir l'encadré n°1 : C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence, p. 59).

Si l'on ne dispose pas d'éléments sur les trajectoires des autres « fondateurs » de l'AOI, on peut faire l'hypothèse, compte tenu des éléments qui vont suivre, que rien ne les prédisposait à lutter aussi activement que C. Trédaniel en faveur de l'étiope. Par ailleurs, pour être pleinement compris, les changements de position des acteurs – ou, au contraire, les maintiens – doivent être resitués dans un champ, c'est-à-dire indexés à un état du rapport de force entre les médecines manuelles⁶². Si l'ostéopathe dispose déjà d'une « histoire » – incluant un « fondateur » (Andrew Taylor Still), des « principes ostéopathiques » et des centres d'enseignement –, pour l'heure cette histoire se déroule essentiellement outre-Atlantique et dans les pays anglophones. En France, les praticiens non-médecins ostéopathes sont encore peu nombreux. Si l'on s'en réfère à É. Bailly (2005), ils se résument pratiquement à ceux formés par Paul Gény (en France et en Angleterre) et qui se rassemblent au sein de la SRO et, à partir de 1973, au sein de l'association française de

59 Si l'implication de C. Trédaniel dans l'OAS n'était connue que de quelques enquêtés, la teneur générale de ses opinions politiques semble en revanche n'avoir échappée à personne. « Ça se sait assez rapidement [explique par exemple le praticien cité]. Il avait des amis autour de lui... Et puis c'est un petit milieu, on n'était pas si nombreux que ça. On le voyait dans ses positions très entières, des fois ça dérapait quoi. »

60 Pierre Pujade ayant été, lui, le fils d'un architecte et candidat monarchiste avant 1914 (COLLOVALD, 1989).

61 Aucun autre étiope n'a, à notre connaissance, fait partie d'un groupuscule semblable à l'OAS. Du reste, si quelques praticiens partagent au moins en partie ses opinions d'extrême-droite, d'autres ne les partagent aucunement.

62 Sur le concept de champ et ses mécanismes de reproduction ou de subversion, voir BOURDIEU, 2013, p. 113-120.

défense de l'ostéopathie (AFDO). Quant aux chiropracteurs, qui ont également une histoire ancienne aux États-Unis, ils demeurent pratiquement invisibles en France⁶³. En d'autres termes, en matière de médecine manuelle, le champ est encore relativement libre ; C. Trédaniel est loin, très loin de partir en croisade contre un bloc ostéopathique puissant et monolithique dont l'autorité s'imposerait à toutes les consciences. Ceci étant, comme ce dernier l'explique lui-même dans l'extrait précédent (p. 36-37), le terme « ostéopathie » « passe » mieux après du public, comparativement à celui, encore pratiquement inexistant, « d'étiopathie »⁶⁴ ; les membres de l'AOI auraient même été, de ce fait, assez réticents à l'idée de changer d'étiquette⁶⁵. Le succès de ce mot auprès de la clientèle montre que, même si, en France, le nombre d'ostéopathes est encore très réduit, cette médecine, nettement plus développée dans d'autres pays, domine néanmoins l'espace symboliquement. En d'autres termes, se positionner en tant qu'étiopathe revient à assumer une stratégie de subversion dont la rentabilité est à la mesure de sa difficulté. Il n'est donc pas étonnant que les praticiens qui furent rapidement en rupture avec le CEE de Genève et qui n'avaient manifestement pas les mêmes ambitions que C. Trédaniel se repositionnèrent en tant qu'ostéopathes : ces derniers, très peu nombreux, n'avaient, au fond, guère d'intérêt à conserver l'étiquette étiopathique. En revanche, pour ceux qui resteront plus longtemps aux côtés de C. Trédaniel, qui auront eu le temps de construire une carrière en tant qu'étiopathes et la possibilité de s'adosser à une communauté étiopathique (concrétisée par des centres d'enseignement et des associations), l'intérêt de changer de dénomination ne se fera sentir que lorsque surviendra la possibilité d'accéder à une reconnaissance légale en adoptant le titre d'ostéopathe. Quant aux praticiens réunis autour de C. Trédaniel, qui, lui, était déterminé à lutter pour l'étiopathie et uniquement pour l'étiopathie, ils seront les derniers à se réclamer de cette médecine.

1.2. 1973-1975 : Les débuts difficiles du Collège d'Étiopathie Européen (CEE)

Les premières promotions du CEE ne comptent que quelques étudiants ; la toute première aurait compté sept diplômés (PERRONNEAUD-FERRÉ, 1994). Cette formation, qui, on l'a vu, se déroule par périodes de 15 jours, s'adresse à des personnes qui ont déjà reçu une formation médicale ou

63 Aujourd'hui encore, les chiropracteurs sont à peine plus nombreux que les étiopathes. Ils étaient près de 600 au 1^{er} janvier 2014, contre environ 400 étiopathes.

64 « Pratiquement » car le terme avait déjà été employé par un médecin américain, George Dutton, qui publia en 1899 un ouvrage intitulé *Etiopathy, or Way of life : being an exposition of ontology, physiology & therapeutics : a religious science & scientific religion*. Quoi qu'aient pu suggérer certains analystes des médecines non-conventionnelles (PINSALUT & MONVOISIN, 2014, p. 94-95), le contenu de cet ouvrage n'a strictement rien à voir avec les *Principes fondamentaux* et la médecine manuelle promue par C. Trédaniel.

65 C. Trédaniel fait état de « longues discussions » avec ces derniers et de « multiples atermoiements » (TRÉDANIEL, 1993).

paramédicale. Un praticien inscrit en première année en 1973 raconte ainsi : « *pratiquement tout le monde avait déjà une formation de kiné, d'infirmier, voire de médecin* »⁶⁶. Ce n'est qu'à partir de 1978, dans la nouvelle école initiée par C. Trédaniel à Paris, qu'une année « préparatoire » est prévue pour les bacheliers et ceux n'ayant suivi aucun cursus médical ou paramédical. Dès ses premières années, le CEE connaît des défections tant chez les étudiants que chez les membres fondateurs. Ainsi, Robert Charancon, auteur de la toute première « thèse » d'étiopathie soutenue à Genève et également enseignant dans l'école de kinésithérapie de De Sambucy⁶⁷, initiée dès 1973, à Paris, l'institut de thérapie manuelle (ITM) (Journal Officiel du 23 mai 1973), en collaboration avec Régis Godefroy, également formé à l'école de De Sambucy. Cette initiative provoque le courroux d'une partie de l'équipe enseignante de Genève. Une expédition est même mise sur pied pour tenter de décourager par la force le lancement de cet enseignement (PERRONNEAUD-FERRÉ, 1994)⁶⁸. À l'automne 1973, R. Perronneaud-Ferré démissionne du CEE au motif que « le climat amical de l'équipe créatrice se détériore. [...] J'y suis mal à l'aise, [je] demande des éclaircissements et je ne reçois qu'atermoiements. Je ne supporte pas cette tension [...]. Je rentre chez moi très heureux de ma liberté retrouvée » (PERRONNEAUD-FERRÉ, 1994)⁶⁹. Puis, les deux années suivantes, c'est au tour de MM. Brunel et Gerlat de partir. Dès 1974, le premier fonde une deuxième école à Sète : l'Institut National du Collège d'Ostéopathie (INCO) (Journal Officiel du 28 novembre 1974). En 1975, c'est au tour de R. Perronneaud-Ferré d'inaugurer avec Raymond Richard – un étudiant de Genève dont la « thèse » aurait été refusée⁷⁰ – un troisième établissement dans la région lyonnaise – le Centre d'Étude et d'Application des Techniques Complémentaires (CEATC) – dont le corps enseignant rassemble d'autres praticiens en rupture avec le CEE : Jean Peyrière, Maurice Angèle et Jean-Paul Sauthier qui, d'après R. Perronneaud-Ferré (1994), n'auraient pas terminé leur cursus, ainsi que Jean-Paul Krimm qui, pour sa part, a soutenu sa thèse à la suite de Robert Charancon.

66 L'enquête statistique menée auprès des praticiens (dont on fera la restitution au chapitre 6) concernant à près de 86% des personnes ayant démarré leur cursus après 1995, il n'a pas été possible d'évaluer, même approximativement, la structure des promotions lors des années précédentes. Cependant, tous les témoignages se sont accordés sur la prépondérance des kinésithérapeutes parmi les personnes formées à l'étiopathie au moins jusqu'au début des années 1980. Cette prévalence coïncide avec les analyses de Bailly (2005), mais également celles, plus anciennes, de Françoise Bouchayer (1986a ; 1986c). Les raisons de cet engouement des kinésithérapeutes pour les médecines manuelles alternatives seront abordées au chapitre 5.

67 Cette « thèse », à l'instar des « thèses de doctorat en étiopathie » que l'on peut encore réaliser aujourd'hui au sein de l'une des quatre facultés libres d'étiopathie, n'ont rien à voir avec la thèse de doctorat du troisième cycle universitaire et n'ont de reconnaissance que celle que leur accordent les étiopathes eux-mêmes. Elles leur permettent néanmoins de s'attribuer le titre de « docteur en étiopathie ».

68 D'après Robert Perronneaud-Ferré, R. Charancon aurait été accusé par une partie de l'équipe du CEE d'avoir voulu « vendre ce qu'il avait reçu » (1994).

69 Ce dernier raconte d'ailleurs que, s'il avait été mis au courant, il se serait opposé à l'expédition punitive menée contre Robert Charancon et Régis Godefroy.

70 Au motif, selon R. Perronneaud-Ferré, que son contenu aurait été « pompé » dans les cours reçus (PERRONNEAUD-FERRÉ, 1994).

Ces différentes structures – qui devaient bientôt connaître des refondations et/ou des changements d'appellation⁷¹ – sont alors les seules écoles d'ostéopathie en France. L'illégalité de la démarche enjoint les instigateurs à une certaine prudence, du moins dans un premier temps : sur les trois écoles précitées, une seule fait explicitement référence à l'ostéopathie au moment de son ouverture⁷². Par la suite, plusieurs de ces « anciens de Genève » s'illustrent dans le développement et la structuration de l'ostéopathie française : en 1981, R. Perronneaud-Ferré et J. Peyrière participent à la fondation du Registre des Ostéopathes de France (ROF) ; André Brunel est président de la Fédération Française d'Ostéopathie (FFO) fondée en 1976 ; J. Peyrière est président de la Fédération des Ostéopathes Français (FOF) qui se substitue à la FFO en 1982. À partir de la seconde moitié des années 1980, ce mouvement qui essaime à partir du CEE parvient à collaborer activement avec les ostéopathes formés à Maidstone (BAILLY, 2005)⁷³. En définitive, il n'est pas surprenant de lire dans *L'ostéopathie* de François Le Corre et Serge Toffaloni que « cinq [des élèves de Paul Gény] sont à l'origine de tout le développement ultérieur d'une ostéopathie non médicale dans notre pays. L'un d'eux, après avoir créé un enseignement sous forme de séminaires en Suisse, renomma sa pratique étiopathie » (LE CORRE & TOFFALONI, 1996, p. 118). Ce dernier, qui n'est autre que C. Trédaniel, disparaît naturellement des mémoires de R. Perronneaud-Ferré et de la thèse d'É. Bailly à partir des années 1970.

1.3. 1975-1982 : retour à Paris, rupture avec le CEE

En 1975 ou 1976, alors que les étiopathes sont moins d'une quarantaine⁷⁴, C. Trédaniel initie

71 En 1978, le CEATC devient le Collège Européen d'Ostéopathie, puis, en 1979, la Andrew Taylor Still Academy (ATSA). L'INCO est rapidement devenu le Collège National d'Ostéopathie (CNO). Quant à R. Charancon et R. Godefroy, ils mirent rapidement un terme à leur collaboration. Le second inaugura en 1975 le Collège Français d'Ostéopathie (CFO). En 1979, le CNO et le CFO fusionnent sous la forme d'une société à responsabilité limitée (SARL) : l'Institut William Garner Sutherland (IWGS).

72 Comme on le verra dans la section suivante, C. Trédaniel a fait preuve de la même prudence en fondant en 1975-1976 à Paris une nouvelle école intitulée Institut Supérieur Libre d'Enseignement Mécaniste (ISLEM), sous couvert d'une société elle-même appelée Société de Recherches et d'Études Scientifique (SERES). L'appellation « étiopathique » était donc temporairement passée sous silence.

73 Les ostéopathes formés à Maidstone ne fondèrent pas de cursus sur le territoire français avant 1987 (BAILLY, 2005, p. 204), et leur association française de défense de l'ostéopathie (AFDO), déclarée dès 1973, a dans un premier temps refusé de reconnaître les praticiens formés à Genève.

74 D'après le numéro 7 de la *Revue de médecine étiopathique* parue en décembre 1975, l'Institut National d'Étiopathie ne compte alors que 33 membres dont trois de nationalité suisse. Lors de son allocution d'ouverture au premier congrès annuel d'étiopathie (retranscrite dans cette même revue), C. Trédaniel se félicite « qu'à ce jour, plus de 25 cabinets d'étiopathie fonctionnent en France » et qu'une dizaine de nouvelles installations sont assurées avant le mois de juillet 1976 ». À ce moment, ces cabinets fonctionnent peut-être encore sous la couverture d'un statut paramédical. Les archives dont je disposais n'ont pas permis d'établir si, à ce moment, le règlement de l'INE exige déjà des praticiens qu'ils exercent en tant qu'« étiopathes ».

une seconde activité d'enseignement à Paris, non sans faire preuve de discrétion⁷⁵. D'après un étiopathe entendu en entretien, c'est avec l'aide d'un prête-nom qu'il fonde la Société d'Études et de Recherches Scientifiques (SERES), une société anonyme à responsabilité limitée louant des locaux pour des conférences. Dans les faits, ceux-ci serviront aux enseignements du nouvel Institut Supérieur Libre d'Enseignement Mécaniste (ISLEM).

« La SERES c'était quelqu'un qu'avait des locaux et qui les louait à des gens qui dispensaient des conférences. Et les gens venaient assister aux conférences et payaient la SERES pour l'usage des locaux. C'était le black out le plus total. C'est-à-dire que si je me pointais un jour de semaine aux "cours", entre guillemets, et que [je trouvais une] porte close et compagnie, je m'en prenais qu'à moi-même. C'était admis dès le départ. En 1978 on était dans l'illégalité la plus stricte. [...] Mais d'un autre côté c'était inattaquable : on ne peut pas empêcher quelqu'un d'aller à des conférences. »

(Bastien, étiopathe en exercice depuis 32 ans)

En 1982, l'ISLEM de Paris se sépare du CEE de Genève. La raison de ce « schisme », du moins celle qui est mise en avant dans *Médecine du 21^{ème} siècle, l'étiopathie*, un ouvrage destiné au grand public publié en 1989 aux éditions de la Maisnie, est le progressif manque de sérieux de la formation : « Pour ce qui concerne la Suisse, les organismes de tutelle de la profession ont malheureusement été obligés d'invalider en 1982 l'enseignement qui y était dispensé, à cause de son appauvrissement et surtout de son incapacité à progresser dans le même esprit de sérieux et de méthode nécessaire à la formation des praticiens responsables de leurs malades » (TRÉDANIEL & GAUTIER, 1989, p. 196). Par « organismes de tutelle », C. Trédaniel désigne l'IIE, qu'il préside : « instance supérieure de décision pour toutes questions concernant l'étiopathie » (statuts de l'IIE, article 2 – buts de l'association), chargée, entre autres, de contrôler la validité des enseignements. Pour ce faire, l'Institut « veille [notamment] à l'application dans ses démarches des principes fondamentaux de l'étiopathie émis par C. Trédaniel ». Et les statuts d'ajouter que « c'est sous ces conditions formelles que Monsieur Christian Trédaniel, ayant la propriété intellectuelle du mot "étiopathie"⁷⁶, autorise l'IIE à se référer de ce terme et à se prévaloir comme organisme unique de référence et de contrôle du mouvement étiopathique »⁷⁷. Entre son statut de président, ses *Principes* auxquels doivent se conformer les établissements d'enseignement, et sa propriété intellectuelle du terme « étiopathie », C. Trédaniel concentre une bonne part du pouvoir de décision.

75 L'opuscule *Une brève histoire de l'étiopathie* fait remonter la création de la SERES à 1975. J-P Moureau écrit pour sa part que « les activités du Collège Européen d'Étiopathie sont reprises en totalité à Paris » le 28 février 1976 (MOUREAU, 2015, p. 202). C. Trédaniel situait quant à lui la création de « ce qui allait devenir l'actuel ensemble des trois facultés libres de médecine étiopathique » en 1976 (TRÉDANIEL & GAUTIER, 1989).

76 Le terme est déposé à l'INPI en 1975, alors que C. Trédaniel démarre la rédaction de ses *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique*. Des années plus tard, le juge invalide cette propriété intellectuelle, estimant que le terme étiopathie appartient au fond commun de la langue française.

77 Moyennant une redevance symbolique de 1 F.F, précisent les statuts.

Si ces désaccords relatifs à l'enseignement et à l'avenir de l'étiopathie ont été confirmés en entretien⁷⁸, certains témoignages rapportent également des différends d'ordre économique : « *C'est parti d'une répartition de parts et de machins...* », se rappelle vaguement un enquêté ; « *Il semble qu'il y a eu un problème de fric. Aemmer [l'un des membres fondateurs de l'AOI et directeur du CEE] aurait embarqué une partie du fric, certains disent que c'est Tréda. Bon.... Là je n'ai aucune précision* », déclare un autre. Dans un article de la *RIME*, C. Trédaniel accuse C. Aemmer de « n'avoir rien trouvé de mieux à faire que de s'accaparer le livret d'épargnes de l'IIE et de modifier la forme juridique du Collège en société anonyme pour s'en approprier les parts sociales » (TRÉDANIEL, 1993)⁷⁹.

Lors de son assemblée générale extraordinaire du 24 mars 1982 à Paris, l'IIE procède à l'adoption de nouveaux statuts. C. Aemmer se voit exclure de l'IIE et les enseignements du CEE « invalidés ». L'Institut prend alors d'emblée des dispositions afin de capter les enseignants et les étudiants de Genève :

« Il est interdit aux enseignants français de participer de quelque façon que ce soit aux activités du CEE de Genève, sous peine d'exclusion définitive de tout organisme accrédité par l'IIE. Les étudiants en cours d'études seront pris en charge par l'Institut Français d'Étiopathie qui organisera, à Marseille, un enseignement par cycle, susceptible de présenter les qualités nécessaires pour la recevabilité des études. [...] Les étudiants qui ne se conformeraient pas aux décisions prises par l'IIE se verront exclus à titre définitif de tout organisme d'enseignement reconnu par l'IIE et se verront interdire l'usage du titre d'étiopathe »
(Courrier de l'IIE du 2 avril 1982 faisant suite aux décisions prises lors de l'AG du 24 mars 1982)

Le CEE continue néanmoins à délivrer une formation et, dès janvier 1983, une association concurrente de l'IIE voit le jour à Genève : l'Association Internationale d'Étiopathie (AIE), qui a pour but de « réunir les spécialistes qualifiés en vue de la recherche scientifique dans le concept étiopathique, promouvoir la synthèse des applications de cette science ; regrouper les différentes

78 « *Le coté officiel, c'était de vouloir régulariser les cours, d'avoir une espèce de synergie entre les cours de Paris et les cours de Genève, et quelque chose qui soit évolutif, dans le sens "telle année on fait ci, telle autre on fait ça...", une espèce d'homogénéité entre les enseignements. Et ce qui est, par contre, indépendamment des relations personnelles, c'est que les suisses n'aiment pas qu'on vienne chez eux (comprendre « n'aiment pas qu'on s'immisce dans leurs enseignements »). [...] Que les suisses se fassent du fric avec l'enseignement, ce n'est jamais rentré en ligne de compte » (Bastien, étiopathe en exercice depuis 32 ans).*

79 Dans le compte-rendu de l'assemblée générale extraordinaire de l'IIE du 7 décembre 1984, qui rappelle que C. Aemmer fut exclu pour « malhonnêteté », on peut lire que « l'examen de la comptabilité de l'Institut avait montré qu'Aemmer aurait dû verser une somme de 4000 francs suisses sur le livret d'épargne. Depuis 1979, il n'en a rien fait, s'accaparant ainsi cette somme. Nos avocats ont obtenu la restitution de cette somme de la part d'Aemmer. [...] Sur le fait qu'Aemmer a détourné les parts sociales du collège, l'IIE ne peut intervenir directement dans cette affaire, seuls les actionnaires lésés y sont habilités. »

associations nationales qu'elle coordonne, [et] arbitrer lors de litiges concernant l'enseignement et l'évolution de l'éthique étioopathique » (voir l'annexe n°1). Ainsi, au moins jusqu'à la fin des années 1990, c'est-à-dire peu de temps avant la reconnaissance du titre d'ostéopathe en France, deux mouvements se réclameront officiellement de l'étiopathie : l'un en Suisse, et l'autre en France. Puis, les étioopathes suisses deviendront ostéopathes. Sur le site www.eog.ch – qui n'existe plus désormais – on pouvait lire que « le CEE a existé de 1973 à 1999, date à laquelle il est devenu EOG, c'est-à-dire École d'Ostéopathie-Genève »⁸⁰. Quant à l'AIE, elle est dissoute par décision de son Assemblée Générale le 9 novembre 1999 (voir l'annexe n°1). D'après Gérald Lapertosa, enseignant au CEE, la raison de ce changement d'appellation est sans équivoque : il tient essentiellement à la volonté des praticiens d'accéder à la reconnaissance.

« Dans les années 1990, le nombre d'étioopathes était important, à Genève surtout et dans les cantons romands. Cherchant alors à se faire reconnaître officiellement (par le public c'était déjà le cas), les professionnels demandèrent à l'école de changer d'appellation. En effet pour obtenir la reconnaissance de l'État et justifier d'un cursus correspondant, il était nécessaire de se regrouper avec les autres professionnels occupant le même créneau, sous un nom connu dans le monde entier, c'est-à-dire *Ostéopathie* ».

(Gérald Lapertosa, ancien président du Mouvement d'Ostéopathie Structurale, ancien site internet de l'EOG)

À partir de novembre 2011, les praticiens formés à Genève s'emploient à constituer un mouvement au sein même de l'ostéopathie : le mouvement d'ostéopathie structurale (MOS), bientôt rebaptisé « Ostéopathie structurale », qui entend fédérer des ostéopathes et des étioopathes⁸¹.

Au 1^{er} janvier 1983, soit un peu moins d'un an après la rupture avec le CEE, l'IFE, l'association chargée de défendre les intérêts des praticiens, ne compte plus que 52 inscrits. Ses brochures de communication, qui contiennent la liste des praticiens, mettent en garde contre les « usurpateurs » : « seuls les praticiens figurant sur cette liste peuvent se référer de l'Étiopathie [peut-on lire]. Le public est mis en garde contre l'utilisation abusive du terme "étiopathie" par certaines personnes non qualifiées ». Le numéro unique de la revue *L'Étiopathie*, paru en avril 1983, contient encore le communiqué suivant : « À la suite de différentes publicités abusives parues ces dernières

80 Les auteurs de l'opuscule *Une brève histoire de l'étiopathie*, affiliés à l'IFE, situent pour leur part ce changement d'appellation au début des années 2000 : « Il faudra attendre 2001 pour que les opportunistes affichent leur vraie couleur. Grâce au contexte politique, le soi-disant "Collège de l'étiopathie" deviendra, sans autres formalités, l'École d'Ostéopathie de Genève (EOG) !!! » (IFE, 2009).

81 L'article 2 des statuts de l'association Ostéopathie Structurale dispose que l'association « a pour buts de promouvoir l'ostéopathie structurale, d'encourager une formation continue dans ce domaine et de rassembler les étioopathes et les ostéopathes qui fonctionnent selon une modélisation commune, notamment les anciens étudiants de l'École d'Ostéopathie de Genève ». Les statuts sont disponibles sur le site <https://www.osteopathie-structurelle.ch/>, page consultée le 29 août 2019).

semaines, concernant un pseudo-enseignement délivré à l'étranger et plus particulièrement en Suisse, l'Institut Français d'Étiopathie informe les personnes intéressées, qu'aucun enseignement de l'Étiopathie n'est actuellement dispensé hors de France, et demande aux dites personnes de bien vouloir prendre contact avec lui afin d'obtenir tous renseignements nécessaires. Il rappelle que seul l'Institut Français d'Étiopathie est habilité pour répondre de l'évolution de l'étiopathie et de son éthique »⁸². Suite à la rupture avec l'école de Genève, un nouveau centre d'enseignement voit le jour à Marseille dès 1982. Malgré le schisme, les effectifs des étiopathes affiliés à l'IFE puis, à partir de 1986, au RNE, recommencent à croître. En 1987, à la veille d'une seconde séparation, le RNE affiche 92 praticiens.

1.4. 1988-1989 : second schisme, création du CELMEV et de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO)

Quelques années après la rupture entre l'ISLEM de C. Trédaniel et le CEE de Genève, les étiopathes « français » devaient connaître un second schisme. En 1987, l'IFE procède au renouvellement de son comité directeur et, au bout de quelques mois seulement, ce nouveau comité suscite la polémique. Les archives laissent apparaître diverses querelles intestines qui concernent, pêle-mêle, l'ouverture d'un « compte frauduleux », un « manque de transparence » du bureau de l'IFE, une « attitude générale de discorde », ainsi que des « réunions irrégulières » et « électives ». Ce climat de tension aboutit même, en juin 1988 à la création d'une association concurrente : l'Institut National de Médecine Étiopathique (INME), soutenue par une partie des membres de l'IIE, dont C. Trédaniel⁸³. C'est dans ce contexte que, le 24 septembre 1988, trois membres du nouveau comité directeur de l'IFE annoncent la création d'une « école supérieure d'étiopathie et de mécanique du vivant », sans avoir obtenu l'aval de l'IIE, supposé contrôler les enseignements de la « profession ». Bien que ces derniers assurent que leur enseignement sera conforme aux « principes fondamentaux » de l'étiopathie, l'initiative est perçue, notamment par C. Trédaniel, comme une tentative de sécession susceptible de nuire à l'ensemble du mouvement. Soucieux de conserver étudiants et enseignants dans le « giron étiopathique », l'IIE rédige dès le 1^{er} octobre un courrier dont le contenu n'est pas sans rappeler le message envoyé quelques années plus tôt suite à la séparation avec le CEE de Genève : « L'IIE engage très solennellement les étudiants non encore inscrits dans leurs facultés d'origine à reprendre contact avec celles-ci pour régulariser leur situation. Dans le cas contraire, ils se couperaient inmanquablement de toute possibilité de voir un

⁸² *L'étiopathie. Revue de médecine mécaniste théorique et appliquée*, Avenir des sciences, 1983, p. 83.

⁸³ Elle est finalement (re)fusionnée avec l'IFE lors du congrès de Dijon le 5 février 1989.

jour leur formation agréée par les instances légales de la profession étioopathique⁸⁴. L'IIE enjoint tous les professionnels en activité de refuser tout encouragement, sous quelque forme que ce soit, à la tentative en cours d'enseignements parallèles ». L'assemblée générale de l'IFE du 3 décembre 1988 est l'occasion d'un vote sanction à l'encontre de la future école, ce qui n'empêche pas l'un des initiateurs du projet de déclarer que, « quelle que soit l'opinion des uns et des autres, cela ne changerait rien ». Le 6 Avril 1989, le nouveau bureau de l'IFE annonce avoir pris connaissance de la déclaration au rectorat de Paris du nouveau « Centre d'enseignement libre de la mécanique du vivant » (CELMEV)⁸⁵, dont l'équipe enseignante compte dix étioopathes. Une nouvelle association voit également le jour : l'Association Française d'Étioopathie (AFE), présidée par Michel Sala, ancien président de l'IIE (diplômé du CEE en 1975), et désormais enseignant au CELMEV.

Si l'on considère le groupe de ces dix étioopathes partis enseigner au CELMEV, on constate qu'une moitié est constituée de praticiens tout juste formés (ils n'apparaissent pas au RNE avant 1986 ou 1987), et que l'autre est composée de personnes engagées dans l'étioopathie dès les années 1970 ou au début des années 1980. Le fait que certains des praticiens ayant fait secession collaboraient avec C. Trédaniel depuis une dizaine d'années (voire plus pour certains) indique peut-être que ceux-ci ont fini par être lassés par l'omnipotence de ce dernier.

« À Paris, je suis arrivé à un conseil des profs, et y avait la moitié des profs ils se sont levés, ils ont dit : "Voilà, on t'a suffisamment prévenu". Ils ont dit ça à Tréda, "eh ben maintenant on s'en va, on fait notre propre école !" Et ils l'ont fait. La moitié des enseignants de l'école se sont barrés. »

(Daniel, biologiste, enseignant en faculté libre d'étioopathie)

« C'était vraiment bizarre [ce schisme de 1988-1989]. Il fallait tuer le père. C'était vraiment incroyable ! Lucas [un des dix enseignants partis au CELMEV], qui me passait sous le bras sans se pencher – un petit qui voulait être grand quoi, napoléonien –, je le revois une fois : "Tréda est à terre, y a plus qu'à lui écraser la tête !" »

(Syvlain, étioopathe en exercice depuis 40 ans)

Ce second schisme ampute sévèrement les effectifs des étioopathes réunis autour de C.

84 Par « instances légales », C. Trédaniel désigne en réalité les associations chargées de délivrer les titres d'étioopathes, lesquelles ne relèvent pas de la loi à proprement parler, les diplômes n'étant pas reconnus officiellement.

85 Si les nouveaux membres du bureau de l'IFE se sont réjouis de l'abandon de l'étiquette étioopathique dans l'intitulé de l'établissement, celui-ci présentait en réalité deux dénominations correspondant à chacun des cursus proposés : le CELMEV, Centre d'Enseignement Libre de la Mécanique du Vivant, proposait un premier cycle en 3 ans, puis l'ESLE, l'École Supérieure Libre d'Étioopathie, proposait un second cycle en 2 ans. L'étioopathie était alors présentée comme « la branche mécaniste de l'ostéopathie ».

Trédaniel, déjà peu nombreux.

Tableau 1 : Évolution du RNE entre 1986 et 1992

Année	Nombre de praticiens inscrits au RNE	Désinscriptions du RNE	Inscriptions au RNE
1986	77	X ⁸⁶	X
1987	92	2	14
1988	86	13 ⁸⁷	7
1989	92	20	26
1990	68	26	2 ⁸⁸
1992 ⁸⁹	71	10	13

Parmi les 20 praticiens qui n'apparaissent plus au RNE en 1989, on en retrouve 9 qui ont participé à la création du CELMEV (le dixième n'apparaît plus au registre dès 1988) et, parmi les 11 restants, au moins 5 ont rejoint par la suite l'association de Michel Sala. Quant aux 26 qui n'apparaissent plus au RNE en 1990, au moins 15 d'entre eux ont été grossir les rangs de l'AFE. Et le fait que, cette année, le RNE n'affiche qu'un seul véritable arrivant – qui s'avère en outre un ami de C. Trédaniel –, semble indiquer que plusieurs étudiants ont été terminer leur cursus au CELMEV.

En 2000, soit deux ans avant la loi Kouchner qui reconnaît le titre d'ostéopathe, le CELMEV fait peau neuve et s'appelle désormais « Ostéobio ». Quant à l'AFE, elle devient l'Association Française d'Ostéopathie (AFO). Toujours présidée par Michel Sala (de 2002 à 2016), l'objet de cette association est, entre autres, de « regrouper les anciens élèves des écoles d'étiopathie et d'ostéopathie ainsi que les praticiens en étiopathie et ostéopathie exerçant sur le territoire français » (Journal Officiel du 29 avril 2000). Elle s'est, à ce titre, rapprochée du Mouvement d'Ostéopathie Structurale (MOS) fondé par les praticiens issus de l'école de Genève (CEE/EOG)⁹⁰. À partir de 2003, l'AFO devient représentative de la profession ostéopathique⁹¹. Elle participe à ce titre aux négociations nationales et siège à la commission consultative d'agrément des établissements de formation en ostéopathie. Au moment de l'enquête, l'annuaire de l'association semble indiquer que la majorité de ses membres sont issus de l'école Ostéobio-Cachan (ex-CELMEV), de l'EOG (ex-

86 Le RNE a été fondé en 1986, et je n'ai pas pu me procurer la liste des praticiens inscrits à l'IFE en 1985.

87 Dont deux « fausses désinscriptions » : le premier est Jean-Paul Béguin, le futur directeur de la faculté d'étiopathie de Paris. Celui-ci apparaît chaque année au RNE depuis 1986, à l'exception de celui de 1988 et de 1989. Le second, Richard Plet, réapparaît au RNE en 1989 pour ensuite en disparaître définitivement.

88 L'une de ces réinscriptions est J-P Béguin. Il n'y a donc qu'un seul véritable arrivant au RNE de 1990, et celui-ci n'est autre que Jean-François Gautier, un ami de C. Trédaniel qui milite déjà activement en faveur de l'étiopathie (Voir l'encadré n°1 : C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence, p. 59).

89 L'IFE n'a pas pu me fournir le RNE de 1991, manquant à la collection.

90 Michel Sala, alors président de l'AFO, était lui-même membre du comité de l'association MOS.

91 <https://www.afosteo.org/afosteo/association-afosteo/presentation/>, page consultée le 29 août 2019.

CEE), de l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie (IFSO-Rennes) fondée par des anciens du CEE/EOG de Genève, mais également des écoles d'étiopathie « de C. Trédaniel » (« Instituts supérieurs libres d'enseignement mécaniste » puis « Facultés libres d'étiopathie »), ainsi que de l'Institut Supérieur d'Ostéopathie du Grand Montpellier (ISO-GM) qui, comme on va le voir, a permis à plusieurs dizaines de praticiens formés dans les facultés d'étiopathie d'obtenir, via une formation accélérée, le titre d'ostéopathe après sa reconnaissance officielle⁹². Au départ, les praticiens de la nouvelle AFO qualifient leur pratique « d'ostéopathie étiopathique ». Un article publié dans *Alternative Santé – l'Impatient* en février 2003 rapporte que « l'étiopathie deviendrait ainsi une spécialisation à l'intérieur de la médecine ostéopathique »⁹³. Sur son site internet personnel, un praticien diplômé de l'EOG tient un propos similaire, arguant par ailleurs qu'étiopathes et ostéopathes sont « de la même famille » : « la reconnaissance de notre art thérapeutique sous la terminologie unique d'ostéopathe ou de chiropracteur nous a empêché de garder notre nom d'étiopathe. [...] Nous sommes des ostéopathes mais nous pratiquons de l'étiopathie, plus exactement de "l'ostéopathie étiopathique", ou de "l'ostéopathie exclusive"⁹⁴ ». Ce discours, toutefois, n'apparaît plus vraiment d'actualité : les années passant, la part des membres de l'AFO issus d'une école dite « d'étiopathie » se fait de plus en plus restreinte. Les références à l'étiopathie se font donc plus rares, au profit de celles à l'ostéopathie dite « structurelle ». Entre temps, les effectifs des étiopathes ont recommencé à croître, mais ils sont désormais sans commune mesure avec ceux des ostéopathes : en mars 2002, c'est-à-dire à la veille de la loi Kouchner, le RNE, qui rassemble normalement les derniers praticiens à se présenter comme des « étiopathes »⁹⁵, n'affiche que 146 inscrits, tandis que les seuls ostéopathes non-médecins sont, pour leur part, un peu plus de deux mille (ÉVIN ET AL., 2001). Au cours des années suivantes, cet écart ne fera qu'augmenter : en janvier 2010, les ostéopathes non-médecins sont plus de 10 000⁹⁶, tandis que les étiopathes sont moins de 300.

1.5. De 2002 à nos jours : des fuites ponctuelles mais nombreuses

Après la reconnaissance du titre d'ostéopathe, les étiopathes continuent d'essuyer des pertes non négligeables. L'AFO constitue l'association toute désignée pour accueillir les praticiens qui,

92 L'annuaire de l'AFO précise les établissements et les promotions de ses adhérents.

93 Kerfant, C. (2003). « L'étiopathie », *Alternative Santé – l'Impatient*, (297), (p.14-15).

94 <http://le.guillanton.osteofree.fr/ecole.html>, page consultée le 29 août 2019.

95 À l'exception éventuelle de quelques « électrons libres » continuant de se réclamer de l'étiopathie en dehors de toute organisation (voir la section « L'IFE et le RNE : Des associations "ordinales" » plus loin dans ce chapitre).

96 <https://www.osteopathie.org/demographie.html>, page consultée le 29 août 2019.

pour une raison ou une autre, désirent « passer dans le camp des ostéopathes ». L'association, qui a activement démarché les étioopathes restés « du mauvais côté » – pour reprendre l'expression d'un ostéopathe enquêté –, proposait aux praticiens, ainsi qu'aux étudiants, des formations accélérées afin de « convertir » leur diplôme ou leur cursus entamé. Ci-dessous, un ancien étioopathe désormais membre de l'AFO, un étioopathe, ainsi que le directeur de la Faculté libre d'étiopathie de Bretagne (FLEB), témoignent de ces démarchages et du passage des praticiens d'un « camp » à un autre :

« Je sais que nos écoles acceptent les étioopathes qui veulent passer une équivalence et récupérer un diplôme d'ostéopathe. Enfin ils pouvaient. Maintenant le gouvernement n'aime pas trop, il demande des certifications d'études et tout. Mais dans les premières années, en 2002, 2003, 2004, on a essayé de récupérer aussi des étioopathes qui étaient restés du mauvais côté par affinités, par affection, par sympathie, mais qui se retrouvaient couillons vis-à-vis de la reconnaissance. C'est dommage ! »

(Victor, ancien étioopathe formé à l'ISLEM de Paris, devenu ostéopathe et membre de l'AFO)

« Le truc des ostéopathes de France ou je sais pas quoi... Ils ont concerté pleins d'étioopathes en disant : "vous faites une formation de trois jours, vous aurez le diplôme d'ostéopathe, comme ça vous pouvez ne plus payer la TVA"⁹⁷. Alors ce qui s'est passé c'est que tous les étioopathes qu'avaient un peu de mal dans leur cabinet, l'argument "nous les mutuelles elles nous remboursent mal, elles remboursent mieux les ostéopathes, vaudrait mieux être ostéopathe", ben il y a en a pas mal qu'ont basculé pour ça. [...] Il y a eu quand même un certain nombre de cabinets, soit qui marchaient pas très bien, soit de manière plus vénale – parce que 20% c'est pas rien hein, du jour au lendemain vous gardez le même tarif mais vous payez pas de TVA – qui sont passés ostéopathes. Et donc ils sont rayés du RNE. Parce qu'on peut pas être étioopathe et ostéopathe en même temps. [...] J'ai aussi reçu des mails moi, mais ça m'intéressait pas. »

(Michel, étioopathe en exercice depuis 9 ans)

« Pour vous dire le filtre qui est appliqué, l'admissibilité à l'AFO : on a eu une session de rattrapage en septembre – c'était il y a une bonne dizaine d'années – où on attendait un étudiant qui avait raté son anatomie de quatrième année. Donc on l'attendait au rattrapage, et on le voit pas. Je vais voir sur le site de l'AFO, par hasard... Il était déjà installé, inscrit et diplômé ! [Alors que] c'est un type qui ne passait pas en cinquième année ! Quand j'ai commencé à reprendre la direction, on avait un certain nombre d'étudiants, un par exemple est installé à Rennes, qui avait raté sa cinquième année. [...] Bon, ce type là il n'a pas redoublé sa cinquième année : immédiatement diplômé ! Alors en plus je ne sais pas si vous avez été voir les conditions d'admission à l'AFO, parce que si on veut être formaliste un minimum, les conditions d'admission c'est d'être diplômé d'une école agréée, et formé en cinq ans. Et tous ces gens qui sont allés acheter leur diplôme d'ostéopathie à Béziers⁹⁸, ils ont une centaine d'heures au compteur, pas plus ! Et ils sont diplômés d'une école d'étiopathie qui n'est pas une école d'ostéopathie agréée. »

97 Les ostéopathes sont en effet exonérés de la TVA depuis la loi des finances rectificative pour 2007.

98 L'enquêté fait ici référence à l'ISO-GM, sis à Béziers.

(M. Bretin, étiope en exercice depuis 21 ans, directeur de la FLEB)

À partir des registres nationaux des étiope, j'ai pu identifier 121 praticiens diplômés de l'une des facultés libres d'étiope (ou des ISLEM de Paris ou Marseille) qui ont exercé par la suite en tant qu'ostéopathe, soit en obtenant un diplôme d'ostéopathe, soit en changeant simplement d'appellation (avant 2002 théoriquement). Parmi ces 121, au moins 96 sont ou ont été membres de l'AFO, et 44 ont été diplômés de l'ISO-GM, principalement entre 2010 et 2014 (ce qui vient infirmer les propos du premier enquêté cité ci-dessus sur l'impossibilité, désormais, de convertir son diplôme). Une telle « fuite » ne saurait être tenue pour quantité négligeable pour un groupe de praticiens qui, d'après le RNE de 2015 – c'est-à-dire au moment où ont été effectuées ces recherches – n'étaient que 445. Ces chiffres sont d'ailleurs très certainement inférieurs à la réalité, pour plusieurs raisons : tout d'abord, je n'avais pas tous les listings annuels de l'IFE (pour les effectifs antérieurs à 1986) et du RNE en ma possession : après celui de 1983 – le plus ancien auquel j'ai eu accès – manquaient ceux des années 1985, 1991 et 1994. Ensuite, certains praticiens sont devenus ostéopathes avant même de s'inscrire au RNE. Il aurait donc fallu travailler directement à partir d'une liste comprenant les *diplômés*, encore que cela n'aurait pas permis d'inclure ceux partis finir leur cursus dans une école d'ostéopathe (comme cela semble avoir été le cas lors de la création du CELMEV). Enfin, pour identifier les étiope ayant adhéré à l'AFO, je ne disposais que de l'annuaire internet ainsi que d'une liste papier mise à jour le 1^{er} janvier 2003, issue des archives d'É. Bailly. Il manque donc tous les praticiens qui n'auraient été adhérents à l'AFO qu'entre 2004 et 2015.

Plusieurs raisons peuvent expliquer la volonté de l'AFO de « récupérer » les étiope. Elle peut manifester une volonté sincère de donner une seconde chance à ceux qui ont commis « l'erreur » de rester étiope. Elle peut aussi traduire l'ambition de consolider l'assise de ces nouveaux ostéopathes face à des étiope désormais rivaux. Mais elle prend sans doute également sa source dans la rancœur de personnes qui ne se sont pas quittées en bons termes. En témoigne l'« hommage » posthume de Michel Sala à C. Trédaniel : tandis ce que dernier a passé la majeure partie de son existence à revendiquer la spécificité de l'étiope et à vouloir se distinguer des ostéopathes, le site de l'AFO le dépeint comme l'un des fondateurs de l'ostéopathe : « La médecine ostéopathique (chiropraxie, ostéopathe, étiope) est en deuil : Christian Trédaniel qui a consacré sa vie à l'avènement de la médecine ostéopathique s'est éteint ce 12 novembre à Paris⁹⁹. Il souhaitait la reconnaissance de notre profession il y a déjà cinquante ans. Homme de combat, il a

99 L'auteur a avancé d'un jour la date du décès de C. Trédaniel.

assisté au début de cette reconnaissance. Son combat doit être poursuivi pour que la médecine ostéopathique soit entière et pérenne »¹⁰⁰.

Au final, deux éléments semblent avoir largement contribué aux divisions et défections qui viennent d'être décrites. Le premier réside dans le rapport à la reconnaissance de l'étiopathie par les pouvoirs publics. Si, pour certains, cette reconnaissance est synonyme d'émancipation, pour C. Trédaniel, c'est tout le contraire : elle renvoie d'abord à un risque de restriction des libertés dans l'enseignement et la pratique thérapeutique, à une possible mise sous tutelle et, *in fine*, à une éventuelle « dissolution » de l'étiopathie dans l'exercice médical, comme simple activité annexe. Ainsi, là où une partie des praticiens rejoignent le mouvement ostéopathique précisément dans le but d'accéder à un titre officiel, les étiopathes, eux, affichent leur volonté d'exister en dehors de la médecine et des activités réglementées, afin de préserver leur exercice. Le second point de friction, étroitement lié au premier, réside dans la question de la pluralité des pratiques thérapeutiques. L'objectif des étiopathes étant de démontrer la valeur de leur méthode en tant que telle, ils proscrivent le cumul des « titres » et des activités thérapeutiques. Un étiopathe doit être uniquement un étiopathe ; il ne saurait être dans le même temps ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, etc. Cette restriction des activités « autorisées » a débouché sur l'éviction de praticiens désireux d'explorer d'autres horizons thérapeutiques, ou simplement de bénéficier du titre d'ostéopathe tout en continuant à se réclamer par ailleurs de l'étiopathie (voir l'encadré n°2 : Un exemple d'exclusion : l'histoire d'Anthony, p. 72).

2. « Ce que C. Trédaniel voulait, c'était l'indépendance totale » :

2.1. La double menace de l'État et de la profession médicale :

Si, en 1963, les statuts de l'AOI précisent que le but de l'association est la « reconnaissance officielle » de la « science ostéopathique », lorsque cette association devient l'IIE en 1973, le nouvel objet se résume à « la promotion de la science étiopathique ». Quant à l'IFE, ses statuts adoptés le 5 décembre 1981 établissent simplement que l'association se propose « d'œuvrer utilement pour l'avenir de la science étiopathique ». En fait, pour C. Trédaniel la question de la reconnaissance est

100 Cette page internet n'est plus disponible. Toutefois, un des enquêtés a également mentionné cette anecdote : « *Sala s'est vengé. Il a fondé son propre mouvement des ostéopathes de France, et il a envoyé une lettre à tous les anciens étiopathes ou les moitié dissidents, les ex-étiopathes dissidents : "venez chez moi mes petits enfants, réintégrez le grand giron !" Quand Tréda est mort, tu sais ce qu'il a fait ? Tréda n'était pas encore froid que Sala a fait paraître sur son site internet : "notre fondateur est mort". Génial ! Chapeau ! J'ai dit ce mec a très bien joué !* » (Daniel, biologiste, enseignant en faculté libre d'étiopathie).

subordonnée à un impératif : la conservation d'une indépendance dans la définition de l'étiopathie, son enseignement et ses conditions d'exercice. Sur ce point, le danger est double : d'une part, la profession médicale est susceptible de « phagocyter » l'étiopathie ; d'autre part, l'État est également capable d'en restreindre la liberté d'exercice. Les médecins eux-mêmes sont critiqués pour leur manque d'indépendance vis-à-vis de l'autorité publique, non seulement par C. Trédaniel mais également par d'autres « pionniers » de l'étiopathie. Un enquêté, inscrit au CEE en 1973, raconte :

« Le patron de la médecine, devenu plus tard le président de l'Ordre, m'avait dit "sauvez-vous !" à la réforme des études médicales en 1960. [...] Les labos avaient conçu une réforme dès les années 1950, et en boostant des étudiants jusqu'aux patrons, ils ont forcé une réforme dans le... Ben tout le paraclinique quoi, quasiment¹⁰¹. Plus de clinique, la molécule ciblée, et puis tous les examens... Merveilleux ! Mais quand il n'y a que ça, c'est con : 80% des diagnostics ne sont pas faits. Et encore aujourd'hui hein : 80% des diagnostics... Le professeur [Raymond] Villey, qui aurait pu être mon parrain – il était devenu président de l'Ordre, il aurait pu être mon plus grand ennemi plus tard –, c'est lui qui nous avait dit "sauvez-vous". Quand il avait lu le texte, il avait dit "si c'est pour faire médecine, moi je m'engage dans l'armée ou je fais du commerce !" Vingt-deux ans après, Mitterrand disait : "Messieurs et mesdames les ministres de la santé, rappelez-vous : désormais la santé est devenue une marchandise, et l'hôpital une entreprise". Et les médecins sont devenus des petits soldats. Et Trédaniel disait : "mais pourquoi se faire reconnaître si c'est pour devenir les sous-esclaves des esclaves ?" C'est ça hein, sa résistance de l'époque »¹⁰².
(Sylvain, étiopathe en exercice depuis 40 ans)

Dans son allocution d'ouverture du tout premier congrès d'étiopathie qui s'est tenu à Vichy en 1975, le président de l'Institut National d'Étiopathie déclarait également : « Nous sommes libres et tout laisse prévoir que nous représentons la dernière profession libérale de France. Mais la liberté coûte cher, et le prix à payer s'appelle énergie, discipline, et responsabilité »¹⁰³. La reconnaissance par l'État est donc ici perçue comme une entrave, et l'illégalité comme un gage de liberté. Une posture qui ne manque pas de rappeler cette réflexion de E. Freidson à l'égard de l'autonomie dont jouissent les professionnels : « [celle-ci] est toujours limitée jusqu'à un certain point par le pouvoir politique, dont elle a besoin pour qu'il la crée et la protège. Structurellement, l'autonomie d'une profession libérale, quand elle est grande, est une *autonomie organisée*, créée officiellement, et non celle qu'on peut avoir en passant inaperçu parce qu'on reste dans l'ombre et qu'on est sans importance » (Freidson, 1984, p. 357). Ainsi, en 1982, alors que des praticiens de médecines manuelles alternatives sont invités à enseigner à la faculté de Bobigny dans le cadre du nouveau

101 Le terme « paraclinique » désigne l'ensemble des analyses qui ne sont pas faites au lit du malade (les analyses réalisées en laboratoire par exemple).

102 Le père de l'enquêté, lui-même médecin, l'avait également découragé à s'engager en médecine. Ce schéma n'est pas sans rappeler le constat fait par A-C. Hardy, qui a observé que de moins en moins de parents médecins encouragent leurs enfants, et plus particulièrement leurs fils, à suivre leur voie (HARDY, 2013, p. 126).

103 *Revue de médecine étiopathique*, n°7, décembre 1975, p. 3.

département universitaire de médecines naturelles (DUMENAT)¹⁰⁴, les étiopathes refusent de prendre part à l'expérience¹⁰⁵. Daniel, qui enseignait alors la biologie dans les écoles d'étiopathie, raconte :

« La tactique de Trédaniel ça a toujours été l'enkystement, le repli sur soi, et de refuser toute alliance, toute collusion avec le système. [...] À la faculté de Bobigny – c'était une fac un peu expérimentale – à un moment donné il était question de faire des cours d'étiopathie à Bobigny, et Trédaniel a dit "nous on va pas se faire phagocyter, nous on est étiopathes, et l'étiopathie c'est pas juste des techniques qu'on va adjoindre, qu'on va mettre sur une plaque de médecin allopathique qui fait aussi de l'étiopathie comme il fait aussi de l'acupuncture, comme il fait aussi de l'homéopathie...". L'étiopathie c'est un renversement complet de la philosophie. Alors il a eu raison quelque part, mais c'est une tactique à double tranchant. Parce que si tu restes isolé, ben... On n'est pas nombreux. ».
(Daniel, biologiste, enseignant en faculté libre d'étiopathie)

L'issue de cet enseignement ne peut que conforter les étiopathes dans cette position : au bout de trois années d'enseignement à Bobigny, les docteurs Mainguy et Toffaloni se retirent du projet et font « parvenir un dossier au procureur de la République ainsi qu'aux autorités de tutelle de la santé pour dénoncer la pratique des ostéopathes non-médecins [venus enseigner] et les actions de P. Cornillot en leur faveur » (BAILLY, 2005, p. 262). Ces praticiens font bientôt l'objet de poursuites judiciaires et disparaissent du corps enseignant pour être progressivement remplacés par leurs anciens élèves. Par ailleurs, si par cet ancrage universitaire le professeur Pierre Cornillot, directeur de l'UFR de santé de Bobigny, entend contribuer à la reconnaissance de l'ostéopathie, il n'en souhaite pas moins, à terme, mettre fin aux formations ouvertes aux non-médecins (BAILLY, 2005).

Les premières années de l'ère miterrandienne offrent aux praticiens non-conventionnels quelques perspectives de reconnaissance. Lors de sa campagne, le prétendant à la présidence se dit même en faveur de la suppression de l'Ordre des médecins¹⁰⁶. En février 1985, ce dernier se prononce à nouveau « pour l'ouverture d'un débat sur l'opportunité d'élargir la formation médicale à d'autres techniques dans lesquelles les médecines naturelles peuvent prendre leur place » (STEUDLER, 1988). Au mois de décembre de cette même année, le ministère des affaires sociales et

104 É. Bailly a relaté également cet épisode auquel prirent part des ostéopathes : « Dès la première année des ostéopathes non-médecins enseignent aux côtés de quatre ostéopathes médecins : le responsable de la formation, le docteur D. Feltesse, ainsi que les docteurs A. Abehsra, M. Mainguy et S. Toffaloni. Si nous nous attardons sur le parcours de ces médecins, nous découvrons qu'ils ont été formés à l'ostéopathie avec les ostéopathes non-médecins de Maidstone. Avant d'exercer la profession de médecin ils ont été masseurs-kinésithérapeutes et ostéopathes non-médecins. Les docteurs A. Abehsra et S. Toffaloni ont également enseigné l'ostéopathie à Maidstone. Le reste du corps enseignant de la formation en ostéopathie à la faculté de Bobigny est composé d'ostéopathes non-médecins issus de kinésithérapie [...] qui acceptent de transmettre leurs savoirs aux médecins » (BAILLY, 2005, p. 261-262).

105 Dans son *Histoire du reboutement*, C. Trédaniel raconte que les chiropracteurs ont eux aussi décliné l'invitation des médecins à venir enseigner à la faculté de Bobigny (TRÉDANIEL, 1998, p. 230-231).

106 Voir la 85^{ème} des « 110 propositions pour la France » de F. Mitterrand.

de la solidarité nationale, sous la houlette de Georgina Dufoix, décide de créer une fondation de recherches sur les thérapeutiques alternatives (MUYARD, 1986), un projet censé inclure l'étiopathie¹⁰⁷. À partir du mois de septembre 1985, plusieurs réunions sont organisées à son initiative afin de discuter de la reconnaissance des thérapies manuelles. Elles réunissent des représentants des étiopathes, des chiropracteurs et des ostéopathes¹⁰⁸, auxquels se joignent bientôt le Pr Cornillot ainsi que des représentants de la direction générale de la santé. Des représentants de l'Ordre des médecins, les Drs Closier et Ferrand, sont également présents lors de la dernière réunion, le 3 mars 1986. Au final, ces pourparlers se soldent par un échec, les médecins étant peu enclins à renoncer à leur monopole, et les étiopathes déterminés à conserver leur indépendance. D'après C. Trédaniel, la voie de la reconnaissance devait, à terme, déboucher sur une récupération de la pratique étiopathique par les médecins :

« Au fil des réunions, l'ambiguïté de la position des pouvoirs publics se précisa. Après examen du niveau de notre enseignement et de notre activité professionnelle, il nous fut proposé d'adopter le titre de Faculté pour l'enseignement, et de créer un registre professionnel¹⁰⁹. Alors que nous semblions en progrès vers une officialisation, une vague de répression s'abattit sur l'ensemble des praticiens. L'Ordre, qui était tenu au courant de nos débats, avait organisé la contre-attaque. Son plan d'action était clair : profiter de la médiocrité de l'ostéopathie pour la récupérer en amalgamant les étiopathes et les chiropracteurs, et frapper aussi violemment qu'indistinctement tous les groupes représentés afin de leur faire accepter les propositions qui élimineraient définitivement le danger que faisait peser la pratique des thérapies manuelles sur le monopole. Pour ce faire, les propositions devinrent de plus en plus précises. D'abord réunir l'ensemble des étiopathes, chiropracteurs et ostéopathes dans un même ensemble de *thérapies manuelles*, ensuite leur proposer la cessation des poursuites et l'acceptation, orale bien entendu, de la continuité de l'exercice pour les praticiens déjà installés moyennant en contrepartie le transfert des enseignements aux facultés de médecine. Il va de soi que de telles propositions ne pouvaient mener qu'à notre disparition. »
(TRÉDANIEL, 1993)

Quant à l'initiative du ministère de G. Dufoix de fonder une structure d'évaluation des

107 La ministre elle-même fut soignée par Michel Sala (alors étiopathe) et assista personnellement aux universités d'été de l'étiopathie. Dans un courrier daté du 7 juin 1988 adressé à ce dernier, elle affirme son soutien aux praticiens manuels : « Cher ami, [...] la connaissance précise de l'étiopathie qu'il m'a été donné d'acquérir grâce à votre obligeance me permet de vous assurer que, quelles que soient mes responsabilités futures, je m'efforcerais toujours de faire ce qui sera en mon pouvoir afin de vous faciliter personnellement le dialogue avec les instances politiques et administratives concernées par vos préoccupations ».

108 C. Trédaniel raconte ainsi avoir retrouvé quelques anciens élèves du CEE de Genève au cours de ces réunions, en tant que représentants de l'ostéopathie.

109 C. Trédaniel fait ici référence à la création du RNE. En préambule des registres successifs, on peut en effet lire que cette association fut initiée « consécutivement à la tenue de différentes réunions au ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale sous la présidence de Messieurs les Docteurs Marchal et Muyard, chargés de mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale Georgina Dufoix et suite à la réunion du 27 janvier 1986 ». L'assemblée constituante du RNE se tient le 8 mars 1986 et, quatre jours plus tard, le premier registre est déposé au ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, ainsi qu'au secrétaire d'État à la santé publique.

médecines non-conventionnelles, très mal accueillie par une partie du corps médical, elle est avortée suite à la victoire du Rassemblement pour la République (RPR) lors des élections législatives de mars 1986. Ainsi, « la volonté d'ouverture de Mme Georgina Dufoix lors de son mandat n'a finalement abouti à aucune modification profonde de cet état de fait. Et l'une des premières mesures prises par son successeur fut d'annuler purement et simplement le projet de création d'une institution à Cannes ayant pour but d'évaluer les effets des thérapeutiques parallèles » (LAPLANTINE & RABEYRON, 1987, p. 65-66). En mars 1987, Madame Barzach, ministre déléguée chargée de la Santé et de la Famille, sollicite l'Académie de Médecine en vue d'obtenir une évaluation scientifique des thérapeutiques non-conventionnelles. Le professeur Stanislas de Sèze, considéré comme « l'un des pères fondateurs de la rhumatologie française »¹¹⁰, se voit confier l'étude de la chiropraxie, de l'étiopathie, ainsi que des manipulations vertébrales « telles que les conçoit la médecine » (DE SÈZE, 1987, p. 945-951). « Ce rapport, entièrement rédigé par des médecins, ne pouvait soutenir l'action des non-médecins » (BAILLY, 2005, p. 268). S. De Sèze maintient la nécessité de réserver ces actes aux seuls médecins, et qualifie la chiropraxie et l'étiopathie d'« irrationnelles » et « d'anti-scientifiques ».

Au cours des années suivantes, les étiopathes, du moins ceux qui restent affiliés au RNE, n'entament aucune procédure en vue d'une reconnaissance légale de leur exercice. À partir de 1988 et jusqu'à son décès en 2011, C. Trédaniel préside l'IIE et s'oppose fermement à la perspective d'une officialisation, quitte à demeurer dans l'illégalité. Parmi ceux qui restent à ses côtés, tous ne semblent pas partager pleinement cette posture, certains évoquant « un fonctionnement un peu patriarcal » :

« C'était un fonctionnement un peu patriarcal, avec le fameux Christian Trédaniel qui voulait tout contrôler. Là c'est en train de se modifier. C'est lui qui voulait surtout pas être reconnu. Lui c'est un guerrier hein ! C'est un guerrier, quelqu'un qui a tendance à être un peu heu... à vouloir ne pas du tout rentrer dans le système. Ce qu'il voulait c'était l'indépendance totale, pas qu'on vienne l'emmerder chez lui. Donc dès qu'il s'agissait de s'embarquer dans des procédures de reconnaissance, lui il était contre. Et c'est depuis son décès que ça a commencé à bouger. »

(Valentin, étiopathe en exercice depuis 19 ans)

« Effectivement, Trédaniel était un peu opposé... Alors il y avait deux aspects des choses : garder son indépendance vis-à-vis du lobby médical, qui était de justement d'avoir la main sur tout etc. – ça c'est un point de vue –, et l'autre c'était de rester un peu marginalisé,

110 <http://www.rhumatologie.asso.fr/01-Societe/presentation.asp?intSM=SM1&strLien=Lien2>, page consultée le 29 août 2019.

c'était : "on n'a pas besoin de se faire reconnaître etc." Là il a toujours freiné des quatre fers. »

(Pascale, étiope en exercice depuis 26 ans, ancienne présidente de l'IFE)

La *Revue Internationale de Médecine Étiopathique (RIME)*, initiée en 1989 (voir l'encadré n°1 : C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence, p. 59), contribue à la promotion de cette stratégie à travers une critique virulente et systématique de la profession médicale (en particulier dans ses éditoriaux et dans les articles de la rubrique « Actualités »). Sans prétendre à l'exhaustivité, cette dernière se voit tour à tour étrillée pour sa morbidité et sa mortalité iatrogènes¹¹¹, sa dépendance à l'égard des laboratoires pharmaceutiques¹¹², sa tendance à récupérer les thérapeutiques après les avoir dénigrées¹¹³, ses « entreprises idéologiques et policières »¹¹⁴, ou, plus généralement, son incompetence et son caractère « irrationnel »¹¹⁵. En forçant quelque peu le trait, on pourrait dire que la *RIME* est autant une revue d'étiopathie qu'une revue de dénigrement de la médecine officielle. Les deux extraits suivants, tirés d'éditoriaux, témoignent du ton général de la revue :

« Depuis un bon demi-siècle, l'institution en place – simple relais d'un complexe pharmaco-industriel qui tient les affaires sous sa coupe – récupère les succès de la chirurgie pour justifier sa propre opulence et pour camoufler l'échec patent de la chimie aux prescriptions toujours changeantes. [...] À se laisser absorber par les institutions en place, certaines médecines manuelles y ont perdu leur âme. C'est le cas de l'ostéopathie américaine, dont les praticiens se conforment maintenant à la demande du marché : le médicament salvateur. Ce pourrait bien être le sort de la chirurgie et de l'obstétrique si elles n'y prennent pas garde. [...] Pour parer ces dangers du *zapping* médical, le présent numéro de la *RIME* propose une avancée radicale : la réouverture des amphithéâtres de chirurgie en dehors des facultés de médecine. Voilà vingt-cinq ans, cela aurait semblé inconsistant ou stérile ; mais le système s'épuise au point que la seule idée de son maintien en l'état paraît aujourd'hui plus stérile encore. Il y a de l'avenir dans la révolte. »

(Éditorial de la *RIME* 4, 1991)

111 Voir les éditoriaux des *RIME* 10, 11, 21 et 23, respectivement intitulés : « De l'antibiothérapie, et de quelques évidences recouvertes à marée basse » ; « De l'antibiothérapie (bis) considérée comme un des beaux-arts » ; « De certains crimes rituels » ; « Aveux d'innocence ».

112 Voir l'éditorial de la *RIME* 4 (sans titre), et celui de la *RIME* 20 (« La guerre des ombres »).

113 Voir l'éditorial de la *RIME* 7 (« Comment découvrir l'eau tiède sans se fatiguer ? ») ainsi que les articles suivants : (Auteur inconnu). (1989). « Qui manipule ? Vers un retour au monopole médical » *RIME*, (1), (p. 50-52) ; Gautier, J-F. (1990). « La médecine édénique » *RIME*, (2), (p. 69-74) ; Becquerel, C. (1991). « Du *zapping* pharmaceutique de la science médicale », *RIME*, (4), (p. 85-90).

114 Voir les éditoriaux des *RIME* 2, 9 et 12 : « Éthique et médecine : le faux débat » ; « Politiques médicales » ; « Le feuilleton de la bioéthique ». Voir également Becquerel, C. (1993). « Humanisme et police génétique », *RIME*, (10), (p. 68-77).

115 Voir, parmi d'autres, les éditoriaux des *RIME* 13, 14, 15, 17 ou 19, respectivement intitulés : « De l'art médical » ; « À la pêche aux moules, moules, moules » ; « L'île aux pingouins » ; « La poule, avec ou sans les dents ? » ; « Trous de mémoire ». Voir également les articles : Gautier, J-F. (1990). « Le mythe de la médecine édénique », *RIME*, (2), (p. 69-74) ; Becquerel, C. (1990). « Les lombalgies complexe d'Œdipe », *RIME*, (3), (p. 72-79). Becquerel, C. (1992a). « Tirez sur le laniste », *RIME*, (7), (p. 82-86). Bastian, É. (1993). « Une histoire sans fin », *RIME*, (10), (p. 54-55). La rhétorique sur l'irrationalité de la médecine, qui va de paire avec son assimilation à une institution religieuse, sera abordée au chapitre 7.

« Le rapport Béraud a été vite enterré et sa diffusion limitée par la confidentialité¹¹⁶. Un autre rapport n'aurait aucun objet pratique ; il serait lui-aussi enterré. Cette impuissance révélatrice montre que le système qui tient la santé publique sous sa coupe n'est pas réformable. Rien ne sert de s'y intégrer pour tenter de l'améliorer. Mieux vaut travailler en dehors, de manière méthodique, pertinente et ordonnée. »

(« Témoignages d'autosatisfaction », éditorial de la *RIME* 18, 1996)

Encadré n°1 : C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence

Sur la question de la reconnaissance et du « choix » de l'illégalité, C. Trédaniel devait trouver un précieux allié en la personne de Jean-François Gautier, arrivé dans le « circuit étiopathique » en 1985. Né en 1950, il est issu d'un milieu relativement aisé. Son père a démarré « *comme employé de banque* ». Puis il a travaillé pour Cognac Gautier – fondée en 1755 par l'un de ses aïeux –, mais fut confronté à un « *problème de famille en 1954* » et dut quitter l'entreprise. Il va alors « *de boulots en boulots* » (alors qu'il ne détient aucune part de Cognac Gautier), tout en se faisant aider par sa belle-famille. Des années plus tard, il finit cadre supérieur chez Moulinex en Normandie. Entre temps, c'est-à-dire « *le temps que [son] père trouve un boulot stable* », Jean-François grandit chez ses grands-parents maternels qui habitaient au dernier étage d'un immeuble situé dans le boulevard Haussmann, à Paris. « *C'était un milieu de bourgeois parisiens* [raconte Jean-François]. *Des milieux financiers, la bourse...* ». Quant à sa mère, elle est demeurée « *l'épouse de [son] père* ». Jean-François quitte la capitale pour la Normandie à l'âge de 17 ans. Il étudie la philosophie à l'Université de Caen et soutient une thèse en 1976 sous la direction de Lucien Jerphagnon. Étudiant, il aurait contribué à rédiger (officieusement) deux thèses de médecine. Il commence par enseigner la philosophie à l'Université de Libreville, puis, dès 1978, il devient journaliste pour les revues *Valeurs Actuelles* et *Le spectacle du Monde*¹¹⁷. Puis, de 1982 à 1984, il travaille pour les éditions Atlas en tant que directeur d'éditions. « *Je dirigeais la filiale principale* [explique Jean-François], *la cheville ouvrière qui fournissait la copie et qui fournissait tout le travail jusqu'à l'impression* ». Il quitte Atlas suite à un désaccord avec les actionnaires. « *Dans le travail lui-même, c'était des gens à décisions élastiques. C'est-à-dire qu'ils pouvaient dire oui sur un projet, sur une réalisation, et puis quinze jours après ils changeaient d'avis. Ils m'ont trouvé un peu trop cartésien – ce qui est possible d'ailleurs ! Je ne pouvais pas personnellement travailler dans ces conditions-là* ».

C'est un peu avant de démissionner de la maison d'éditions que J-F. Gautier découvre l'étiopathie, en tant que client. Après avoir consulté quatre cardiologues pour des tachycardies paroxystiques, il se fait finalement soigner en l'espace de deux séances par C. Trédaniel, consulté sur les conseils d'un ami. Ce dernier cherche alors à rédiger un livre sur sa discipline à destination du grand public. L'année suivante paraît sous le pseudonyme de Franck Napier l'ouvrage *L'étiopathie. Soigner sans médicaments*¹¹⁸, qui compare pour tout un ensemble d'affections les

116 Béraud, C. (1992). « La sécu, c'est bien, en abuser, ça craint », Rapport de la CNAM. Le Professeur Claude Béraud, alors médecin-conseil national de la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie (CNAM), a fait publier en août 1992 – une semaine avant son départ en retraite – un rapport au ton pour le moins incisif dénonçant des excès et des abus qui auraient coûté à l'assurance maladie près de 120 milliards de francs (sur une dépense annuelle d'environ 570 milliards). Le numéro 10 de la *RIME* reproduit une partie de ce rapport.

117 Les deux revues sont éditées par la même société : Valmonde (anciennement Compagnie Française de Journaux).

118 Ce pseudonyme fut utilisé par Jean-François Gautier parce que l'ouvrage devait être publié aux éditions Atlas. Il s'agissait donc de contourner des « problèmes de rapport » avec l'éditeur. Quant au pseudonyme lui-même, il fait référence au mathématicien John Napier (ou John Neper), J-F. Gautier étant « encore marqué par ses études des

conceptions médicales et étiopathiques. Puis, il décide de se lancer lui-même dans le cursus d'étiopathie, expliquant que cet univers lui permettrait de réaliser un travail d'une autre portée que celui du journalisme : « *Travailler [à Valeurs Actuelles] c'était une excellente manière de percevoir de l'intérieur les limites du journalisme. C'est-à-dire qu'au fond, on ne sert pas à grand chose ! (rire) Sinon à faire de l'information. [...] Dans le monde "politico-informationnel" qui se développait déjà énormément à ce moment-là, le journalisme ne sert pas à grand-chose. [...] J'ai décidé, quand j'ai rencontré Trédaniel, de changer d'optique, et de rentrer dans un boulot où j'aurais à apprendre et à développer pendant des années. Le journalisme, une fois que vous en maîtrisez les techniques, c'est un métier qui est très répétitif* ». Il soutient son mémoire de fin d'études au bout de seulement trois ans, et commence à exercer en tant qu'étiopathe en Charente dès 1989. Il devient également chargé de cours au sein des facultés libres d'étiopathie jusqu'au début des années 2000.

Parallèlement à son exercice en cabinet, Jean-François Gautier se montre particulièrement productif. Il initie d'abord la collection des « Précis d'étiopathie », dont il rédige lui-même trois ouvrages, parmi lesquels *Logique et pensée médicale* (1991), qui entend démontrer en quoi la médecine officielle « échoue à se constituer elle-même comme science » (p. 20), et en quoi l'étiopathie, elle, y parvient grâce aux *Principes fondamentaux* formulés par C. Trédaniel¹¹⁹. Au début des années 1990, il « dépanne » les éditions Atlas pour la rédaction de l'encyclopédie les Génies du classique. Par la suite, il rédige des ouvrages sur l'œuvre des compositeurs Palestrina et Debussy¹²⁰, sur l'astronomie (plus précisément sur le concept d'univers)¹²¹, ainsi que sur le messianisme en politique¹²². Il fut également nègre pour le compte de personnalités politiques. En outre, il publie occasionnellement aux revues *Éléments pour la civilisation européenne* et *Krisis*, toutes deux liées au groupement d'études et de recherches pour la civilisation européenne (GRECE), ou encore à la *Nouvelle revue d'histoire* fondée par Dominique Venner (1935-2013), qui contribua lui-même à la fondation du GRECE. En somme, J-F. Gautier évolue pour partie dans la sphère parfois qualifiée de « nouvelle droite ». Il intervient encore aux colloques de l'institut Iliade pour la longue mémoire européenne¹²³, sur Radio Courtoisie, ou pour le compte du site *Breizh Info*, deux médias proches de l'extrême-droite.

Sur le plan politique, C. Trédaniel et J-F. Gautier semblent s'être relativement bien trouvés. J-F. Gautier résume : « *[La politique du général De Gaulle] a probablement été le seul sujet, non pas de friction d'ailleurs, mais de léger désaccord entre Christian Trédaniel et moi* ». Ils se rejoignent également sur la stratégie à adopter quant à l'avenir du mouvement étiopathique : « *Tu as chez Trédaniel un caractère extraordinaire qui construit une dissidence, qu'il institutionnalise en partie. Pour ce qui me concerne, j'ai contribué à apporter un objectif à long terme* ». Cette nécessité d'adopter une stratégie pensée sur le long terme, J-F. Gautier l'expose dès 1985 en assemblée plénière lors du congrès d'Avignon, alors que plusieurs étiopathes sont traduits en justice ou sur le point de l'être, et que lui-même n'est pas encore étudiant en étiopathie.

« *Il y avait eu un congrès en 1985. Quand nous avons terminé avec Christian [l'ouvrage] Soigner sans médicaments, il m'avait demandé de venir à Avignon. Et Sylvain et Charles [deux étiopathes*

mathématiques ».

119 Le contenu de cet ouvrage sera abordé plus avant au chapitre 7.

120 (1994). *Palestrina ou l'esthétique de l'âme du monde*, Paris : Actes Sud ; (1997). *Claude Debussy, la musique et le mouvant*, Paris : Actes Sud.

121 (2006). *L'univers existe-t-il ?*, Paris : Actes Sud.

122 (2013). *Le sens de l'histoire: une histoire du messianisme en politique*, Paris : Ellipses.

123 L'institut Iliade qui « entend œuvrer à l'affirmation de la richesse culturelle de l'Europe et à la réappropriation de leur identité par les Européens ». Cet institut situe son action « dans la continuité de la pensée et de l'action de Dominique Venner ». <http://institut-iliade.com/presentation/>

inquiétés par la justice] m'avaient demandé d'intervenir pendant l'assemblée plénière, alors que j'étais complètement en dehors de la chose. Christian [Trédaniel] avait un problème, et Sylvain et Charles aussi, c'est qu'ils étaient quand même dans le viseur de la justice. Et j'étais intervenu, et j'avais fait un discours sur "qu'est-ce que c'est qu'une politique générale ?" Et là-dessus [marquant la pause], je suis plutôt un peu convaincant (rire). Et l'essentiel de mon discours avait été quelque chose que je connais par cœur, depuis longtemps, c'était la soutenance de thèse de mon maître Julien Freund, quand il avait soutenu sa thèse de philosophie en 1965 à la Sorbonne. [...] "Si ce n'est pas vous qui désignez l'ennemi, il se peut que ce soit l'ennemi qui vous désigne, auquel cas il faut vous rendre compte du fait que vous ne pouvez pas ne pas le constater". Et je leur avais dit en assemblée plénière : "votre problème, c'est que l'Ordre médical vous a désigné comme son ennemi. Que vous le vouliez ou non, ça se passe comme ça. Alors maintenant, vous souhaitez vous construire comme mouvement pour conquérir une identité scientifique et thérapeutique, ou vous ne voulez pas ça ? Si vous ne le voulez pas, de toute façon vous êtes morts. Si vous avez décidé d'être mort, je n'ai rien à dire à une assemblée de cadavres". [...] [Des étiopathes disaient] : "bon, on veut faire de mal à personne, on veut faire notre truc quoi", et je leur disais "mais vous n'avez pas compris que vous avez en face de vous des gens qui ne veulent pas de vous ! Mais eux ils ont le pouvoir ! Ils ont le pouvoir de l'institution ! Et contre le pouvoir de l'institution vous ne pouvez pas exister, sinon à vous affirmer comme dissidents, comme "autres", et à transmettre quelque chose !"»

C'est dans cette optique de construction d'une « dissidence » que J-F. Gautier initie la *RIME*, dont paraissent 29 numéros entre novembre 1989 et avril 2002, et dont il rédige à lui-seul près de 43% des articles (si l'on ôte les articles reproduits) sous divers pseudonymes, auxquels il conviendrait d'ajouter l'intégralité des éditoriaux et des rubriques « En librairie »¹²⁴. Deux numéros ont même été entièrement rédigés sous sa plume. « *L'avantage que j'avais [explique-t-il] c'était qu'ayant été professionnel de la presse, je savais ce que ça voulait dire [de publier une revue]. Quand on finit un numéro, on a déjà commencé le suivant. Il faut une certaine régularité de publication, il faut varier ce qui est d'ordre clinique, d'ordre anatomique, faire quelques rubriques qui accrochent les gens...* ». En 1983, C. Trédaniel s'était déjà essayé à lancer une revue (*L'étiopathie. Revue de médecine mécaniste théorique et appliquée*), mais il ne parvint à en publier qu'un seul numéro. Quant à l'ancienne *Revue de médecine étiopathique*, dont 8 numéros sont publiés entre 1973 et 1975 par l'équipe du CEE de Genève, elles contiennent pour une large partie des reproductions d'articles, et C. Trédaniel « demandait instamment d'écrire des articles »¹²⁵. Aujourd'hui, les étiopathes se heurtent toujours à la difficulté de trouver des auteurs, si bien qu'ils envisagent de salarier une personne chargée de diriger les projets d'éditions.

Outre cette capacité de rédaction, J-F. Gautier fait profiter aux étiopathes de ses « *tactiques d'entrisme* » : mise en vente dans des librairies médicales ou chez les libraires possédant un rayon médical à Paris, Rennes, ou encore Bordeaux, la *RIME* est également distribuée dans les bibliothèques des facultés de médecine, « *avec un calcul en tête* » :

« Au numéro 5 ou 6, on a fait un courrier disant qu'on avait servi les bibliothèques de Facultés de médecine grâce à des subventions externes – elles étaient externes aux subventions de médecine –

124 Ces pseudonymes sont en l'occurrence inspirés des scientifiques, philosophes et musiciens que J-F. Gautier apprécie : Clovis Becquerel (le physicien Henri Becquerel), René Blaise (René Descartes et Blaise Pascal), Richard Delalande (le musicien Michel-Richard De Lalande). D'autres évoquent le septième art : Janvier Poliveau (la réplique de Jean Gabin dans *La traversée de Paris*) et Abel Desjours (le film de Luis Bruñel *Belle de jour*). Notons que, parmi les étiopathes interrogés, aucun n'ignorait que J-F. Gautier se trouvait derrière chacun de ces pseudonymes.

125 « Compte-rendu de la réunion de l'Institut National d'Étiopathie du 11/01/1975 », *Revue de médecine étiopathique*, (4), (p. 78).

et qu'on continuerait à faire le service pour toutes les bibliothèques qui le demanderaient explicitement, et qui nous écriraient pour nous certifier que 1) la revue leur était utile et 2) qu'elle serait systématiquement en consultation dans la salle de revue de la bibliothèque. Et on a eu la moitié des bibliothèques des facs de médecine qui ont répondu positivement en nous demandant de continuer à faire le service¹²⁶. Donc on avait des tactiques d'entrisme, mais ça Christian et moi avions eu des expériences par ailleurs de passé militant, qui permettent de savoir comment il faut faire les choses ».

En entretien, J-F. Gautier est resté évasif sur ce « *passé militant* »¹²⁷, se contentant de déclarer qu'il « *a travaillé dans différents groupuscules* ». Quant à C. Trédaniel, son expérience dans l'OAS lui aurait apporté, au fond, assez peu de ressources mobilisables en faveur de l'étiopathie. Il aurait surtout demandé à des connaissances de servir de prête-nom pour certaines associations d'étiopathie¹²⁸. J-F. Gautier raconte : « *avec C. Trédaniel on avait fabriqué différentes associations, parce qu'on se disait que si on était attaqué par le conseil de l'Ordre, et si l'école se voyait interdire d'exercice, on avait monté des associations, jusqu'en Belgique d'ailleurs, qui étaient des tactiques de repli. Alors qui dit "associations" dit "bureaux de l'association". [C. Trédaniel] avait des copains qui servaient complaisamment à cela, qui signaient et puis... Mais ce n'était pas un réseau en tant que tel* ».

J-F. Gautier a également pu apporter un soutien significatif aux étiopathes lors de ce que plusieurs praticiens ont appelé la « *campagne des maires* », soit un épisode où plusieurs d'entre eux, exerçant en Normandie, furent traduits en justice à trois reprises par l'Ordre des médecins en l'espace de quelques années. J-F. Gautier, qui connaissait les agences de presse, raconte : « *on avait contacté les journaux locaux et fabriqué une association de maires du Calvados soutenant l'étiopathie*¹²⁹. *On avait monté une tactique avec C. Trédaniel : chaque fois qu'un de nos confrères avait dans ses fichiers quelqu'un qui travaillait dans une commune, il fallait lui faire présenter une motion, un truc à signer en faveur de la reconnaissance de l'étiopathie. Une fois qu'on avait trois communes dans un canton, on arrivait à faire tomber le chef-lieu de canton, quand on avait trois chefs lieux de canton, on avait la sous-préfecture, et quand on avait trois sous-préfectures, on faisait tomber la préfecture*¹³⁰. *C'était une tactique très efficace qui nous a permis un énorme soutien de Ouest France en faveur des étiopathes, à tel point que le conseil de l'Ordre a arrêté les attaques contre les étiopathes* »¹³¹. Au mois d'octobre 1985, les premiers signataires de cette

126 D'après le SUDOC, des exemplaires de la *RIME* sont aujourd'hui disponibles dans 8 bibliothèques de santé.

127 D'après les propos recueillis auprès de plusieurs autres enquêtés, il aurait également passé sous silence sa contribution à certains journaux.

128 C. Trédaniel n'aurait ainsi bénéficié d'aucun appui politique alors même qu'il avait connu personnellement Jean-Marie Le Pen durant ses jeunes années et que ce dernier, des années plus tard, serait venu se faire soigner dans son cabinet.

129 En réalité cette association regroupait également des maires des départements de l'Orne et de la Manche.

130 Les étiopathes auraient été jusqu'à recueillir la signature du sénateur et maire de Caen (la ville de Caen apparaît bien parmi les mairies signataires de la motion mentionnée ci-après, publié dans *Le Monde* du 28/02/1986), Jean-Marie Girault. J-F. Gautier raconte : « *Son premier adjoint, le Dr Duncombe, était furieux. Girault a demandé à être retiré de la liste, prétendant avoir été abusé par un appel rédigé recto-verso sur une feuille dont il disait n'avoir signé que le recto. Vérification faite, il avait signé le recto et le verso. Nous lui avions donc répondu par courrier pour lui dire que nous comprenions son problème avec son adjoint, mais que nous maintenions sa signature... Le conseil de l'Ordre du Calvados a ensuite écrit à tous les maires signataires pour leur expliquer qu'ils avaient été abusés. À quoi nous avons répondu à tous les maires que le mépris du conseil de l'Ordre à leur égard était scandaleux* » (J-F. Gautier, correspondance du 26/01/17).

131 À ce soutien des maires se serait ajoutée une difficulté d'ordre judiciaire. En effet, lors de la troisième plainte du conseil de l'Ordre, les prévenus n'auraient finalement pas été convoqués au tribunal au motif que leur clientèle comptait de nombreux médecins, paramédicaux et magistrats. J-F. Gautier explique : « *J'avais dit à Sylvain [un étiopathe en procès] : "écoute, la loi c'est la loi : si un agrégé, toubib ou métier de délégation – kiné, sage-femme etc. – recommande ou se rend complice d'exercice illégal [de la médecine], il doit être inculqué". Et j'avais dit à*

pétition adressent une lettre ouverte à F. Mitterrand pour réclamer le libre exercice de l'étiopathie (voir l'annexe n°2)¹³². Une motion, publiée le 28 février dans les pages du quotidien *Le Monde* par le biais d'un encart publicitaire, est également adressée au président de la République, au premier ministre, au garde des sceaux ainsi qu'au ministre de la santé (voir l'annexe n°3). Ces deux textes soulignent certaines insuffisances de la « médecine officielle », en particulier pour le traitement des accidents articulaires et des maladies chroniques. La première met également l'accent sur la fréquence des accidents vertébraux chez les « populations rurales », et l'impossibilité pour ces dernières de « rester immobilisées sous le couvert de la sécurité sociale ». Comme on le verra, ces propos trouveront un certain écho dans la seconde partie de ce travail.

De l'avis de plusieurs étiopathes enquêtés, J-F. Gautier était celui qui devait prendre la « succession » de C. Trédaniel. Ce dernier le lui avait d'ailleurs explicitement demandé en 1995. Mais, dans le courant des années 2000 (probablement en 2002 ou 2003, peu après que la *RIME* ne cesse de paraître), les deux amis coupent définitivement les ponts (pour des raisons personnelles, qui ne regardent pas l'avenir de l'étiopathie). Suite au décès de C. Trédaniel, J-F. Gautier reste en dehors des associations étiopathiques malgré plusieurs sollicitations¹³³.

Dans son travail de thèse, Matéo Sorin montre que la mobilisation des salariés face au risque de fermeture de leur entreprise passe systématiquement par un travail de définition de la situation débouchant sur la désignation d'un ennemi commun¹³⁴. Cette désignation de l'ennemi « favorise l'unité locale dans une période particulièrement propice au développement de conflits internes » (SORIN, 2018, p. 69) et, *in fine*, légitime la lutte. C'est précisément ce rôle que doit jouer la revue : participer de façon réitérée au travail de définition de la situation des étiopathes et à la désignation de leur principal ennemi : la profession médicale, avec laquelle aucune compromission n'est envisageable. Elle doit ainsi contribuer à l'unité du mouvement, en prévenant les éventuels conflits relatifs à la question de la reconnaissance. Le mode de distribution reflète d'ailleurs ce projet : la *RIME*, tirée à environ 800 exemplaires, était adressée à tous les étiopathes en exercice (la revue étant payée via leurs cotisations) et donnée à tous les étudiants des trois facultés d'alors. À cette distribution en interne s'ajoutait une distribution auprès d'une douzaine de bibliothèques universitaires médicales ainsi qu'à quelques librairies privées : la librairie médicale Vigot Maloine à Paris, la librairie Le François, également sise à Paris (aujourd'hui fermée), ainsi qu'une librairie à

Sylvain "tu sors toutes les fiches de tous les mecs qui sont soit toubibs, soit kinés etc., que tu as soigné. Ils sont complices". Et Sylvain était allé voir le juge d'instruction, il y en avait... [mime un tas avec ses mains]. Il faut demander à Sylvain, mais je crois que c'était 280 [fiches]. Et le juge, qui était quand même vachement subtil, lui dit : "écoutez, j'en ai pour cinq ans..." "C'est votre problème Monsieur le juge. Il faut que justice soit rendue !" "Précisément : j'ai regardé, j'ai consulté, j'ai interrogé, je n'arrive pas à trouver de juge que vous n'avez pas soigné. Autrement dit je vais classer l'affaire, parce que si un juge rend justice dans cette affaire alors que vous l'avez soigné, la justice sera mal rendue. Donc le dossier est classé". Clac, terminé ! Le mec il avait trouvé le biais. C'était le troisième procès » (J-F. Gautier).

132 Cette lettre a été reproduite par l'étiopathe Martin Lecoq dans son article pour la *Revue Française des Affaires Sociales* (LECOQ, 1986).

133 Ce qui ne l'empêche pas de continuer à exercer officiellement en tant qu'étiopathe, sans être inquiété par le RNE.

134 Le concept de *définition de la situation* est ici emprunté au sociologue William Isaac Thomas, qui le développe notamment dans son ouvrage *Child in America* (1^{ère} éd. 1928).

Bordeaux (« *la librairie Mollat, sans doute* », précise J-F. Gautier) et à Toulouse. Cette diffusion externe avait pour objectif de contribuer à la légitimation des étioopathes, en affirmant et en réaffirmant le sérieux de la discipline et sa respectabilité sur le plan scientifique, à travers divers articles d'observations cliniques, de thérapeutique et de physiopathologie.

En mars 2002, la loi Kouchner est promulguée ; ostéopathes et chiropracteurs accèdent enfin à un statut officiel. L'article 75 dispose toutefois que les conditions d'agrément des établissements de formation, l'obligation d'une formation continue, ou encore la liste des actes que les praticiens sont autorisés à effectuer, doivent être fixés par décret ministériel, sans plus de précision. Les auteurs de la *RIME* se félicitent dès lors que les étioopathes aient fait cavalier seul et opté pour la non-reconnaissance :

« Les manipulatifs qui croyaient se faire reconnaître par les officialités sont tombés dans le piège qui leur était tendu de longue date. Ils ont été, doit-on dire ainsi ?, *manipulés* par ceux qu'ils croyaient prendre. La prétendue reconnaissance officielle de l'ostéopathie et de la chiropractie est désormais soumise au carcan d'une loi parue le 5 mars 2002 au Journal Officiel. L'article 75 de cette loi dite "Droit des malades" précise en effet que, tant pour l'apurement du passé que pour les définitions de l'avenir, tout ce qui concerne l'ostéopathie et la chiropractie sera fixé par décret ministériel édictant les conditions de reconnaissance d'enseignement et d'exercice de ces disciplines. Le législateur ne dit rien d'autre. Il s'en remet, pour tout, aux services du ministère. L'arbitraire futur de l'administration est ainsi devenu par avance légal. Quel qu'il soit, il aura force de loi. La raison pour laquelle nous avons travaillé à n'être pas cités dans la liste des "reconnus" est fort simple : ce qui advient est très exactement ce à quoi nous nous attendions. [...] L'étioopathie, fort heureusement, a su échapper au massacre de la fausse reconnaissance légale. »
(« Dura Lex », éditorial de la *RIME* 29, 2002)

De fait, pour les ostéopathes – du moins pour une partie d'entre eux, à savoir ceux qui n'étaient ni médecins ni masseurs-kinésithérapeute –, la loi Kouchner a bel et bien donné lieu à une perte de contrôle sur la définition des enseignements. Le décret du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes dispose en effet que « le diplôme d'ostéopathe est délivré aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2 660 heures ou trois années »¹³⁵, alors que celle proposée par la majorité des écoles s'étale alors sur cinq années¹³⁶. Par ailleurs, l'article 3 du décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie fixe pour les ostéopathes non-médecins des actes soumis à conditions (c'est-à-dire qui nécessitent l'accord préalable d'un médecin) – en l'occurrence les manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de

135 https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/3/25/2007-437/jo/article_2, page consultée le 29 août 2019.

136 Une victoire est toutefois remportée en 2014, lorsqu'un décret du 12 décembre « fixe [la durée la formation en ostéopathie] à cinq ans, soit 4 860 heures hors travail personnel » (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029894161&categorieLien=id>, page consultée le 29 août 2019).

six mois, ainsi que les manipulations du rachis cervical – et des actes interdits – les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens¹³⁷. Les trois journées d'observation en cabinet ont permis de constater la grande fréquence des manipulations effectuées au niveau du rachis cervical. Lors de la première journée, elles ont concerné au moins 25 des 35 personnes reçues. Aussi le praticien a-t-il affirmé que, s'il se voyait interdire ces actes ou s'il s'en voyait limiter les conditions de réalisation, il abandonnerait aussitôt son titre d'étéopathe pour « *bénéficiaire à nouveau d'un vide juridique* », car dorénavant, si un ostéopathe effectue ces manipulations sans avoir obtenu au préalable une attestation de non contre-indication du médecin et qu'elles se soldent par un accident, l'illégalité du traitement est formelle et le praticien ne peut alors plus rien escompter de son assurance professionnelle¹³⁸. Ce même étioathe a soutenu que les médecins ne délivrent pratiquement jamais ce type de certificat dans la mesure où cela engage leur responsabilité¹³⁹. Pour étayer son propos, il rapporte l'anecdote suivante : l'entreprise de secrétariat qui gère ses rendez-vous travaille également pour des ostéopathes et, au départ, ces derniers auraient demandé à ce que les secrétaires précisent aux clients qu'un certificat médical était nécessaire dès lors qu'il était question de manipuler un nourrisson. Or, d'après l'enquête, ces ostéopathes auraient finalement dû demander aux secrétaires d'arrêter, leurs clients n'obtenant presque jamais ces certificats¹⁴⁰. En définitive, une *reconnaissance* des praticiens sur le plan légal peut parfaitement être assimilée à une *non-reconnaissance* de leur compétence – du moins telle qu'ils la conçoivent – et entraîner ainsi une restriction plus ou moins drastique de la liberté avec laquelle ils estiment exercer.

137 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000462001>, page consultée le 29 août 2019. Plus généralement, l'article 1 fixe que les manipulations de l'ostéopathe « sont exclusivement manuelles et externes », ce qui, normalement, doit également exclure les touchers rectaux.

138 Deux praticiens ont ainsi tenu le même discours selon lequel les « *les ostéopathes sont plus dans l'illégalité [que les étioopathes]* ».

139 Dans un article paru en 2009 dans la *Revue du rhumatisme*, on peut effectivement lire que « l'article 3 [du Décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie] signale que [...] [l'ostéopathe non-médecin] n'est autorisé à effectuer des actes de manipulations de crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson, ainsi que les manipulations du rachis cervical qu'après un diagnostic établi par un médecin qui aura rédigé un certificat de non contre-indication. Cela suppose que le médecin connaisse cette pratique et endosse la responsabilité. La Haute Autorité de santé est en cours de réflexion sur ce difficile problème » (VAUTRAVERS ET AL., 2009). On peut ajouter que les médecins qui estimeraient nécessaire la manipulation du rachis cervical peuvent contourner très simplement le problème en réorientant le patient vers un confrère formé à l'ostéopathie.

140 L'enquête aurait appris cela du directeur de cette entreprise de secrétariat, lors d'un démarchage commercial. Bien entendu, seule une enquête empirique en bonne et due forme permettrait de prendre la mesure de l'entrave que constitue (ou non) l'obligation légale pour les ostéopathes non-médecins de se voir délivrer des certificats de non contre-indication avant d'effectuer certains actes.

2.2. Changement de cap : « la reconnaissance ou la mort »

La nécessité d'une reconnaissance officielle a cependant fini par s'imposer aux étioopathes, y compris à C. Trédaniel. Entre la pression exercée par les ostéopathes et la crainte d'une surveillance administrative accrue, l'illégalité leur paraît du plus en plus difficile à tenir. L'ancienne présidente de l'IFE et le directeur de la FLEB témoignent :

« Ce n'est plus tenable cette situation. Parce que si aujourd'hui on ne cherche pas à avoir un minimum de reconnaissance, ça veut dire que dans deux ans ou dans cinq ans on est morts. [...] On recueille toujours des étudiants, mais vous avez le lobbying médical, maintenant y a le lobbying ostéopathique, y a le lobbying des chiropracteurs, hein et tout ça... Les ostéopathes et les chiropracteurs ce ne sont pas nos copains, ils ont plutôt tendance à nous barrer la route qu'à essayer de nous soutenir ! »

(Pascale, étiopathe en exercice depuis 26 ans, ancienne présidente de l'IFE)

M. BRETIN : *« Quand je me suis installé en 1990, je n'avais pas encore mon diplôme, parce qu'en l'occurrence on pouvait faire un petit peu n'importe quoi, [...] et je pouvais exercer dans une sorte de silence administratif total. Maintenant les recoupements sont permanents au niveau des administrations, tout est informatisé, on ne peut plus rien payer à l'administration sans passer par leur site.*

ENQUÊTEUR : *"Big Brother"... ?*

M. BRETIN : *C'est ça ! Et le jour où ils seraient tentés de faire le ménage, ce serait très facile, il suffirait de faire la liste des gens qui revendent l'étiopathie, ils appuient sur un bouton et il font un procès à tout le monde. Ça décourage tout le monde et comme ça tout le monde ira acheter un diplôme à Béziers... C'est ça qui est à craindre »*

(M. Bretin, étiopathe en exercice depuis 21 ans, directeur de la FLEB)

Ce n'est que peu avant son décès – qui survient en novembre 2011 – que C. Trédaniel revoit sa position sur la reconnaissance : *« C'est la reconnaissance ou la mort »*, aurait-il déclaré lors d'une ultime interview. C'est dans cette perspective que Jean-Paul Moureau est nommé à la présidence de l'IFE. Né en 1948 à Boulbon, village du pays d'Arles, ce dernier est le fils d'un maréchal-ferrant et le petit-fils d'un forgeron. Sa grand-tante, qui est sa plus proche voisine, est rebouteuse et soigne les habitants des alentours. Dès l'adolescence, J-P. Moureau manifeste le souhait de partir à Marseille pour y étudier la médecine. Titulaire d'un baccalauréat en sciences expérimentales (la filière D ou D' à l'époque), il intègre la faculté mais ne s'y sent guère à son aise et la quitte au cours de la seconde année¹⁴¹. Il découvre ensuite l'étiopathie par le biais d'un ami scout étudiant au CEE. Il s'y inscrit lui-même en 1972 et, quatre ans plus tard, en ressort étiopathe. En mars 1976, il s'installe dans la rue Spontini, à Paris. S'il n'est pas le tout premier étiopathe de la capitale¹⁴², il est en revanche le

141 Son expérience de la faculté de médecine, qui présente des similitudes avec celle d'autres étioopathes, sera évoquée plus en détail au chapitre 6.

142 Le numéro 7 de la *Revue de médecine étiopathique*, paru en décembre 1975, mentionne déjà trois étioopathes installés à Paris : C. Trédaniel, André-Jean Bouchet et Martin Lecoq, respectivement installés dans les 20^{ème}, 17^{ème} et

premier à s'installer dans le 16^{ème} arrondissement¹⁴³, haut-lieu de l'entre-soi bourgeois (PINÇON-CHARLOT & PINÇON, 2007 ; 2017). De 1976 à 1979, il collabore avec l'ancien maître de C. Trédaniel, André de Sambucy. Parallèlement, le Dr Almosni, médecin résident et dirigeant du centre chirurgical du Val-d'Or, le sollicite régulièrement pour soulager des patients après une intervention, ou examiner des cas que lui-même ne parvient pas à soigner¹⁴⁴. Peu à peu, J-P. Moureau parvient à se constituer une clientèle des plus prestigieuses :

« J'avais soigné la boulangère d'en face, je soignais les clients de la boulangère. J'avais soigné des médecins du Val-d'Or, je soignais le personnel de la clinique. [...] Les patients n'hésitaient pas à se donner le mot. C'est de cette façon que je suis devenu l'étiopathe d'un certain nombre de célébrités du cinéma. J'ai d'abord rencontré l'écrivain et scénariste Pascal Jardin, avec qui je suis devenu très ami [...]. Je passais quasiment tous mes week-end dans son prieuré de Verdelot. Là, je rencontrais toutes les semaines des artistes que j'admirais [...]. J'étais alors comblé de pouvoir échanger et sympathiser avec Romy Schneider, Yves Montant, Philippe Noiret, Jacques Santi et Jacques Richard, Pierre Granier-Deferre puis, au soir de sa vie, le grand Jacques Brel. Ensuite, au fur et à mesure que la réputation de mes soins grandissait, de nombreuses personnalités se présentaient à la porte de mon cabinet parisien. »
(MOUREAU, 2013, p. 89-90)

On peut faire l'hypothèse que le développement d'une telle clientèle a fini par constituer un véritable capital social au sens où le définit Pierre Bourdieu, soit un « ensemble de ressources actuelles ou potentielles liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ; ou, en d'autres termes, à l'appartenance à un groupe » (BOURDIEU, 1979a). Le praticien qui « a soigné Romy Schneider » ou qui « soigne les stars » indique par là même son appartenance, ou tout au moins sa proximité, avec un groupe social spécifique, au même titre que s'il bénéficiait d'un titre de noblesse ou pouvait se prévaloir d'un passage par une école prestigieuse. Ce capital, par définition, est mobilisable pour pérenniser et accroître une clientèle, et est également susceptible de générer d'autres formes de capitaux, économique mais aussi culturel, notamment, avec le temps, sous la forme incorporée (habitus) (BOURDIEU, 1979b).

En 1993, par le biais d'une amie, J-P. Moureau reçoit à son cabinet Nicolas Sarkozy, alors ministre du Budget. Après avoir été soigné, ce dernier vient même rendre visite au thérapeute dans sa Camargue natale. Une fois président, il s'en remettra régulièrement à ses services. Les étiopathes espèrent que le réseau de J-P. Moureau permettra d'accélérer, pour ne pas dire précipiter la

15^{ème} arrondissement.

143 Deux ans plus tard, J-P. Moureau s'installe avenue Raymond Poincaré, toujours dans le 16^{ème} arrondissement.

144 Notamment des thoracotomies. « Je remplaçais les côtes des malades juste après l'opération », raconte J-P. Moureau (2013, p. 86). J-P. Moureau raconte avoir connu le Dr Almosni par le biais d'une radiologue avec laquelle il « collaborait » (2013, p. 86).

reconnaissance officielle de leur exercice. Le directeur de la FLEB raconte :

M. BRETIN : « Vous savez que M. Moureau était l'étiopathe de N. Sarkozy, à l'époque où il était au pouvoir. On aurait pu essayer de louvoyer pour essayer de passer un texte de loi, un soir d'été... Vous voyez ce que je veux dire ? »

ENQUÊTEUR : C'aurait été si facile que ça ?

M. BRETIN : Oh oui. On ne s'imagine pas à quel point c'est facile ! »

(M. Bretin, étiopathe en exercice depuis 21 ans, directeur de la FLEB)

N. Sarkozy arrive cependant en fin de mandat lorsque C. Trédaniel se prononce en faveur de la reconnaissance. Sans souhaiter entrer dans les détails, M. Bretin explique que J-P. Moureau devait rencontrer le professeur Arnold Munnich, alors conseiller du président pour la recherche biomédicale et la santé. Néanmoins ce dernier « *n'était pas prévenu qu'ils allaient passer. Le rendez-vous s'est mal déroulé.* » Les espoirs d'une reconnaissance « en catimini » s'envolent presque aussi vite qu'ils étaient arrivés. Par ailleurs les praticiens, qui, en 2012, ne sont que 320 inscrits au RNE, ne sont pas en mesure d'instaurer un rapport de force comme l'avait fait les ostéopathes. Ainsi, pour bénéficier d'une légalisation de leur statut, ils se voient contraints de démontrer l'efficacité de leur médecine via des protocoles d'évaluation contrôlés par l'INSERM. Lors du congrès d'étiopathie de 2015, Maître Mouchart, l'avocate employée par l'IFE, ouvre les hostilités avec une communication intitulée « De l'utilité des statistiques pour la reconnaissance de la profession ». En toile de fond : la nécessité pour les étiopathes de mener une étude selon les canons scientifiques, incluant des résultats chiffrés. À l'heure actuelle, comme l'ont noté les auteurs du récent rapport de l'INSERM sur l'étiopathie, aucune étude de ce type n'a encore été menée (BEN KHEDER BALBOLIA ET AL., 2018).

3. « L'étiopathie c'est pas l'auberge espagnole ! »¹⁴⁵

3.1. « Vous engagez-vous à respecter la charte de l'étiopathie ? »

Si la dimension « non-conventionnelle » des médecines alternatives suggère une relative liberté dans les pratiques, il n'en va pas ainsi de l'exercice de l'étiopathie, du moins pas en étant affilié au RNE. En effet, selon les mots de l'ancien président de l'IIE, cet exercice comporte des « devoirs » ainsi que des « contraintes ». Le diplôme d'étiopathe n'est d'ailleurs délivré qu'à la condition que le praticien s'engage, devant ses confrères et consœurs, à signer la « charte de

145 Propos tenus par M. Bretin, directeur de la Faculté Libre d'Étiopathie de Bretagne.

l'étiopathie ». L'entrée dans la « profession » est donc inséparablement un passage sous le « giron étiopathique ». Lors du congrès de 2015, les nouveaux étiopathes se le voient rappeler avant et après la cérémonie de remise des diplômes :

« Vous allez, lors de cette remise de diplôme, être amenés à signer la charte de l'étiopathie. C'est un geste qui peut vous paraître anodin, mais loin s'en faut. C'est un instant où vous passez dans le giron étiopathique, avec tous les devoirs et toutes les contraintes que ça impose. C'est quelque chose dont vous devez prendre conscience, c'est l'instant qui vous amène à prendre conscience du changement d'attitude que vous devez avoir. Vous allez faire partie de la sphère étiopathique, vous en êtes un élément, vous en serez un membre, et là vous devrez faire face à tous un tas d'événements qui vous responsabiliseront en totalité. Je vous amène à en prendre conscience totalement. Ça paraît anodin, c'est quelque chose qui est capital. »

(Mot du président de l'IIE, en préambule de la cérémonie de remise des diplômes de 2015)

« Les autorités nous ont finalement classés comme activité manipulative de soin, classé officiellement, et ça c'est une grande victoire. Néanmoins, il y a quand même un problème : vous avez tous signé ce soir, et vous vous êtes tous engagés à suivre la charte de l'étiopathie. Pour vous, qui l'avez signée ce soir, et les autres qui l'ont signée dans le passé, je veux attirer votre attention sur le fait que maintenant, ayant une visibilité quasi-totale, ceux qui ne suivraient pas la charte de l'étiopathie mettraient l'ensemble de la profession en péril, et la finalité politique que nous visons pourra être compromise. Donc ceux qui par certains comportements ou certaines attitudes mettraient en péril l'ensemble de la profession devraient malheureusement être rappelés à l'ordre. Je tenais à préciser ce point, parce que c'est en étant parfaitement cohérent avec ce respect de la charte, vis-à-vis des professionnels et des autorités, que nous pourrions finalement devenir nous-mêmes la pointe de la médecine. »

(Mot de J-P. Moureau, président de l'IFE, au discours de clôture de la cérémonie de remise des diplômes de 2015)

Lors de la cérémonie, les étudiants sont appelés un à un par le directeur de leur faculté, puis c'est au tour du président de l'établissement de demander solennellement : « M./Mme Untel, vous engagez-vous à respecter la charte de l'étiopathie ? » Et les intéressé(e)s de répondre tous, très distinctement : « Oui, je m'y engage », avant un tonnerre d'applaudissements. Le/la désormais étiopathe signe ladite charte, puis se fait photographier en compagnie du président de l'IIE en train de lui remettre le précieux sésame. À l'exception de quelques-uns qui, dans l'euphorie du moment, s'empressent de saisir le diplôme présenté sous forme de rouleau, chacun en tient une extrémité afin de symboliser pleinement ce mouvement de passation. Lors de la cérémonie de 2015, cette scène se répète dans ses moindres détails autant de fois qu'il y a de diplômés, c'est-à-dire 56 fois. Parmi ces derniers figurent d'ailleurs une praticienne qui a en réalité terminé ses études l'année précédente, mais qui n'avait alors pu se rendre à la cérémonie. Elle a donc été priée de se présenter au congrès

de l'année suivante afin de se voir remettre son diplôme en bonne et due forme, c'est-à-dire en « prêtant serment » et en apposant devant témoins sa signature sur la charte¹⁴⁶.

Dans un espace où, livrés à eux-mêmes, les praticiens demeurent libres de s'en aller explorer d'autres méthodes de soin, de telles restrictions doivent contribuer à préserver la pratique étioopathique d'une éventuelle dissolution dans un « magma thérapeutique »¹⁴⁷, à en favoriser la promotion auprès du public et, *in fine*, à en obtenir la reconnaissance. Ces mesures ont cependant pour conséquence de réduire le nombre de praticiens. Dans l'extrait suivant, le directeur de la FLEB explique la nécessité pour les étioopathes de s'en tenir au respect des *Principes fondamentaux* formulés par C. Trédaniel, socle de « l'identité étioopathique » (ainsi qu'on le verra au chapitre 7) :

« L'étioopathie ce n'est pas l'auberge espagnole ! Et comme c'est quelque chose de normé, ça frustre un certain nombre de praticiens qui auraient très envie d'aller explorer des pistes, de faire des trucs et des machins... Or nous ce qu'on essaye de proposer à la population c'est un service qui soit à peu près le même dans tous les cabinets. [...] Mais il y en a toujours... On a bien vu : de bons anatomistes qui sont venus enseigner ici, lorsqu'ils sont partis chez les ostéopathes, ils ont fait des cours de posturaux, des trucs, des machins, et ça devient n'importe quoi ! L'offre fournie aux patients n'est plus la même. Il y en a qui ressortent avec des semelles, il y en a qui ressortent avec des... Et ce n'est pas ce qu'on veut ! [...] Il faut que quand on frappe à la porte d'un cabinet d'étioopathie avec une pathologie précise on ait quasiment le même traitement dans tous les cabinets de France. C'est ce qui fait qu'on va pouvoir progresser dans une sorte de réponse aux besoins du patient. [...] On ne peut pas faire tout et son contraire parce que sinon cela cesse d'être de l'étioopathie. On ne peut pas rester au sein du registre si on fait autre chose. Bon, il y en a qui ne supportent pas ça, ils veulent être plus libres etc... C'est pas complètement libre de faire de l'étioopathie. Et c'est tant mieux, moi je pense que c'est nécessaire. Si on veut que ça dure, il faut être strict sur les Principes. »

(M. Bretin, étioopathe en exercice depuis 21 ans, directeur de la FLEB)

Cette pratique exclusive de l'étioopathie constitue, avec la question de la reconnaissance, le second point de clivage dans la « politique » menée par les associations. Ces dernières se dotent par ailleurs de statuts qui doivent leur permettre d'exclure les praticiens ne satisfaisant pas à cette condition.

146 Après la cérémonie, cette praticienne me confie d'ailleurs que les organisateurs ont oublié son diplôme et qu'ils ont dû utiliser un papier de substitution.

147 Magma qui caractérise assez bien l'espace des médecins non-conventionnelles, bon nombre de thérapeutes étant des polypraticiens (LAPLANTINE & RABEYRON, 1987).

3.2. L'IFE et le RNE : Des associations « ordinales » :

L'IFE (ex-INE), association loi 1901, a pour objet de « réunir les spécialistes qualifiés en vue de la recherche scientifique dans le concept étiopathique, de promouvoir la synthèse des applications de cette science et d'œuvrer utilement pour son avenir ». Son règlement intérieur précise les conditions d'exercice suivantes :

- « Tous les membres de l'Institut Français d'Étiopathie s'engagent à exercer leur art en tant qu'étiopathe exclusivement.
 - Chaque membre ne doit pratiquer que l'étiopathie, à l'exclusion de toutes autres disciplines.
 - Chaque membre devra exercer en praticien indépendant. Il ne devra en aucune façon, signer de feuille d'Assurance maladie au titre d'auxiliaire médical, prescrire des médicaments, pratiquer les techniques instrumentales.
 - Le cabinet de traitement ne devra être utilisé que pour la pratique de l'étiopathie.
 - La plaque ne devra porter que les mentions suivantes soit : "docteur en étiopathie", "étiopathe".
 - Chaque membre mettra à disposition des malades, les revues et publications éditées par l'Institut soit par l'Association pour la Promotion de l'Étiopathie. »
- (Règlement intérieur de l'IFE approuvé par l'Assemblée Générale du 5 décembre 1981)

En somme, tout est prévu pour que le praticien puisse être identifié à l'étiopathie et uniquement à l'étiopathie. En cas de manquement à ces prescriptions, l'article 6 des statuts dispose que « les membres de l'IFE peuvent être radiés par décision du bureau pour faute professionnelle, inobservation du règlement intérieur ou dérogation au code de déontologie et aux statuts ». L'IFE tient par ailleurs à jour une liste des seuls étiopathes « autorisés », généralement fournie dans les brochures de communication. À partir de 1986, ce contrôle s'effectue via le RNE, dont le règlement statutaire précise, contrairement à celui de l'IFE, que son objet est de « poursuivre en justice toute personne portant atteinte aux intérêts de la profession ou d'un organisme ou d'un membre régulièrement inscrit au registre ». À nouveau, ne sont tolérés que les étiopathes qui pratiquent uniquement de l'étiopathie, et qui le revendiquent :

« Les conditions générales indispensables pour figurer au registre sont les suivantes :

- Être de nationalité française ;
- être diplômé par les organismes régulièrement inscrits ;
- exercer en tant qu'étiopathe et être déclaré comme tel vis-à-vis des autorités ;
- ne pratiquer que l'étiopathie, c'est-à-dire la médecine mécaniste et manipulative à l'exclusion formelle de toute prescription médicamenteuse, allopathiques, homéopathiques ou phytothérapeutiques, d'intervention relevant de la chirurgie, d'usages d'aiguilles d'acupuncture et

de tout autre appareil employé généralement dans les traitements médicaux ou kinésithérapiques.

–De même tout praticien exerçant l'étiopathie sous le couvert de la kinésithérapie et a fortiori faisant rembourser ses actes par de fausses déclarations aux organismes sociaux est exclu de facto du registre »

(règlement statutaire du RNE, adopté lors de l'Assemblée Générale du 29 décembre 1987)

D'après un étiopathe en exercice depuis 19 ans, « *beaucoup [de praticiens] sont partis d'eux-mêmes ou se sont fait virer [du RNE]. L'information circule [explique-t-il]. C'est-à-dire que quand un patient vient me voir en me disant "tiens je suis allé voir un étiopathe", et qu'il est surpris par ma façon de travailler, je lui dis "mais il a fait quoi ? Il a fait ça ? Ah, bizarre..."* ». À l'occasion d'un congrès annuel, j'ai pu rencontrer un praticien en passe d'être radié du RNE pour avoir voulu user officiellement du titre d'ostéopathe (voir l'encadré n°2 : Un exemple d'exclusion : l'histoire d'Anthony, p. 72). J'ai également pu retrouver sur internet quelques praticiens déclarés naguère au RNE et qui, désormais, s'adonnent à d'autres pratiques en plus de leur thérapie manuelle, comme la naturopathie, le reiki ou la psychothérapie.

Encadré n°2 : Un exemple d'exclusion : l'histoire d'Anthony

Lors du congrès annuel d'étiopathie de 2015, à Deauville, je fais la connaissance d'Anthony, un praticien ayant démarré ses études en 2004, et qui exerce depuis environ cinq ans. Il dispense des cours à la faculté d'étiopathie de Toulouse, dont il est le trésorier, et est également membre du jury d'examen des mémoires. Anthony me fait part de son projet d'aller s'établir en Australie pour rejoindre de la famille. Il m'explique alors que, l'étiopathie n'étant pas plus reconnue là-bas qu'en France, il s'en est allé effectuer une formation en ostéopathie qui lui a procuré le droit d'user de ce titre. Il pourra donc exercer en Australie en tant qu'ostéopathe, mais « *toujours en pratiquant de l'étiopathie* » précise-t-il. La manœuvre est cependant mal perçue par certains de ses confrères et, après avoir fait part à l'IFE de sa formation (après coup), Anthony s'est d'emblée exposé à une radiation du RNE. « *Ils ont sans doute déjà parlé de moi [lors des assemblées générales de] jeudi* », m'explique-t-il. Et l'un de ses amis de lancer, sur le ton de la boutade : « *allez Anthony, si demain tu vois une guillotine, c'est pour toi !* ». Dès le départ, Anthony était conscient des risques, mais n'était pas disposé à reconsidérer son projet. Le lendemain, le directeur de la FLEB m'interpelle alors que je me rends à une conférence. Celui-ci me dit avoir remarqué où j'étais attablé le soir précédent, et fait mention d'un « *psychodrame* » de nature « *politique* » avec l'ostéopathie, dont il devra me parler ultérieurement. Nous abordons le sujet plusieurs mois plus tard, lors d'un entretien.

ENQUÊTEUR : « *Vous m'aviez interpellé au congrès si vous vous rappelez, après avoir vu où j'étais attablé.*

M. BRETIN : *Oui, je m'en rappelle très bien. C'est très simple : tous ces jeunes qui étaient attablés ont fait la démarche d'usurper un titre. En fait ils ont été acheter le titre d'ostéopathe dans le sud de la France, dans une école à Béziers [...] Anthony, j'en suis resté sidéré de son comportement ! Dites-vous bien que pendant six ans, on lui a expliqué la différence entre ostéopathie et étiopathie, on lui a expliqué toutes ces différences de concepts, on lui a expliqué que la survie de l'étiopathie*

en tant que concept et en tant que procédés thérapeutiques passait par un esprit de corps en quelque sorte, par la revendication d'une différence, et lui la première chose qu'il a faite quand il s'est agi d'organiser une éventuelle installation en Australie, c'est acheter un diplôme d'ostéo. J'en suis resté sidéré ! On a eu d'autres exemples : on a eu une diplômée ici qui est allée s'installer à Montréal, pour elle aussi ça aurait été tellement plus simple de revendiquer un diplôme d'ostéopathe, d'aller dans le sud de la France et d'allonger 3 000 € – parce qu'à l'époque ce n'était pas plus, c'était entre trois et cinq week-ends où ils apprenaient des manipulations, c'était complètement incroyable... Et cette fille elle a revendiqué le titre d'étiopathe, elle y est allée, elle a fait toutes les démarches auprès du gouvernement local pour ouvrir un cabinet d'étiopathie. Donc c'est parfaitement possible ! [...] Donc [Anthony] c'est un type dont les convictions étiopathiques sont assez fragiles quoi ! Pour qu'il pense qu'effectivement c'est foutu d'avance ! »

Quelques jours avant cet entretien, Anthony se faisait radier du RNE. Aujourd'hui, il ne figure plus sur l'annuaire de l'IFE.

Parmi ces polypraticiens, certains semblent encore utiliser l'étiquette « d'étiopathe », signe que la régulation qu'entend instaurer le RNE demeure imparfaite. Lors d'une conversation captée lors d'un congrès, un membre du bureau de l'association déplorait d'ailleurs sa relative impuissance sur le plan juridique. D'après lui, s'il était toujours possible de supprimer un praticien fautif du registre, de ne plus l'inviter au congrès et, potentiellement, de ne plus lui faire bénéficier de l'assurance professionnelle, il s'avérait en revanche impossible de l'empêcher d'exercer en tant qu'« étiopathe ».

3.3. La Revue Internationale de Médecine Étiopathique : un contrôle en amont

La radiation du RNE constitue cependant un ultime recours. En amont, la *RIME*, « pour partie financée par les écoles » et « donnée aux étudiants » d'après J-F. Gautier, est censée prévenir les « déviances ». En somme, puisqu'il est impossible de contrôler, il s'agit de convaincre. La promotion continue de l'étiopathie, associée à une critique constante des autres thérapeutiques, devait favoriser, d'après Jean-François Gautier, « la conscience d'appartenir à un milieu ».

« Ce qui nous intéressait plus, c'était au moins deux choses : la première c'était de faire comprendre aux membres de la profession qu'il y avait un travail de recherche continu, qu'on ne s'arrête pas, qu'il faut réviser tel ou tel chapitre d'anatomie, qu'il y a des cas qu'on ne traitait pas mais qu'il faut commencer à traiter parce qu'on a eu tel type de résultat, etc. Donc ce type de formation continue a été très efficace. Il a été très efficace parce qu'avec Christian Trédaniel on avait mis en évidence, dans nos conversations à nous, qu'il y avait une partie de la profession, et beaucoup chez les étudiants, où se discutait dans une espèce de conversation continue qui émergeait plus ou moins au moment des congrès, il y avait des gens qui parlaient d'homéopathie, qui parlaient d'acupuncture, qui parlaient de ceci, de cela. Bon. Pourquoi pas ? C'est pas la peine de faire la police de la pensée là-dessus, c'est

complètement idiot. L'important c'était qu'ils comprennent que, en face de ça, on a une autre manière de raisonner, qui est plus logique, plus efficiente, plus instruite surtout – parce qu'en acupuncture c'était quand même pas très instruit, et en homéopathie euh... bon. [...] Les revues étant pour partie financées par les écoles, elles étaient données aux étudiants, et les étudiants prenaient conscience, là, d'appartenir à un milieu, qui était un milieu de recherche, et qui n'était pas un milieu où on assène des vérités définitives ».

(J-F. Gautier, étiope, ancien enseignant en facultés libres d'étiopathie)

Le premier éditorial annonce l'ambition générale de la revue en critiquant d'emblée les usages « tous azimuts » des médecines non-conventionnelles par la « médecine classique ». Il introduit également le renversement symbolique qui structure l'essentiel du discours de légitimation des étiope : présenter l'étiopathie comme la science véritable, et la médecine officielle comme son exact opposé, dogmatique et irrationnel¹⁴⁸.

« [L'étiopathie] a, au fil des années, affiné sa rigueur diagnostique et étendu son champ d'action thérapeutique. Mais une science, quelle qu'elle soit, n'est jamais achevée. Comme l'a montré de longue date l'épistémologue Karl Popper, seules les dogmatiques et les religions sont infaillibles et figées ; les sciences, à l'inverse, ne restent sciences que si elles sont capables de remise en question de leurs lois générales selon les résultats de leurs expérimentations (critère que Popper nomme de "falsifiabilité"). Les réélaborations sont indispensables. La présente revue a pour vocation d'y contribuer dans le domaine médical. Il va de soi néanmoins que les contestations ou les invalidations ne peuvent s'opérer dans le désordre. On voit, en médecine classique, l'échec des thérapeutiques pharmaco-dynamiques déboucher sur l'aimantologie et la mémoire de l'eau. Le mésusage de la rationalité vient ici justifier l'irrationalité. C'est absurde. Il est important, pour la médecine étiope, de se prémunir par avance contre ce type de dérives »

(Éditorial de la *RIME* 1, 1989).

Si les éditoriaux de la revue dénoncent le « vertige épistémologique » du département universitaire de médecines naturelles (DUMENAT) de la faculté de Bobigny, lequel « juxtapose sans pudeur tout ce qu'un reste d'instruction avait su encore écarter des enseignements à prétention scientifique » (éditorial *RIME* 4, 1991), ou s'ils ironisent sur la tenue d'un symposium sur les médecines complémentaires en l'assimilant à une « nef des fous » (éditorial *RIME* 16, 1995), ce ne sont guère que l'homéopathie et l'ostéopathie qui font l'objet de critiques argumentées, encore que de manières très inégales. L'homéopathie, pour sa part, ne se voit discréditée qu'à travers l'éditorial de la *RIME* n°24, qui rappelle l'absence de preuve tangible quant à son efficacité :

« À peine a-t-on le temps d'apprendre que les expériences de Benvéniste¹⁴⁹ établissant la mémoire de l'eau utilisaient non du H₂O de laboratoire mais une eau de robinetterie contenant

148 Ce discours, ainsi qu'on le verra au chapitre 7, est essentiellement un discours d'auto-légitimation.

149 En 1988, ce dernier suscite une controverse en publiant l'hypothèse d'une « mémoire de l'eau ». Le médecin immunologiste, alors sous contrat avec les laboratoires Boiron, donne ainsi du crédit au « pouvoir guérisseur » des dilutions infinitésimales des principes actifs utilisées en homéopathie.

plus de composés solubles que n'en produira jamais le moindre eudiomètre de lycée, et voilà que fleurissent à pleines pages les civilités des commissions européennes célébrant les espoirs procurés par l'homéopathie [...]. Sans compter l'énoncé de la plus dure des réalités : les labos homéopathiques français sont les premiers du monde. Belle affaire que voilà, dans tous les sens de l'"affaire". [...] On pourra toujours dire que l'empirisme a ses mérites, et que la science qui en rend compte ne vient à son secours que dans un second temps. Certes. Mais entre le *Traité de matière médicale* de Hahnemann, daté des années 1820, et cette fin de siècle, un peu d'eau (diluée ?) a coulé sous les ponts, et la science n'est toujours pas plus avancée quant à la pertinence ou à l'impertinence des traitements. »
(« La dilution des anges », éditorial *RIME* 24, 1998).

L'ostéopathie, et en particulier l'ostéopathie crânienne, fait en revanche l'objet de plusieurs articles. Dès son second numéro, la *RIME* se fait fort de « préciser une fois pour toute la position de la [revue] » quant à « la mobilité des os du crâne » chère à une partie des ostéopathes. L'article se compose pour l'essentiel de deux extraits de traités d'anatomie de Paul Poirier et Marie-Philibert-Constant Sappey, qui montrent qu'aucun mouvement des os du crâne n'est possible sans fracture préalable¹⁵⁰. Le troisième numéro offre une revue « critique » de l'autobiographie d'A. T. Still, dans laquelle l'auteur s'arrête longuement sur le mysticisme du personnage qui se serait vu révéler l'ostéopathie par Dieu¹⁵¹. Le numéro 7 publie une étude de Martin Lecoq, étiope et docteur en physiologie animale, qui « montre la fantaisie des affirmations ostéopathiques sur le pouvoir extraordinaire du LCR [liquide céphalo-rachidien], liquide "merveilleux et tout-puissant", animé d'un "mouvement primaire" qui lui serait propre, dont l'impulsion première apparaîtrait avant la naissance et perdurerait après la mort »¹⁵². Enfin, un article de la *RIME* n°21 entend démontrer que les pressions exercées sur le crâne ne modifient en rien les propriétés du LCR¹⁵³.

La structure de ces critiques peut être analysée à l'aune des positions respectives de ces thérapies dans l'espace des médecines non-conventionnelles, mais également à l'aune des enjeux auxquels sont confrontés les étiope. D'une part, les auteurs de la *RIME* concentrent leurs critiques sur leur principale discipline rivale : l'ostéopathie. D'autre part, ils s'en prennent à des cibles relativement « faciles », c'est-à-dire qui peuvent aisément générer du consensus. En effet l'homéopathie, de par l'hétérodoxie de ses principes et les controverses relatives aux travaux de

150 Becquerel, C. (1990). « La mobilité des os du crâne », *RIME*, (2), (p. 55-68). Cet article est entièrement reproduit dans la *RIME* 18.

151 Ardan, P. (1990). « Faute de Still », *RIME*, (3), (p. 24-30). Cet article a initialement fait l'objet d'une communication au précédent congrès annuel d'étiope. On remarque que l'auteur emploie ici le même argument que certains critiques des médecines non-conventionnelles qui soulignent la dimension souvent « révélée » et « mystique » de la thérapeutique à son « fondateur » (PINSULT & MONVOISIN, 2014, p. 59-114).

152 Lecoq, M. (1992). « Respiration thoracique et pression du LCR », *RIME*, (7), (p. 20-32). L'auteur a par ailleurs soutenu une thèse de doctorat intitulée *Étude des modifications de pression de certains composants biochimiques du LCR, en rapport avec la mobilisation des os du crâne* en 1980, pour le laboratoire de Physique-Environnement de l'Université de Rennes.

153 Gautier, J-F. (1997). « Du LCR et de ses fluctuations », *RIME*, (21), (p. 7-35).

Jacques Benvéniste, prête facilement le flanc à la critique. Quant à l'ostéopathie, lorsque ce n'est pas Andrew Taylor Still lui-même (le « fondateur » de la discipline) et ses révélations divines qui sont tournées en dérision, c'est systématiquement l'ostéopathie *crânienne* qui est la cible des attaques, ce « courant » ostéopathique « fondé » par William Garner Sutherland (1873-1954) dont le principe thérapeutique repose sur un « mécanisme respiratoire primaire » du corps (ISSARTEL & ISSARTEL, 1983)¹⁵⁴ ¹⁵⁵. On ne trouve rien, en revanche, sur la naturopathie, la phytothérapie, la mésothérapie, ou sur les autres pratiques de vertébrothérapie, identifiées comme étant plus proches des savoirs légitimes par F. Bouchayer (1986a). Même l'acupuncture, pourtant fort bien représentée dans le champ des médecines alternatives et chez les médecins, se voit épargnée, tout comme la chiropraxie (hormis quelques commentaires marginaux sur la « philosophie » de B. J. Palmer¹⁵⁶) dont les étiopathes sont également proches. Ainsi, malgré un ton très polémique, la rédaction de la *RIME* semble avoir opté pour une certaine prudence en ne « démontrant » la supériorité de l'étiopathie sur les autres médecines non-conventionnelles qu'à travers la critique de ces cas « extrêmes » que sont l'ostéopathie crânienne et l'homéopathie. D'une certaine manière, la structure du discours rappelle celle des « occupants » à l'égard des « intrus » dans ce village décrit par Norbert Elias dans ses « Remarques sur le commérage » : l'image que les premiers renvoient des seconds est essentiellement modelée sur la « minorité du pire ». Cette image, à la fois négative et largement partagée, a précisément pour effet de valoriser ces « occupants » et de renforcer la cohésion de leur groupe (ELIAS, 1985). Les étiopathes, donc, sont loin de faire preuve d'une quelconque « solidarité » vis-à-vis des autres praticiens non-conventionnels. Au contraire, la rédaction de la *RIME* met un point d'honneur à présenter l'étiopathie comme un mouvement « à part » et ne produit pas la moindre réflexion méliorative à l'égard d'une autre méthode thérapeutique. Elle prolonge ainsi la stratégie de sanctuarisation de l'étiopathie opérée très imparfaitement par les associations

154 Pour Françoise Bouchayer, qui s'est employée à esquisser une cartographie des médecines non-conventionnelles, les thérapeutiques sont plus ou moins compatibles avec les savoirs légitimes, et parmi les savoirs les plus hétérodoxes figurent précisément ceux relatifs à l'homéopathie et au mouvement (ou mécanisme) respiratoire primaire des ostéopathes (BOUCHAYER, 1986a).

155 Cette focalisation ne concerne pas que les articles mais également les critiques ponctuelles, distillées ça et là dans les revues. Par exemple : « On a pu voir récemment [...] des ostéopathes dissenter sur le mouvement respiratoire primaire après la mort [...] faisant ainsi entrer le maraboutisme dans la catégorie des thérapeutiques prises en charges par le budget social de la Nation » (l'auteur parle en l'occurrence de médecins ou de kinésithérapeutes ostéopathes) (Gautier, J-F. (1990). « Le mythe de la médecine édenique », *RIME*, (2), (p. 73)) ; « À considérer les manipulations comme des recettes applicables en tout lieu et en tout cas, les successeurs modernes [des rebouteux] en viennent à ignorer ce qui fait la spécificité de la méthode mécaniste, pour donner eux aussi dans le magique et le charlatanisme. L'ostéopathie offre dans ce domaine des exemples confondants, de pratiques manipulatives destinées à mobiliser le liquide céphalo-rachidien, à drainer des réseaux lymphatiques ou à libérer des énergies vitales » (« De l'art médical », éditorial de la *RIME* 13, 1994) ; « L'étiopathie, quoiqu'en prétende [le docteur] Leymarie, n'a rien à voir avec l'ostéopathie. [...] Elle ne s'occupe pas de manipuler le LCR, Fluide Merveilleux, Moteur de toute Vie et de toute Maladie (Desjours, A. (1997). « Mobilisations forcées et monopole forcené », *RIME*, (21), (p. 79)).

156 Par exemple : « Le *toggle recoil* est l'apport le plus intéressant de la chiropraxie. Il a été méticuleusement mis au point à partir de techniques traditionnelles par B. J. Palmer, théoricien et "philosopheur" de cette méthode » (Aimard, R. (1991). « Manipuler l'atlas sans "putter" », *RIME*, (4), (p. 76)).

« ordinales »¹⁵⁷.

Conclusion du chapitre 1 :

Si l'on considère la période couvrant le début des années 1960 jusqu'à nos jours, on constate que l'espace de l'étiopathie et celui de l'ostéopathie ont suivi deux modes de structuration antagonistes : le premier, très réglementé, a eu tendance à exclure tout ce qui allait à l'encontre des *Principes fondamentaux* et de la hiérarchie en vigueur (notamment l'autorité de l'IIE en matière de définition des enseignements légitimes), quitte à demeurer dans l'illégalité ; le second, beaucoup moins restrictif, constitue plutôt un agrégat d'associations et d'écoles qui ont évolué parallèlement plus ou moins longtemps¹⁵⁸. D'une certaine manière, les étiopathes d'aujourd'hui sont largement redevables des ostéopathes d'hier : c'est bien parce que l'espace de l'ostéopathie a fait office de réceptacle qu'ils peuvent aujourd'hui prétendre à une relative unité, sans quoi il y aurait probablement plusieurs mouvements à se réclamer de « l'étiopathie », à commencer par les praticiens formés au CEE et au CELMEV¹⁵⁹. Les passages d'un espace à l'autre qui viennent d'être décrits n'ont d'ailleurs pas la prétention d'être exhaustifs : d'après un ancien étiopathe, désormais membre de l'AFO, des « fasciathérapeutes » auraient également usé tardivement de l'étiquette d'ostéopathe afin d'accéder à la reconnaissance légale.

« Aujourd'hui vous avez des gens qui ont un diplôme d'ostéopathe mais qui ne font pas de l'ostéopathie : ils font de la fasciathérapie, ils font des techniques énergétiques... [...] On

157 Cette sanctuarisation de l'étiopathie est d'ailleurs amorcée dès le début des années 1980, lorsque C. Trédaniel fonde sa propre société d'édition : « Avenir des sciences », afin de ne plus recourir aux éditions de la Maisnie (l'une des sociétés d'édition de son frère Guy Trédaniel), spécialisées dans la publication d'ouvrages de médecines alternatives en tout genre, d'ésotérisme, ou encore de développement personnel. Un enquêté raconte : « Ça commençait à poser problème, parce que je dis à Christian : "Les éditions de la Maisnie, elles sont connues dans les boutiques d'écolo buveurs de tisane un peu gaucho et tout, alors que toi t'es tout l'inverse. Ça te fait pas un peu drôle d'être là-dedans ?" Alors il me dit : "oui je sais, mais ça m'ennuie un peu, faut trouver un éditeur..." "Ben pourquoi tu fonde pas ta propre maison d'édition ? Être éditeur ça veut juste dire payer l'imprimeur en gros. La mise en page on la fait nous même !" » (Daniel, biologiste, enseignant en faculté libre d'étiopathie). Au final, seule la première édition des *Principes fondamentaux* a été publiée aux éditions de la Maisnie. La deuxième édition, qui date de 1982, est déjà publiée par Avenir des Sciences. La revanche symbolique à laquelle contribue cette maison d'édition sera abordée au chapitre 7.

158 Ce mode de constitution ne saurait rapprocher les ostéopathes d'un groupe comme les cadres, étudiés par Luc Boltanski (1982), contrairement aux pionniers de ce qui allait devenir la kinésithérapie (MONET, 2003). En effet, tandis que « tout séparait » ces derniers (ne serait-ce que dans leurs procédés thérapeutiques : manipulations, gymnastique, eau, électricité, rayon X etc.) et qu'ils ont dû travailler activement (et avec plus ou moins de succès) à la définition de points communs, les ostéopathes, eux, partageaient d'emblée des techniques de manipulation et des concepts, un champ de compétence et, souvent, un « fondateur » (Andrew Taylor Still).

159 Cette unité reste cependant fragile. En 2016, un praticien qui figurait auparavant au RNE a annoncé la création de son propre « Registre Professionnel des Étiopathes ».

*devait avoir plusieurs réunions début 2002 pour mettre en place ces dossiers d'accréditation [des écoles d'ostéopathie] – depuis plusieurs années il y avait des réunions avec des représentants de la DRASS, de la Sécu... On avait commencé à mettre en place le dossier. On avait exigé que la barre soit mise très haute, parce que c'était dans l'intérêt de notre reconnaissance qu'il y ait un haut niveau d'enseignement, et le dossier était plus ou moins prêt mais les réunions après le passage de la loi ont été annulées. Terminé, plus personne au ministère de la santé, plus de contact, plus rien. C'était : "on change d'équipe, on vous rappellera". Plus personne. Et les DRASS aussi, quand elles appelaient pour avoir les dossiers. Parce que les écoles commençaient à appeler pour la rentrée suivante en septembre. Et ce qui s'est passé, c'est que les DRASS, dans l'été 2002, elles ont accrédité toutes les écoles qui envoyaient une demande. Il y avait des écoles qui n'étaient pas des écoles d'ostéopathie. Ça s'est su très vite. C'est un petit milieu hein... Elles ont changé de nom, elles se sont appelées écoles "d'ostéopathie" et elles ont demandé une accréditation, ce qui permettait de donner un diplôme reconnu à leurs élèves. Et je vois toutes les semaines des gens qui viennent me voir parce qu'ils ont été voir un ostéo quatre ou cinq fois et puis ça ne va pas mieux, et quand je les manipule ils me disent "ben il m'a jamais fait ça moi ! Il m'a mis la main pendant un quart d'heure sur la tête, ou il me fait des papouilles et puis c'est tout quoi !" Là c'est un parasitage pur et dur. Qui nous fait du tort et qui fait du tort aux malades. »
(Victor, ancien étiope formé à l'ISLEM de Paris, devenu ostéopathe et membre de l'AFO)*

De ce mode de structuration de l'ostéopathie découle une grande diversité des pratiques et des méthodes que n'ont pas manqué de relever les auteurs du rapport de l'INSERM sur la thérapeutique, paru en 2012 : « En France, la formation des ostéopathes est encadrée par des textes de loi, mais reste très hétérogène, fonction des nombreuses écoles qui l'enseignent, fonction également du cursus initial des étudiants qui s'y forment (médecins ou non, kinésithérapeutes ou non). Les indications de l'ostéopathie sont elles aussi variables d'une école à l'autre. Certaines se limitent aux troubles touchant la colonne vertébrale et les membres ; d'autres incluent également des troubles digestifs, génitaux urinaires ou neuropsychiatriques » (BARRY & FALISSARD, 2012, p. 2)¹⁶⁰.

Étudier les recours aux étiope présente finalement un double intérêt. D'une part, il permet de faire l'économie d'un travail préalable d'identification des pratiques qu'appellerait toute entreprise sur le terrain de l'ostéopathie. Il ne s'agit pas de prétendre qu'aucune variation n'existe d'un étiope à un autre (à titre d'exemple, un praticien de « la vieille école », formé au CEE, utilise des techniques de réduction vertébrale qui ne sont plus enseignées au sein des facultés libres

160 Cette hétérogénéité concerne aussi bien les médecins ostéopathes que les ostéopathes exclusifs : « Des différences fortes apparaissent selon les écoles de pensées au sein d'une même profession. Ainsi, le syndicat professionnel des médecins ostéopathes français soutient l'ostéopathie viscérale et l'ostéopathie crânienne. [...] Au contraire, le Syndicat de Médecine Manuelle-Ostéopathie de France préconise peu ces pratiques qu'il considère moins éprouvées et "où les bases scientifiques ne sont pas encore convaincantes". Stéphanie Mingam (Mingam, 2010) distingue deux courants de médecine manuelle-ostéopathie : l'école Maigne très structurelle et axée sur l'otéo-articulaire avec des fondements anatomiques et physiologiques (enseignée dans le DIU de Paris 5) et l'école ostéopathique plus classique ayant gardé les notions de dysfonction ostéopathique, de perte de mobilité, créées par Still (enseignée dans le DIU de Paris 13), axée sur l'otéo-articulaire mais aussi sur le viscéral » (BARRY & FALISSARD, 2012, p. 25-26).

d'étiopathie). Néanmoins, cette hétérogénéité des pratiques doit être bien moindre que celle qui caractérise l'espace de l'ostéopathie¹⁶¹. D'autre part, il s'avère que les pratiques de ces thérapeutes, qui ne sont que quelques centaines, ne sont sans doute pas si différentes (surtout si l'on se place du point de vue du profane) de celles d'une partie des ostéopathes, beaucoup plus nombreux, notamment ceux qui se revendiquent de l'ostéopathie « structurelle » ou « mécaniste »¹⁶². Lors du congrès de Deauville, suite à l'intervention de Maître Mouchart sur la nécessité d'évaluer les traitements étiopathiques, un praticien a d'ailleurs suggéré de simplement reprendre des résultats relatifs aux traitements ostéopathiques, afin de « *s'éviter tout un protocole* » et au motif que les techniques employées sont les mêmes¹⁶³. Comme on le verra au chapitre 7, c'est essentiellement à travers leur méthode de raisonnement et leurs concepts que les étiopathes entendent se distinguer. Ainsi l'analyse de ce qui, à première vue, passe pour une médecine relativement marginale, peut en fait contribuer à saisir un phénomène beaucoup plus étendu¹⁶⁴, et qui n'a encore jamais été étudié de près par les sociologues.

161 L'ancien étiopathe cité plus haut, désormais membre de l'AFO, concède d'ailleurs que « *quand on va voir un étiopathe, on est sûr qu'il est mécanicien. Ça par contre c'est clair. Ils feront un travail quoi.* »

162 L'un des clivages le plus visibles est sans doute celui relatif à l'ostéopathie dite « crânienne » initiée par William Garner Sutherland (ISSARTEL & ISSARTEL, 1983, p. 87-135), qui n'a pas droit de cité dans les facultés libres d'étiopathie. L'un des étiopathes devenu ostéopathe et membre de l'AFO déclare par exemple : « *L'objectif final était notre reconnaissance. Toujours. Et de garder un esprit scientifique, une démarche cohérente, et de pas tomber dans certains excès qu'ont certaines écoles d'ostéopathie avec les mouvements respiratoires du cerveau, le LCR [liquide céphalo-rachidien] enfin... C'est compliqué après pour pouvoir être accepté dans la communauté scientifique* » (Victor, ancien étiopathe formé à l'ISLEM de Paris, devenu ostéopathe et membre de l'AFO).

163 Le praticien en question déclara : « *Un certain nombre de techniques utilisées en étiopathie, particulièrement les manipulations vertébrales, ont déjà été évaluées Outre-Atlantique. C'est-à-dire que même si chez les chiropracteurs et les ostéopathes la démarche n'est pas similaire au niveau du diagnostic, au niveau des traitements elle présente certaines similitudes. Et leurs manipulations vertébrales ont déjà été évaluées dans un grand nombre de revues scientifiques de haut niveau. Est-ce qu'il serait possible d'utiliser ces résultats pour prouver l'efficacité de la technique manipulative et, par ce biais, s'éviter tout un protocole de double-aveugle qui nécessiterait un grand nombre de patients ?* » [...] *Je vais prendre un truc tout bête : une manipulation qu'on appelle en anglais "high velocity low amplitude", ce qui correspond à un thrust sur la cinquième lombaire et les conséquences que ça peut entraîner sur une lombalgie basse, les résultats que ça entraîne, c'est des choses qui existent déjà. Est-ce qu'il nous serait pas possible d'utiliser ces résultats-là ?* » Ce à quoi Maître Mouchart opposa : « *le danger de se coller à la littérature ostéopathique, c'est de vous faire assimiler, de perdre votre identité* ». Les étiopathes n'ont finalement pas tenté de récupérer ces études.

164 En janvier 2015, le Registre des Ostéopathes de France comptabilisait plus de 22 300 praticiens.

Chapitre 2

« Une thèse de doctorat sur l'étiopathie, ça se bichonne ! » : la position des étiopathes au prisme des conditions d'enquête

Du fait de son caractère illégal et des accusations de dérives sectaires dont elle a fait l'objet, l'étiopathie apparaissait comme un espace potentiellement difficile d'accès à un enquêteur « extérieur ». Le fait que les praticiens, en nombre restreint, soient chapeautés par une autorité commune (l'IFE) rendait même envisageable une fermeture complète du terrain. C'est pourquoi je me suis efforcé de garder systématiquement des traces de mes interactions avec les étiopathes ou acteurs du monde étiopathique. À elles-seules, les conditions d'accès au terrain peuvent être particulièrement significatives, de sorte qu'il convient toujours, ainsi que l'a préconisé Muriel Darmon, de faire démarrer l'enquête « avant l'enquête » (DARMON, 2005). Les travaux de cette dernière sur l'anorexie, ou encore ceux de Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie dans le bocage mayennais (FAVRET-SAADA, 1977), montrent combien les « mises en échec » et les matériaux *a priori* « inexploitable » peuvent finir par constituer des données empiriques de premier choix. Mais c'est finalement tout le contraire qui s'est produit : du fait de l'objet initial de ma recherche – les « patientèles des étiopathes » –, je suis rapidement apparu comme un allié potentiel pour des praticiens aspirant à plus de légitimité. L'objectif de ce chapitre est donc double : d'une part, restituer au lecteur les matériaux sur lesquels reposent cette enquête et les conditions dans lesquelles j'ai pu y avoir accès ; d'autre part, montrer que les conditions de l'enquête sont révélatrices de la vulnérabilité des étiopathes et qu'elles mettent en relief les enjeux de reconnaissance auxquels ils sont à présent confrontés. Ce travail de restitution semble d'autant plus nécessaire que cette « alliance » des étiopathes avec le sociologue fait immanquablement poindre la question de sa possible instrumentalisation.

1. Une enquête sur les « patientèles » :

La volonté d'étudier des « usagers » et non seulement des praticiens s'enracine dans l'expérience du mémoire de Master 1 qui portait sur les trajectoires de sophrologues¹⁶⁵. Au terme de cette enquête, qui constituait mon premier contact avec la recherche en sociologie, j'en suis venu à soutenir que l'orientation tardive des enquêtés vers ce métier prenait racine dans une exposition à un déclassement social et dans une expérience plus ou moins proche de ce que l'on qualifie de « burn-out ». Le leitmotiv des praticiens, à savoir la vision (généralement enchantée) de l'individu « acteur de sa vie » me semblait à ce titre symptomatique d'un besoin de revalorisation et, simultanément, d'une profonde cécité quant aux causes sociales et structurelles des « crises » qu'ils avaient traversées. Cette « science de la conscience » m'apparaissait en outre comme la traduction d'une idéologie bourgeoise et managériale, cherchant à adapter toujours plus les travailleurs aux exigences de rendement, et parfois prompte à leur faire porter la responsabilité en cas d'échec. Elle s'inscrivait ainsi pleinement dans le mouvement de psychologisation de la souffrance au travail, qui conduit à porter l'attention essentiellement sur l'individu et à refouler la question de l'organisation de la production, et dont certaines entreprises se servent pour accroître la pression exercée sur leurs employés (GOLLAC ET AL., 2006)¹⁶⁶. L'enquête, cependant, devait susciter une frustration et même un inconfort dans la mesure où elle ne disait absolument rien des personnes qui sollicitaient les sophrologues¹⁶⁷. Dans quelle mesure ce discours « managérial » et profondément individualisant était-il reçu ? Était-il seulement véhiculé lors des séances avec l'utilisateur ? Autrement dit, cette focalisation sur les praticiens ne conférait-elle pas à ce discours une dimension démesurée ? Du travail des sophrologues, le mémoire n'éclairait que la façade. Dans le cas des étioopathes, je souhaitais donc aller d'emblée à la rencontre des usagers, quitte à laisser de côté les praticiens lors de l'enquête pour le mémoire de Master 2 (CADÉRON, 2014), et ce d'autant plus que les prétentions thérapeutiques des praticiens, *a priori* relativement proches de ce que peut proposer un médecin ou un kinésithérapeute, étaient particulièrement intrigantes.

Ce tropisme en direction des usagers recelait un autre intérêt, plus pragmatique : au cours de l'enquête sur les sophrologues, je craignais que ces praticiens peu connus et peu reconnus ressentent une méfiance à l'égard de l'enquête. J'avais donc choisi de dissimuler mon intérêt tout

165 Étymologiquement la « science de la conscience », la sophrologie est une technique de développement personnel à médiation corporelle. Elle doit favoriser la gestion du stress, de la douleur, du sommeil, ou encore aider à la concentration. La discipline, à l'instar de l'étiopathie, a été dans le viseur de la Miviludes (CADÉRON, 2013).

166 Le conditionnel est ici de rigueur, ces propos ne reposant que sur les éléments empiriques d'une enquête de master 1.

167 Encore que la plupart des sophrologues enquêtés avaient d'abord découvert la sophrologie en tant qu'usagers.

particulier pour les trajectoires des enquêtés et présentais mon travail comme une étude sur « la sophrologie », en en taisant la dimension sociologique. Contents que l'on s'intéressât à leur travail, certains sophrologues me demandèrent de leur fournir le mémoire une fois la soutenance passée. Compte tenu de l'exploitation d'éléments biographiques relativement intimes (essentiels à la compréhension des trajectoires), mais également en raison du propos – d'ailleurs exposé sur un mode dénonciateur – je n'en fis rien¹⁶⁸. Bien que je n'ai pas envisagé d'avancer masqué de la sorte pour l'enquête du M2, je supposais que le fait de travailler d'abord sur les « patients » faciliterait l'accès au terrain et serait perçu, aux yeux des étiopathes, comme une façon de promouvoir leurs savoirs et leurs savoir-faire. L'emploi du terme « patient » était d'ailleurs délibéré, d'un point de vue normatif tout d'abord : loin d'apparaître comme les praticiens d'une simple médecine de « confort », les étiopathes me semblaient soigner de « vrais problèmes » (c'est-à-dire des problèmes pour lesquels j'aurais pu consulter moi-même). En d'autres termes, cette proximité revendiquée avec la médecine officielle me paraissait légitime. Ce n'est qu'à la fin de l'enquête pour la thèse que les termes de « clients » ou d'« usagers » ont pu être justifiés de façon analytique, pour des raisons qui seront déclinées au chapitre 3¹⁶⁹. Ensuite, d'un point de vue stratégique, il me semblait dans tous les cas plus judicieux d'utiliser le terme de « patient » dans la mesure où les étiopathes l'employaient eux-mêmes, dans leurs supports de communication mais aussi dans leur pratique quotidienne. En calquant leur lexique, je ne risquais pas de heurter leurs représentations. Au final, sur le plan chronologique, toute la première partie de l'enquête a concerné les usagers, à l'exception de

168 Cette incapacité à assumer l'analyse n'a pas été sans susciter un malaise et des interrogations. La présente enquête, qui propose une déconstruction des modes de légitimation des étiopathes et donne à voir l'écart entre ce que ces praticiens prétendent faire (ce par quoi ils se valorisent) et ce qu'ils effectuent réellement (voir le chapitre 7), devait me mettre dans une situation similaire. Il semble cependant que le sociologue ne soit jamais à l'abri de heurter ceux dont il entend objectiver les pratiques. C'est en tout cas la conclusion à laquelle parvient William Whyte dans la postface de son ouvrage *Street corner society* : « Quand vous allez être interviewé par un journal, vous vous mettez sur votre trente et un, vous vérifiez que la vaisselle est faite et en général vous dites tout ce qu'il faut pour soigner votre image. Vous vous présentez au public dans le rôle que vous aimeriez jouer devant devant lui. C'est ce qu'on ne peut pas faire avec un chercheur en sciences sociales qui arrive chez vous et partage votre vie. Je ne vois aucun moyen de contourner ce problème. Je suppose qu'il y aura toujours des aspects de nos travaux qui provoqueront une certaine gêne chez les gens que nous avons étudiés » (Whyte, 2007, p. 375). La confrontation aux enquêtés peut cependant être appréhendée comme une opportunité. Cette contrainte peut en effet incliner à la rigueur, puisqu'il s'agit d'anticiper des critiques potentiellement virulentes. Elle doit en outre favoriser l'adoption d'une écriture traduisant la capacité réflexive du chercheur, dont la principale qualité n'est jamais que de bénéficier de temps (parfois de beaucoup de temps) pour « s'arrêter » sur les mécanismes sociaux qui « entraînent » ses enquêtés – pour reprendre la fameuse formule de Pascal – et qui tendent à l'entraîner à son tour sitôt ressorti du laboratoire.

169 Il peut sembler tout à fait malvenu d'employer indifféremment ces deux termes dans la mesure où « l'usager » peut désigner un individu qui bénéficie d'un *droit* réel à usage ; à ce titre, on parle généralement « d'usagers » lorsqu'il est question du service public. Or les étiopathes, eux, ne jouissent même pas d'un statut légal. Ceci étant, si la réalité sociologique de la différence entre le « client » et « l'usager » a un temps été étayée par de nombreux travaux, celle-ci semble désormais largement érodée, au point qu'à la vue des récentes législations en matière d'action sociale, Michel Chauvière a émis l'hypothèse que l'usager n'est qu'une « "catégorie provisoire ou transitionnelle" dans un processus déjà bien engagé de révolution des fondements de l'action publique, dont le modèle implicite est désormais le client » (CHAUVIÈRE, 2006). On retiendra dans tous les cas que ce terme est ici à prendre dans son acception la plus élémentaire : « celui qui fait usage ».

quelques entretiens menés avec des praticiens (et un enseignant) pour reconstituer l'histoire de l'étiopathie. Le « virage » vers les thérapeutes ne fut amorcé qu'une fois le recueil de données sur les usagers pratiquement terminé, alors que j'étais déjà bien « inséré » dans le milieu étiopathique et que j'avais eu accès aux matériaux qui m'apparaissaient les plus cruciaux (les dossiers des « patients »)¹⁷⁰. De cette manière, je m'assurais (du moins dans mon esprit) de pouvoir produire une analyse sur les usagers en cas d'écueils du côté des praticiens.

2. L'IFE entre contrôle et soutien logistique :

Au début de l'enquête de Master 2, compte tenu du calendrier universitaire et du temps *a priori* nécessaire à la récolte des matériaux¹⁷¹, et étant donnée la portée relative d'un tel travail (qui n'a pas le même « poids » qu'une thèse), je choisis d'aller directement à la rencontre de trois praticiens de la région nantaise, sans en référer à l'IFE, dans l'espoir de pouvoir déposer des questionnaires dans leur salle d'attente. Je leur propose d'emblée d'en vérifier le contenu : celui-ci comporte une quarantaine de questions – dont une seule ouverte – qui, après essais, nécessitent moins de 7 minutes. J'y interroge le motif de consultation, la structure de la consommation de soins (étiopathique, médicale, autres soins non-conventionnels et automédication « naturelle »), le mode de prise de connaissance de l'étiopathie, ainsi que les variables sociologiques « classiques » (sexe, âge, métier, niveau de diplôme, situation familiale, métiers des parents etc.). À la fin du questionnaire, les « patients » sont invités à laisser leurs coordonnées en vue d'un entretien destiné à « enrichir l'enquête statistique ». La première étiopathe n'émet aucune objection, et la récolte de matériaux démarre rapidement. Le second, en revanche, se pose la question d'en faire part à l'Institut au préalable. Après une courte négociation, qui consiste essentiellement à exposer mon besoin de démarrer l'enquête au plus vite et ma crainte que ce genre de « procédures administratives » fasse perdre un temps précieux¹⁷², le praticien accepte de se passer de son aval, en prenant soin de préciser que c'est uniquement parce qu'il s'agit d'un mémoire de fin d'études et non d'une thèse. Le troisième étiopathe, en revanche, se montre fort hésitant lors de notre première entrevue. Quelques jours plus tard, il m'annonce par téléphone que l'autorisation de l'IFE lui est finalement parue nécessaire, qu'il a pris l'initiative de transmettre le questionnaire à l'association, et

170 J'avais alors pu exposer mes premiers résultats sur le sujet lors du congrès de Marseille en 2016, lors de la deuxième année de thèse.

171 J'envisageais déjà, à ce moment, de candidater pour un contrat doctoral, ce qui impliquait de soutenir le mémoire en première session, au mois de juin.

172 Je n'avais alors, en toute bonne foi, aucune idée de la réactivité de l'IFE. Il s'agissait en outre d'éviter de m'exposer à son éventuel refus.

même de contacter ses deux confrères afin que ceux-ci attendent son verdict avant que quoi que ce soit me soit remis. Le 22 novembre 2013, immédiatement après avoir reçu cet appel, j'envoie un mail à l'IFE afin de me présenter et d'exposer ma démarche. J'explique éprouver un intérêt pour les problématiques qui touchent au « rapport au corps » et à la « gestion de la santé » en général et que, ayant récemment découvert l'étiopathie via un membre de ma famille (ce qui était vrai), je souhaite effectuer un travail sur le recours à ces soins. Je termine en précisant « qu'en tant que travail universitaire, le principe d'anonymat serait scrupuleusement respecté », et que l'IFE trouverait peut-être un intérêt à disposer des résultats d'une telle enquête¹⁷³. Assez rapidement, l'Institut donne une suite favorable à ma requête « sous réserve que les questions ne soient pas intrusives, notamment pour tout ce qui concerne les problèmes gynécologiques »¹⁷⁴. Ainsi, à la question portant sur le problème à l'origine de la consultation, on me prie de retirer la réponse « soins en obstétrique ». C'est là la seule et unique restriction. D'après la secrétaire de l'IFE, il s'agit de préserver l'intimité des clientes ; une explication qui ne fait guère illusion, le questionnaire étant entièrement anonyme. En réalité cette question pose surtout un double problème : celui d'interroger de but en blanc la concurrence des étiopathes à certaines fractions du corps médical, en particulier les sages-femmes et les obstétriciens, et, surtout, de suggérer que ces thérapeutes peuvent pratiquer des actes normalement interdits aux non-médecins tels que les touchers pelviens. Quelques jours plus tard, le praticien ayant sollicité l'IFE me tient les propos suivants, au sujet de la modification du questionnaire : « *Le contexte ne s'y prête pas si vous voulez. Dans quelques années peut-être, mais pour l'instant... C'est chaud !* » Ce premier contact montre que la prudence de l'IFE est à la mesure de la vulnérabilité de ceux dont il défend les intérêts. Ce contrôle des conditions de l'enquête traduit le danger potentiel que représente l'observateur extérieur pour ces praticiens en situation d'illégalité, parfois traduits en justice et taxés de « charlatanisme » ou de « sectarisme ». Bien plus tard, j'apprendrai que ce contrôle de l'IFE sur les relations des étiopathes avec « l'extérieur » est en fait prévu par la charte de l'étiopathie : « l'étiopathe s'engage à prendre contact systématiquement avec l'Institut Français d'Étiopathie avant de répondre à quelque sollicitation d'information (lettre de renseignements, conférence, salon, interview écrite, radiophonique ou télévisée, ...) ». Malgré cette demande de modification du questionnaire, l'enquête semble relativement bien accueillie. La secrétaire de l'IFE m'a ainsi fait savoir que la question « comment [le patient a-t-il] pris connaissance de l'étiopathie ? » les intéresse particulièrement. Elle prend en outre l'initiative de me recontacter dès le début du mois de février pour « savoir si j'ai pu collecter des informations intéressantes ». Depuis la disparition de C. Trédaniel deux ans plus tôt, la question de la

173 Correspondance du 22/11/13.

174 Correspondance du 16/12/13.

reconnaissance et du dialogue avec les instances officielles (l'INSERM notamment) se pose avec une acuité nouvelle. Aussi, l'heure n'est plus au repli sur soi et à la dissidence, mais à la recherche d'une légitimité inédite. L'investigation sociologique d'un universitaire peut manifestement aller dans ce sens.

Quelques semaines plus tard, au mois de décembre 2013, alors que je démarre ma série d'entretiens auprès d'usagers, je rencontre un couple d'amis du directeur de la FLEB, M. Bretin. Ce dernier, d'après eux, est très investi pour l'étiopathie et pourrait m'appuyer auprès de ses confrères (voir l'encadré n°3 : M. Bretin, directeur de la FLEB, et précieux soutien, p. 87). Je le contacte donc en janvier 2014 afin de préparer le terrain en vue d'une poursuite de l'enquête dans le cadre d'une thèse de doctorat. Je lui expose par mail ma recherche, assortie de quelques résultats, ainsi que l'intérêt de procéder à une enquête plus approfondie. Je conclus en expliquant que l'inscription en doctorat nécessite le dépôt d'un projet de recherche avant le 27 février et que, soucieux de répondre aux attentes et aux éventuels besoins des praticiens, il me semble important et nécessaire de pouvoir soumettre ce projet à l'IFE. Mes enquêtés ne s'étaient pas trompés : j'obtiens une réponse dans la demi-heure, et celle-ci est de bon augure. La sociologie des clientèles étant « *pour l'instant un mystère* », M. Bretin se dit ravi de pouvoir échanger sur le sujet. Nous convenons donc rapidement d'un rendez-vous, au cours duquel je lui expose plus précisément mon projet d'enquête, tandis que lui m'assure de son soutien. Avant de nous quitter, il me remet trois ouvrages publiés par les éditions des étiopathes : *Logique et pensée médicale* de l'étiopathe et docteur en philosophie Jean-François Gautier, dont je savais déjà qu'il avait été un acteur clé de la *RIME*¹⁷⁵; *L'homme-machine* de Julien Offray de la Mettrie ; et *Préhistoire du piéton. L'origine de l'homme basée sur l'anatomie comparée des hominoïdes* de l'anthropologue et chargée de recherche au CNRS Yvette Deloison¹⁷⁶. Loin d'être désintéressé, ce don – car je devais apprendre quelques mois plus tard que c'en était un, lorsque je tentais de les lui restituer – est aussi une façon pour l'enquêté d'influer sur le déroulement de l'enquête en s'assurant que j'aie accès aux « bonnes informations », et que je puisse ainsi, en tant que profane, appréhender l'étiopathie « correctement »¹⁷⁷. À y regarder de près, on peut attribuer à chacun de ces ouvrages une fonction distincte. Dans *L'Homme-Machine*, De la Mettrie rejette la

175 Le couple d'amis de M. Bretin que j'avais interviewé quelques jours auparavant disposait de 8 numéros de cette revue dans leur bibliothèque personnelle. L'époux accepta de me les prêter et, sans pouvoir entrer dans les détails, m'expliqua que la *RIME* avait cessé de paraître parce J-F. Gautier en avait été écarté.

176 Yvette Deloison a soutenu une thèse intitulée « Étude des restes fossiles des pieds des premiers hominidés : Australopithecus et Homo Habilis : Essai d'interprétation de leur mode de locomotion » en 1993, à l'université Paris 5, sous la direction d'Yves Coppens.

177 Antoinette Chauvenet et Françoise Orlic ont été confrontées aux mêmes stratégies durant leur enquête sur la police. « L'information donnée au chercheur sur des affaires qui ne concernent pas l'objet de sa recherche et qu'il n'a pas demandée vise à influencer ses conclusions de telle sorte qu'il se fasse l'avocat de telle catégorie professionnelle » (CHAUVENET & ORLIC, 1985).

dualité corps-esprit (ou substance étendue-substance pensante) exposée par René Descartes dans *L'animal-machine* au profit d'une conception strictement mécaniste de l'Homme¹⁷⁸. Cet ouvrage fournit la base philosophique sur laquelle va se déployer le raisonnement étiopathique, médecine « causale » et « déterministe » (voir le chapitre 7). L'ouvrage de J-F. Gautier, on l'a vu (voir l'encadré n°1 : C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence. p. 59), entend montrer en quoi l'étiopathie élève enfin la médecine au rang de « science ». Dans *Préhistoire du piéton*, enfin, l'auteure soutient une thèse allant à l'encontre de la théorie dominante : celle de la bipédie originelle, qui implique que l'Homme ne peut « descendre » ni d'un grand singe ni d'un australopithèque. Au contraire, « de ce primate vertical se sont détachées les branches menant aux grands singes, aux australopithèques et à l'Homme. Chaque branche s'est orientée dans des sens différents de spécialisation : suspension, brachiation et stricte bipédie au sol » (DELOISON, 2013, p. 223)¹⁷⁹. Quoique apparemment éloigné des problématiques des étiopathes, un tel ouvrage peut amplement intéresser ces praticiens non reconnus dans la mesure où il contribue à « rompre avec l'image irénique de la "communauté scientifique"[...], c'est-à-dire avec l'idée d'une sorte de "règne des fins" qui ne connaîtrait pas d'autres lois que celle de la concurrence pure et parfaite des idées, infailliblement tranchée par la force intrinsèque de l'idée vraie » (BOURDIEU, 1976). En faisant apparaître « la science » pour ce qu'elle est vraiment, à savoir un espace de lutte entre les tenants de théories « orthodoxes » et des tenants de théories « hétérodoxes », les étiopathes se donnent une chance d'apparaître comme des scientifiques véritables dont le rapport de force leur aurait été

178 « Le mécanisme est une philosophie de la nature selon laquelle [...] tout phénomène [peut et doit] s'expliquer d'après les lois des mouvements matériels. [...] Il a permis la naissance et le développement de la science classique. [...] Le terme "mécanisme" ne peut donc s'employer que génériquement pour désigner des mécanismes divers dans ce qu'ils ont de commun, la volonté de n'expliquer les phénomènes de la nature que par des lois des mouvements de la matière, qui est sans âme et sans vie. » (« Mécanisme, philosophie », [Encyclopædia Universalis](#)). En somme le mécanisme s'oppose aux conceptions vitalistes selon lesquelles les phénomènes biologiques constitueraient une exception aux lois de la physique-chimie. « Le mécanisme a, à l'heure actuelle, une position extrêmement solide, et l'on ne voit guère ce qu'on peut lui répondre quand, fort de ses succès quotidiens, il demande simplement des délais pour achever son œuvre, à savoir pour expliquer complètement la vie sans la vie » (Jean Rostand, *La vie et ses problèmes*, Paris, Flammarion, 1939, p. 155, cité par George Canguilhem, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2009, p. 120).

179 L'auteure a publié cette thèse pour la première fois en 1999 dans la revue *Biométrie humaine et anthropologie*", 1999, 17, p. 147 - 150. Son ouvrage est paru pour la première fois aux éditions Plon en 2004 sous le titre *Préhistoire du piéton. Essai sur les nouvelles origines de l'Homme*. Suite à cette publication, Y. Deloison est contactée par C. Trédaniel afin de donner des conférences sur l'origine de l'Homme à la faculté d'étiopathie de Paris, ainsi que des cours d'anthropologie physique (cours qu'elle délivrait auparavant à la faculté de médecine des Saints-Pères, mais qui avaient été supprimés). Elle commence à enseigner sans même savoir exactement en quoi consiste l'étiopathie, jusqu'au jour où elle en fait l'expérience en tant que cliente auprès de C. Trédaniel, pour un « rhume angine » dont elle « ne sortait pas » malgré la consultation de plusieurs médecins (dont un spécialiste) et les traitements de pénicilline. « [C. Trédaniel] me fait une séance, et incroyable ! raconte-t-elle. Le lendemain mon nez ne coulait pas plus, et deux jours après j'étais guérie. Là j'ai palpé vraiment la réalité du truc. » Au moment, de notre entretien (en avril 2015), Y. Deloison continue d'enseigner six heures d'anthropologie physique à la faculté libre d'étiopathie de Paris. Ce cours a pour objectif de présenter des différences (morphologiques, musculaires etc.) entre les différentes « races », entendues ici comme catégories taxonomiques (sur la notion de race, ses ambiguïtés et les débats qu'elle a suscité, y compris récemment, on pourra se reporter à l'ouvrage de Pichot, A. (2000). *La société pure : de Darwin à Hitler*, Paris : Flammarion.

jusqu'ici défavorable¹⁸⁰.

Encadré n°3 : M. Bretin, directeur de la FLEB et précieux soutien

M. Bretin est né en 1965. Son père, diplômé d'un niveau bac+2, est d'abord inspecteur des ventes pour le journal *Le Monde*¹⁸¹. Après avoir été licencié suite à l'informatisation de son poste, il devient propriétaire d'un bureau de tabac (« à la frontière suisse », précise M. Bretin). Sa mère, quant à elle, est sans emploi. L'un de ses grand-pères était ingénieur à la SNCF, l'autre était agriculteur. Ses grand-mères étaient toutes les deux femmes au foyer. Son frère aîné est négociant de caisses enregistreuses.

Intéressé par la biologie mais pas par la physique ni par les mathématiques, M. Bretin obtient un baccalauréat D en 1983. Il s'inscrit ensuite à la faculté de biologie de Rennes, sans avoir de projet professionnel bien défini. « *C'est parce que la bio m'intéressait que j'ai fait ces études-là [explique-t-il]. Je n'ai jamais vu de conseiller d'orientation. Mes parents ne me disaient rien du tout ; on n'en discutait même pas* ». Étudiant, M. Bretin se découvre une passion pour les échecs. Il y consacre l'essentiel de son temps et ne fréquente guère les amphithéâtres : « *J'étais en colocation avec un américain et un étudiant en médecine qui jouait aux échecs – c'était un étudiant en médecine qui était lamentable : il a fait trois première année, deux deuxième année, deux troisième année... Donc il a fait sa médecine en douze ou treize ans. [...] Mais par contre il jouait très bien aux échecs. Et je me suis passionné pour les échecs, et on a passé des nuits entières à y jouer. Donc je n'étais pas sur le campus, je n'étais pas dans les amphis : je jouais aux échecs. [...] J'ai passé deux ans à faire que ça, quasiment. Donc je m'inscrivais en première année de fac, les résultats n'étaient pas bons, je justifiais ça n'importe comment vis-à-vis de mes parents (rire)* ». Après un premier semestre aux résultats mitigés, M. Bretin s'intéresse aux débouchés professionnels après une licence de biologie. Il en déduit qu'il lui faut trouver une autre voie.

« *En 1984 ou 1985* », il rencontre un ami de son colocataire étudiant en première année d'étiopathie à Paris. « *Il a su bien me décrire la différence entre la médecine et l'étiopathie [raconte M. Bretin]. Et donc j'ai dit "ben pourquoi pas ?" Je suis donc allé voir Martin Lecoq, qui projetait en l'occurrence d'ouvrir une fac à Rennes l'année d'après* ». M. Bretin commence ses études d'étiopathie en 1986. Les débuts sont difficiles. La faculté de Rennes en est à ses balbutiements, et les enseignements ne sont pas tous convaincants : « *C'était un merdier... Moi j'ai eu en première année des cours d'éclairage de la salle d'attente, vous voyez ? Martin disait à toutes ses connaissances : "viens donner des cours dans mon école !" Mais il y avait des cours complètement débiles ! On a eu un type qui donnait des cours dans une école de travaux publics et qui nous a fait un cours sur le béton précontraint ! Il était venu : "je viens vous voir, je sais pas pourquoi je suis là, moi ma spécialité c'est le béton, je vais vous parler du béton..." Alors on était là, on se regardait... C'est pour ça qu'on a commencé à vingt-six et qu'on a fini à trois hein !* » Mais au sein de cette faculté d'étiopathie, M. Bretin lie de nouvelles amitiés qui l'encouragent à poursuivre dans cette voie : « *J'ai rencontré des gens avec qui je me suis très bien entendu, et heureusement ! [...] Parce qu'en sortant de deux ans de fêtes et de parties d'échecs, on n'est pas... opérationnel ! Et heureusement que [M. Girard, l'un de ses camarades de promotion] était là, parce que je pense que j'aurais eu du mal à satisfaire à mes obligations en fait. J'aurais eu du mal à réussir quoi que ce soit* ». M. Bretin a d'ailleurs envisagé d'abandonner le cursus pour se consacrer à plein temps à

180 D'autres figures sont mobilisées à cet effet, à l'image du médecin obstétricien hongrois Ignace Phillippe Semmelweis, précurseur de l'antisepsie dont les découvertes furent rejetées par l'élite médicale. Celui-ci apparaît à plusieurs dans les écrits étiopathiques et sert notamment à « démontrer » le « dogmatisme » des médecins (voir le chapitre 7).

181 L'emploi consistait à vérifier le pourcentage de journaux invendus et à ajuster l'approvisionnement des points de vente.

un emploi jusqu'ici saisonnier : « *"J'ai failli vendre des télés hein ! Je travaillais deux mois, deux mois et demi par an en Suisse, dès que j'avais des vacances. Ça me plaisait bien. On m'avait proposé de rester en Suisse, donc j'ai hésité à embrayer dans le commerce. Mais ça m'est vite passé. [...] Donc ça a été une période euh... L'étiopathie m'a tout de suite accroché, mais ça a été une période assez... assez trouble en fait* ».

M. Bretin s'installe en cabinet dès 1990, alors qu'il termine seulement sa quatrième année. « *On était encouragés à s'installer très précocement* », précise-t-il. Il ne soutient son mémoire de fin d'études qu'en 1994. « *À l'époque je n'étais pas là pour pousser à la roue. On était laissés complètement en jachère. Tout le monde comptait sur notre bonne volonté pour produire des mémoires. [...] J'ai donc été diplômé officiellement en 1994* ». C'est au cours de cette même année qu'il devient directeur de faculté d'étiopathie de Rennes. « *Martin Lecoq, le fondateur de la faculté d'étiopathie de Bretagne, m'a gentiment transmis le témoin, sans m'expliquer grand chose mais en me disant qu'il ne voulait plus s'en occuper !* » Par la suite, M. Bretin continue d'être particulièrement actif au sein du mouvement étiopathique. Il devient notamment secrétaire du RNE en 2001, puis président en 2015 (tout en conservant la direction de la faculté de Rennes). Soucieux de contribuer à la reconnaissance de l'étiopathie, il s'est révélé l'un des soutiens les plus actifs durant l'enquête.

Finalement, la méthode éprouvée lors de l'enquête de Master 2 – laisser des questionnaires à disposition dans les salles d'attente, et inviter les intéressés à laisser leurs coordonnées – est un succès : je parviens à récolter 76 questionnaires et à mener des entretiens semi-directifs avec une douzaine d'usagers (4 d'entre eux fréquentent un cabinet rural, 8 un cabinet urbain). Ces derniers seront réutilisés pour la thèse. Je reprends contact avec M. Bretin au début du mois de juillet 2014 pour lui annoncer que le mémoire a été soutenu et, surtout, que je vais pouvoir bénéficier d'un contrat doctoral. Nous convenons d'un rendez-vous après la pause estivale afin que je puisse lui transmettre les résultats du mémoire. Tout au long de l'enquête, je garderai à l'esprit le principe du don et du contre-don (MAUSS, 2007). Si cet universel anthropologique permet « d'ouvrir des portes » jusque dans les prisons (ZANNA, 2010), il pouvait *a priori* m'être très utile dans l'étude de l'étiopathie et de ses usages. Cette restitution des résultats est l'occasion, d'une part, de montrer la teneur du travail accompli, et, d'autre part, d'en exposer les limites et de démontrer ainsi l'intérêt d'accéder à d'autres matériaux, notamment les dossiers des clients qui me permettraient de construire des données exhaustives. Sur ce dernier point, là encore, le directeur de la FLEB n'émet aucune objection. Au terme de ma présentation, il m'explique que je vais à présent devoir rencontrer Jean-Paul Moureau, le président l'IFE, afin que je puisse obtenir son approbation. Je suis donc invité à faire un nouvel exposé le 27 octobre 2014. Le jour venu, je dispose d'une vingtaine de minutes pour présenter mon projet. Persuadé qu'il devait s'agir d'une simple entrevue entre M. Moureau, M. Bretin et moi-même, j'apprends une fois sur place qu'il est plutôt question d'une « conférence » – filmée de surcroît – dont pourront également profiter les étudiants en étiopathie. Ma communication terminée, M. Bretin invite le président de l'IFE à réagir en premier. Je constate

alors que je ne suis pas parvenu à produire l'effet escompté, du moins pas auprès de tout le monde. En effet, ce dernier oppose à mon exposé sa propre « sociologie » : l'étiopathie, qui représente une « avancée majeure » et, semble-t-il, quasi-inéluctable du fait de « l'avancée conceptuelle initiée par C. Trédaniel », est surtout entravée par une profession médicale dominante quoiqu'« en déconfiture totale » :

« Moi j'ai une vision un peu personnelle de cette question. [...] L'approche étiopathique, surtout sur le plan de la causalité, représente une avancée majeure dans la thérapie, dans le soin, et dans l'efficacité. [...] En médecine il y a une protection très forte qui a tendance à cacher, et à annihiler les progrès incontestables que représente l'avancée du savoir, de la connaissance en étiopathie. [...] Pour ce qui est de la médecine classique, que je connais bien pour avoir fréquenté beaucoup de médecins, elle est en déconfiture totale. Et surtout de la part de ses propres praticiens, parce que les médecins s'aperçoivent de plus en plus de la limite des médicaments. [...] C'est pour ça qu'on assiste quasiment à une implosion du monde médical, tant dans les campagnes, avec la désertification qui se met en place, que dans les villes. [...] Et de plus en plus, ceux qui s'investissent dans les techniques étiopathiques, au contraire, demandent de l'autorité, demandent qu'ils soient écoutés, et travaillent beaucoup pour que... Parce qu'ils comprennent, c'est la gratification, le feed-back, qui fait que comme ils ont des résultats, comme les techniques marchent, ils ont de plus en plus envie d'aller vers l'avant, malgré les attaques que nous subissons. Donc vous voyez j'ai tendance à voir les choses un peu différemment de vous parce que les patients, confusément, ils sentent bien qu'il y a des gens qui sont efficaces. Quand les gens se présentent au cabinet, ils vous disent : "bon voilà j'ai eu tel problème, j'ai vu mon généraliste, ça n'a rien fait, j'ai vu le rhumatologue, ça n'a rien fait, je suis allé voir un ou deux ostéopathes, un acupuncteur, un homéopathe, ça n'a rien fait. Et finalement je viens vous voir". On est un peu le relai avant le chirurgien, parce qu'après nous y a quand même le chirurgien, mais même s'il passe le cap de la chirurgie, très souvent ils sont très déçus parce que... Les résultats en chirurgie, – j'ai fait dix ans de chirurgie – je peux vous dire ne sont pas toujours excellents. Donc confusément dans l'esprit du public, il y a la prise de conscience que l'avancée conceptuelle initiée par C. Trédaniel et qui est poursuivie aujourd'hui par toutes les facultés, nous place, même au point de vue mondial je dirais, très en avance sur le reste de la pensée médicale. »

(J-P. Moureau, réagissant à mon intervention)

Si la forme du propos n'a rien de comparable avec l'hostilité du psychiatre auquel Muriel Darmon a eu affaire en souhaitant faire de l'anorexie un objet sociologique (DARMON, 2005), sur le fond, il a en commun avec ce dernier de remettre assez magistralement le sociologue et la sociologie « à leur place ». En effet, l'efficacité de l'étiopathie étant envisagée comme un objet strictement biologique (« *les patients, confusément, ils sentent bien qu'il y a des gens qui sont efficaces* »), le président de l'IFE semble ne pas bien comprendre ce que le sociologue pourrait avoir à dire des recours à cette thérapeutique. Quelque peu déconcerté par cette longue intervention, je tente tant bien que mal de rebondir en essayant de montrer en quoi le social « s'invite » dans le biologique, en prenant pour exemple l'inégale disposition à se rendre chez un étiopathe. Sur ce, M. Moureau m'interrompt, puis reprend :

« Vous savez, il existe dans le système nerveux ce qu'on appelle la théorie des portes de la douleur. Ça a été très très étudié. C'est-à-dire qu'au niveau de la moelle, il y a des synapses qui s'ouvrent et qui se ferment, qui sont convergents ou divergents, et il est clair que la personne qui consulte d'elle même après mûre réflexion, ou la personne qui consulte parce que vous avez guéri son enfant, son conjoint, sera infiniment plus réceptive, et elle vous laissera passer d'autant plus facilement dans ses réseaux internes. Parce que tout n'est qu'une question de réseaux, de signaux qui passent, que la personne qui vient parce qu'on l'a obligée. Vous avez des enfants qui viennent parce que leurs parents les y ont obligés, les résultats sont toujours médiocres. Parce que souvent la souffrance qu'ils expriment n'est pas une véritable souffrance physiologique, c'est souvent une souffrance qui est beaucoup plus liée à un trouble psychologique, à une inhibition/réaction chère à [Henri] Laborit. Comme il y a des patients qui n'ont pas envie de guérir ! Vous avez des patients qui viennent, la première fois ils sont très contents, ils vous disent "oui ça va beaucoup mieux, vous êtes un génie", et la fois d'après ils vous disent "oh non non j'ai rechuté" parce que du statut du patient qui les faisait plaindre par l'environnement, quand ils vont mieux on ne les plaint plus donc ça leur plaît pas, ils préfèrent qu'on les plaigne. »

(J-P. Moureau, réagissant à mon intervention)

La référence invoquée reflète bien la teneur du discours : Henri Laborit (1914-1995), chirurgien et neurobiologiste français, est l'auteur de plusieurs best-sellers développant une approche biologisante du monde social¹⁸². Pendant un court instant, le plus naturellement du monde, la situation initiale prend une tournure diamétralement opposée : c'est le sociologue venu exposer ses travaux qui se voit finalement assigné à une place d'élève. Et pour cause, celui-ci semble avoir franchi la ligne – ou du moins être sur le point de le faire – et s'aventurer dans des contrées qui lui sont interdites. Quelques rudiments de biologie lui sont alors inculqués afin qu'il comprenne que ce dont il parle n'est pas vraiment de son ressort. La psychologie semble également avoir droit de cité en ce qu'elle permet d'appréhender certains troubles, mais l'intérêt de la sociologie en la matière reste, pour sa part, plus qu'incertain. Ceci étant, cette assignation de la sociologie « à une "place" nécessairement extérieure à un noyau qui lui échappe » (DARMON, 2005) est loin de signifier qu'elle s'avère inutile pour les étiopathes ; au contraire, cette place périphérique fournit bien plutôt l'assurance de son utilité, en garantissant qu'elle ne pourra pas se retourner contre les thérapeutes manuels¹⁸³. Et puisque contrairement aux psychiatres, dominés parmi les dominants, les étiopathes n'ont pour ainsi dire rien à perdre et tout à gagner, la sociologie demeure relativement bien

182 « Les thèses de Henri Laborit, selon lesquelles le besoin biologique de "préservé l'intégrité de l'information-structure de l'organisme" constitue le facteur explicatif global de la "recherche de la dominance", dont dériveraient "l'agressivité de compétition interindividuelle, inter-groupes, inter-États", l'expansionnisme impérialiste européen, les révolutions bourgeoises, etc., constituent l'une des théories les plus médiatisées, après leur mise en images par Alain Resnais dans *Mon oncle d'Amérique*, film récompensé en 1980 au festival de Cannes » (LEMERLE, 2009).

183 Il est possible que les étiopathes s'estiment d'autant plus à l'abri de la déconstruction sociologique que, contrairement aux psychiatres, dont l'approche de la maladie mentale tend à associer (quoique inégalement) la prise en compte de facteurs biologiques et de facteurs socioculturels (DARMON, 2005), ceux-ci se positionnent sans équivoque sur le terrain des sciences « naturelles ».

accueillie. Celle-ci peut être l'occasion, par exemple, de démontrer l'ampleur du recrutement des patientèles. Ainsi lorsque M. Bretin intervient pour signaler à J-P. Moureau que mon objectif est surtout « *d'obtenir [son] blanc-seing pour poursuivre cette étude* », ce dernier affirme d'emblée le soutien logistique de l'IFE¹⁸⁴. Je n'ai ensuite droit qu'à une seconde question qui, pour sa part, témoigne des traitements négatifs dont les étiopathes ont fait et font encore parfois l'objet : « *Je voulais savoir [me demande un étudiant], vous, c'est une étude sociologique en fait ? [Je réponds par l'affirmative] Je comprends bien que votre finalité à vous, c'est le doctorat et tout, mais les gens qui financent la recherche ? Est-ce qu'ils ont imposé des... une orientation au travail ou... ?* » Je m'étais préparé à ce que la question de mon autonomie me soit posée. Le fait que l'on me demande s'il s'agit bien d'une « étude sociologique », alors que cela avait été clairement spécifié, traduit un besoin d'écartier définitivement tout équivoque sur la nature de mon travail. Je réponds donc en garantissant ma totale indépendance et en réexpliquant plus précisément le processus de sélection jusqu'au contrat doctoral.

Par la suite, l'IFE s'avère un soutien logistique précieux, moyennant, comme l'année passée, un droit de regard sur le contenu des questionnaires (voir l'annexe n°4)¹⁸⁵. Ses listes de diffusion ainsi que l'espace professionnel de son site permettent de solliciter rapidement les praticiens tout en conférant d'emblée une légitimité à mon travail. L'association se montre d'ailleurs d'autant plus bienveillante à mon égard qu'un dialogue vient d'être engagé avec l'INSERM en vue d'une évaluation de la thérapeutique étiopathique :

« Mesdames, Messieurs,

Nous avons reçu la demande d'un étudiant en doctorat de sociologie à Nantes, dont la thèse porte sur "les formes de recours à l'étiopathie". Ce jeune homme a rencontré Messieurs Moureau et M. Bretin qui lui ont apporté leur soutien pour diffuser un questionnaire, via les cabinets, à destination des patients.

Outre l'intérêt général d'une telle enquête, Jean-Paul Moureau souligne l'utilité de ces travaux pour l'évaluation par l'INSERM.

Adrien Cadéron prendra donc contact directement avec vous pour vous rencontrer et vous déposer des exemplaires de son questionnaire. D'ores et déjà, je vous fais parvenir ci-joint son courrier ainsi que le questionnaire.

Je vous remercie du bon accueil que vous lui réserverez et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. »

184 Non sans insister une dernière fois sur le caractère essentiel (et explicatif) de l'efficacité de l'étiopathie : « *À mon avis c'est très très intéressant mais je pense que vous allez arriver vers cette notion qu'on aboutit chez l'étiopathe parce qu'un étiopathe compétent amène vraiment une qualité de soins qui aujourd'hui est supérieure aux autres qualités qu'on trouve. Dans un domaine dédié ! On parle pas du cancer, on parle pas de thérapies géniques... Mais dans un champ d'application très précis, ça ça ne fait aucun doute.* »

185 Aucune modification ne me sera réclamée.

(Mail de l'IFE diffusé le 13 mars 2015 à tous les étioopathes exerçant en Bretagne et Pays de la Loire)

Je sollicite à nouveau l'IFE en novembre 2016, cette fois pour diffuser une enquête par mail auprès de la totalité des praticiens. Celle-ci porte sur leur trajectoire sociale, étudiante et professionnelle, ainsi que leurs pratiques en tant qu'étioopathe. Je craignais que certaines questions soient mal perçues, notamment celles sur la tarification des séances, sur l'existence de « partenariats » des praticiens (avec des clubs sportifs, des entreprises etc.)¹⁸⁶, ou encore sur le type d'affections « prises en charge régulièrement »¹⁸⁷. Cependant aucune objection n'est émise, et la secrétaire de l'IFE me fait même savoir que l'on trouve l'initiative « *très intéressante* ». L'enquête est donc rapidement diffusée à l'ensemble des praticiens, accompagnée d'un courrier explicatif rédigé par mes soins.

3. Des praticiens volontaires :

Pour l'enquête menée auprès des usagers, ma seule exigence était de pouvoir déposer des questionnaires dans des cabinets situés en milieu urbain et en milieu rural, afin d'élargir *a priori* le spectre social de la population de répondants. Dans un premier temps, je décide donc de laisser les étioopathes intéressés par mon travail se manifester suite au premier mail collectif retransmis par l'IFE. De cette façon, je m'assure de ne sélectionner que les plus volontaires. Cela me semble d'autant plus préférable que je prévois déjà de leur en demander davantage par la suite, comme des éléments sur leur propre trajectoire biographique, l'accès aux dossiers de leurs clients et, éventuellement, la possibilité d'observer des séances. Par ailleurs, je n'ai aucune idée du temps nécessaire pour recueillir un nombre suffisant de questionnaires, ni s'il s'avérera nécessaire que les praticiens encouragent les personnes à répondre. Pour des raisons logistiques, je limite cette partie

186 La question de la tarification et du partenariat mettent en relief la dimension économique de l'échange entre le praticien et l'usager, or cet aspect est volontiers éludé par les médecins. Comme le note Marc Loriol, « l'humanisme, le désintéressement, le dévouement sont des valeurs également revendiquées par la plupart des médecins libéraux et hospitaliers civils » (LORIOU, 1999). Historiquement, « les médecins [d'ailleurs] ont mis beaucoup d'énergie à ne pas être rangés dans le rang des "commerciaux" et à placer leur exercice au registre des services non marchands » (Hardy, 2013, p. 123). Ce « désintéressement », toutefois, relève moins du constat sociologique que d'une image que la profession se donne d'elle-même afin de justifier son monopole d'exercice. En effet, la fermeture du marché du travail dont bénéficient les médecins (PARADEISE, 1988), de même que leur financement par la collectivité via l'assurance maladie, ne peuvent être légitimés que par un discours plaçant l'intérêt général au dessus de la quête d'enrichissement personnel.

187 Je craignais cette question pour les mêmes raisons qui m'ont conduit à modifier mon questionnaire de master 2. Plusieurs praticiens ont cependant indiqué prendre en charge des troubles « gynécologiques » ou des « femmes enceintes ».

de l'enquête aux cabinets des Pays de la Loire et de la Bretagne. Avec la région parisienne, ce secteur est particulièrement fourni en étioopathes (toutes proportions gardées) depuis l'ouverture de la seconde faculté libre à Rennes en 1986. D'après la liste de diffusion remise par l'IFE¹⁸⁸, ces deux régions comptent alors 118 praticiens (sachant qu'il y en a 445 inscrits au RNE en 2015). En outre, il me paraît essentiel de pouvoir aller à la rencontre des praticiens. Cela me permet de maîtriser tant soit peu les conditions de l'enquête, notamment en leur fournissant quelques éléments matériels (les questionnaires, les crayons, les supports d'écriture, ainsi qu'une affichette plastifiée au format A4 destinée à attirer l'attention de l'utilisateur sur l'enquête). Lors de la première rencontre, les étioopathes me montrent généralement comment ils comptent disposer l'ensemble dans leur salle d'attente, et je peux ainsi m'assurer de la visibilité des questionnaires. Ensuite, cette prise de contact est l'occasion de leur donner certaines instructions, comme ne jamais « forcer la main » des enquêtés. Dans un premier temps – c'est-à-dire tant que la méthodologie n'a pas clairement fait défaut – je leur préconise même de s'abstenir de toute forme de sollicitation afin d'éviter qu'ils incitent – consciemment ou non – certains profils plutôt que d'autres. Malgré des rythmes de « récolte » très inégaux selon les cabinets, je n'ai pas eu à revenir sur ce point. J'apprendrai néanmoins que l'un des praticiens – celui qui, en l'occurrence, devait me fournir presque un quart de la totalité des questionnaires – avait tendance à attirer l'attention de ses clients sur la présence de questionnaires, lorsqu'il se rendait en salle d'attente et constatait que le client suivant était déjà là. Selon ses dires, ces sollicitations étaient quasi-systématiques. Enfin, ces rencontres sont l'occasion d'initier et d'entretenir des échanges avec les thérapeutes. Faire le déplacement, expliquer ma démarche, leur épargner l'impression des questionnaires puis leur exposer mes résultats, m'apparaît non seulement comme « la moindre des choses », mais aussi comme une occasion de préparer le terrain pour d'éventuelles négociations et, à l'occasion, de recueillir de précieuses informations. C'est par exemple au cours de l'une de ces conversations, alors que je passais récupérer des questionnaires, qu'un praticien m'a expliqué s'être fait démarcher par des ostéopathes de l'AFO. Je n'avais, à ce stade de l'enquête, jamais eu vent de tels démarchages, et n'envisageais même pas qu'il ait pu y en avoir. Ces confrontations aux terrains, mêmes éphémères et informelles, représentaient donc une opportunité non négligeable d'étoffer précocement les grilles d'entretien et d'enrichir l'enquête¹⁸⁹.

Compte tenu de l'engagement dont il a fait preuve jusqu'ici, je pouvais *a priori* compter sur la participation du directeur de la FLEB à l'enquête par questionnaires auprès des clients. En outre,

188 L'IFE m'avait transmis cette liste au cas où il me serait nécessaire de contacter un praticien personnellement.

189 On ne faisait en cela que prolonger le conseil de Muriel Darmon (2005) évoqué en introduction (« faire démarrer l'enquête avant l'enquête »), en considérant que l'enquête se déroule finalement en permanence, et non seulement pendant les temps de rencontre « formels ».

avant même l'envoi du mail collectif de l'IFE – le 13 mars 2015 – je fais exception à ma propre règle en sollicitant à nouveau l'un des praticiens qui m'a aidé lors du master 2¹⁹⁰. Celui-ci accepte de reconduire son soutien. Suite au lancement « officiel » de l'enquête, quatre praticiens me contactent (dont un couple travaillant sur deux cabinets). Je les rencontre tous dans les jours qui suivent. Une conversation avec l'un d'entre eux me fait réaliser qu'un malentendu subsiste peut-être dans les instructions du premier mail, et que certains praticiens ont potentiellement pris l'initiative d'imprimer eux-mêmes des questionnaires et d'en démarrer la diffusion sans m'en avoir informé. Je demande donc à l'IFE d'envoyer un nouveau mail le 7 avril 2015, ce qui me donne l'occasion d'effectuer une relance. Le jour même, je reçois un mail d'un enseignant de la FLEB. M. Bretin, ainsi qu'une autre enseignante, se manifestent dans la foulée. Je les rencontre tous les trois à la faculté et leur dépose un lot de questionnaires. Deux autres étioopathes me contactent encore dans les jours qui suivent. Puis, lors du congrès annuel d'étiopathie de Deauville qui se tient en mai 2015, deux praticiennes – l'une exerçant en Ille-et-Vilaine, l'autre dans la Manche – viennent à ma rencontre pour participer à l'enquête. Elles me présentent également à un confrère basé dans le Calvados qui me réclame à son tour des questionnaires, ainsi que mon mémoire de master 2 ; je le lui transmets quelques jours plus tard. Je profite encore du congrès pour aborder un autre praticien dont le cabinet est localisé non loin de mon domicile, en Loire-Atlantique. Bien que je n'aie guère à insister pour le convaincre de m'aider, celui-ci ne me procurera aucun questionnaire malgré plusieurs mois d'essai¹⁹¹. Au final, étant donné que les mails de l'IFE précisait que j'étudiais à Nantes et que je souhaitais rencontrer les praticiens, il est possible que la distance géographique ait eu tendance à décourager certains de participer à l'enquête. Si l'on considère les étioopathes ayant répondu aux sollicitations par mail, tous avaient la possibilité de me rencontrer dans un périmètre relativement proche de l'Université (à environ une heure de route), à l'exception d'un seul qui m'a contacté depuis le Finistère. À la fin du mois de mai, la majorité des cabinets me faisant parvenir des questionnaires étant situés en milieu rural, je décide de contacter par téléphone une praticienne exerçant dans la banlieue de l'agglomération nantaise, et dont on m'avait dit que le cabinet « *devait pas mal tourner* ». Visiblement très accaparée par son travail, celle-ci me propose spontanément de déposer moi-même les questionnaires dans sa salle d'attente, sans même que nous convenions d'un

190 J'avais eu un assez bon contact avec ce dernier, et il m'avait en outre fourni un nombre important de questionnaires l'année précédente. Parmi les deux autres cabinets de l'enquête de Master 2, l'un recevait assez peu de clients. Il me semblait donc préférable de tenter ma chance ailleurs. Dans l'autre, je crus comprendre au cours de nos échanges que l'étiopathe était disposée à m'aider pour une période limitée. Je n'ai donc pas cherché à la réengager dans une enquête plus conséquente.

191 Il m'avait d'emblée prévenu : « *Chez moi je pense que ça va pas partir très vite. J'ai pas beaucoup d'attente* ». Quelques mois plus tard, ce praticien m'accorde néanmoins un entretien lorsque je commence à m'intéresser aux trajectoires des étioopathes, et il se montre très coopératif. Je ne pense donc pas que cet échec sur le plan de la récolte des questionnaires soit dû à une quelconque « mauvaise volonté » de sa part.

rendez-vous. Je la croise finalement en décembre, entre deux consultations, alors que je passe récupérer les questionnaires remplis, mais nous n'avons alors pas le temps d'échanger sur les résultats de l'enquête. Une praticienne me fait également parvenir par courrier une trentaine de questionnaires, sans m'avoir jamais contacté¹⁹². En définitive, j'ai pu récolter 1114 questionnaires (exploitables) provenant de 15 cabinets. Les rythmes de récolte ayant été très variables, les clientèles sont inégalement représentées (voir le tableau 2) : alors qu'un praticien m'a fourni une quarantaine de questionnaires en six mois, deux autres en ont fourni environ 90 en autant de temps, et un quatrième en a expédié plus de 260 en seulement 3 mois¹⁹³. Au final, 51,1% des questionnaires proviennent de seulement quatre cabinets.

Tableau 2 : Provenance des questionnaires selon les cabinets

Cabinet de provenance	Nb de questionnaires	%
Cabinet 1	264	23,7
Cabinet 2	45	4,0
Cabinet 3	90	8,1
Cabinet 4	86	7,7
Cabinet 5	52	4,7
Cabinet 6	120	10,8
Cabinet 7	95	8,5
Cabinet 8	47	4,2
Cabinet 9	72	6,5
Cabinet 10	38	3,4
Cabinet 11	42	3,8
Cabinet 12	38	3,4
Cabinet 13	16	1,4
Cabinet 14	79	7,1
Cabinet 15	30	2,7
Total	1114	100,0

Un tel déséquilibre n'est pas problématique en soi ; il ne le devient que s'il donne lieu à des interprétations abusives, imputant à l'ensemble des cabinets ce qui, en réalité, n'est observable qu'au niveau de quelques uns. Or ce risque aurait été tout aussi réel si les cabinets avaient été également représentés. Il convient donc simplement de préciser, le cas échéant, les variations observées d'un

192 Pour plusieurs praticiens dispensant des cours, la faculté libre d'étiopathie de Bretagne se chargeait de me faire parvenir par courrier les questionnaires en me précisant systématiquement leur provenance.

193 Ce cabinet est, de loin, celui qui recevait le plus de patients (environ 150 hebdomadaires).

endroit à un autre.

4. L'invitation aux congrès annuels :

Dès la première année de ma recherche, je suis invité au congrès annuel d'étiopathie, à Deauville ; assez tardivement, puisque l'on me contacte huit jours avant le congrès. L'initiative revient à Daniel, biologiste enseignant en faculté libre d'étiopathie et membre de l'IIE, que j'avais interviewé à deux reprises quelques semaines auparavant. Ce dernier s'est montré particulièrement intéressé par l'enquête (voir l'encadré n°4 : L'étiopathie comme « aventure intellectuelle » : le parcours de Daniel, p. 96), et, d'après lui, ce congrès est « *l'occasion de rencontrer du monde* ».

Encadré n°4 : L'étiopathie comme « aventure intellectuelle » : le parcours de Daniel

Daniel est l'un des premiers enquêtés qu'il m'a été donné d'interviewer pendant mon doctorat. Grâce à la septième édition des *Principes fondamentaux*, qu'il avait en l'occurrence préfacé, je savais qu'il était « biologiste », « docteur en étiopathie », et « directeur de la direction des Études et Recherches de l'IIE ». J'avais également pu constater que J-F. Gautier lui avait dédié son ouvrage *Logique et pensée médicale* paru en 1991. Ainsi, lorsque je découvris que Daniel vivait à Nantes, je décidais de le contacter sans attendre, en supposant que ce dernier pourrait me renseigner sur l'histoire de l'étiopathie, et, éventuellement, m'indiquer les personnes à contacter afin de mener mon enquête.

Né en 1947, Daniel est issu « *d'un milieu ouvrier* ». Son frère est éducateur spécialisé, et l'une de ses sœurs tenait un magasin de fleurs¹⁹⁴. Daniel décroche une maîtrise de biologie animale à Strasbourg. Il démarre ensuite un doctorat en embryologie, qu'il abandonne rapidement. Il tente ensuite d'intégrer, sans succès, un DEA en écologie à l'université de Rennes. « *N'ayant rien à faire* », il s'inscrit à l'agrégation de biologie. « *J'ai fait ça pour apprendre des choses [explique Daniel]. C'était extraordinaire parce que dans l'agrégation, c'est des mecs intelligents qui parlent à des mecs intelligents. Donc t'es dans un monde de rêve* ». Il retrouve alors un ami de la faculté qui lui propose un poste à Nantes, à l'Institut Scientifique et Technique des Pêches Maritimes (ISTPM)¹⁹⁵. Daniel y fera toute sa carrière.

C'est à l'ISTPM qu'il se lie d'amitié avec Joël Kopp, qui est également alsacien, et qui enseigne la biologie en faculté d'étiopathie (notamment la génétique)¹⁹⁶. Lorsque ce dernier est muté à la Réunion, Daniel se voit aussitôt proposer de le remplacer. Il se rend donc à Paris pour rencontrer C. Trédaniel : « *On s'est donné rendez-vous près de son domicile à Paris. Il m'a reçu dans un café. On prend une bière et puis, à un moment donné, il me dit : "Est-ce que vous êtes déterministe" ? Je le regarde et puis... (petit rire) Je lui dis : "Pourquoi me poser une question... ? Comment peut-on ne pas être déterministe quand on fait des sciences ?" "Ouais ! Ouais ! Ouais !"* » approuve C. Trédaniel. Daniel accepte l'offre avec d'autant plus d'enthousiasme que,

194 L'emploi de sa deuxième sœur n'est pas connu.

195 Qui devait devenir L'institut français de recherche pour l'exploitation de la mer (IFREMER) en 1984, suite à sa fusion avec le Centre national pour l'exploitation des océans (CNEXO).

196 Le père de J. Kopp était une connaissance de C. Trédaniel, et J. Kopp l'avait lui-même connu durant son adolescence.

parallèlement, son emploi à l'ISTPM suscite quelques frustrations : « *Je me disais que j'allais pouvoir y discuter biologie, comme je le faisais à Strasbourg, avec des musiciens, avec des gens intelligents etc. Et là, entouré de chercheurs : énorme déception. Ils ne s'intéressent absolument pas à la biologie. Enfin ils s'y intéressent mais dans leur domaine. Et arrivé 17h-17H30 : "ah, j'ai ma femme à aller chercher..." [...] Un moment donné, quand vous êtes étudiant, vous êtes feu et flamme, vous êtes comme le pianiste amateur qui pense que tous les pianistes sont des Rubinstein, des Chopin... Et puis il se rend compte que c'est un métier, que chez les pianistes t'as des types qui font ça pour croûter. Mon copain qui jouait du triangle à l'orchestre de Strasbourg, il savait même pas quelle œuvre il jouait ce soir-là, mais il savait qu'il intervenait au troisième moment pour faire toc toc. Alors ça, ça m'a... Alors quand je trouve un mec comme Trédaniel qui me dit : "vous êtes déterministe ? Mais y a que ça de vrai !", le type qui y croit, tu vois ? Le type qu'avait la cinquantaine passée, qu'avait plus rien à prouver, qu'avait pas d'argent à gagner... Qui aurait pu en gagner beaucoup plus ! Mais Trédaniel, non, il était tout le temps fourré à sa fac. Donc y avait une espèce de sacerdoce [...] C'est une aventure intellectuelle* ». D'emblée, Daniel insiste sur la nécessité d'introduire des sciences fondamentales dans le cursus d'étiopathie : « *J'ai dit simplement à C. Trédaniel : "bon, vos Principes – à l'époque je le vouvoyais – vos principes c'est bien, mais si vous restez au niveau de la parole d'évangile, les étudiants ils vont le réciter comme un catéchisme. Les étudiants ils seront pas convaincus. Donc il faut leur démontrer, et la chimie, la biologie, c'est la démonstration. Y a pas d'échappatoire"* »¹⁹⁷. En 1979, Daniel commence donc à enseigner la chimie, la biochimie et l'embryologie en faculté d'étiopathie. Des années plus tard, C. Trédaniel le nomme à la tête du « département Enseignement et Recherche » de l'IIE, en lui donnant pour mission de coordonner et d'uniformiser les enseignements au sein des quatre facultés.

« L'aventure étiopathique » permet à Daniel de satisfaire pleinement son appétence pour les sciences. Au milieu des années 1990, il se donne pour objectif de réétudier le cancer à l'aune des *Principes fondamentaux* de C. Trédaniel. Il raconte : « *[Deux étiopathes, MM. Bretin et Girard] avaient organisé un congrès à Bénodet [en 1995]. Pour les remercier de leur gentillesse et d'un tas de trucs, j'avais décidé de faire une communication, de travailler sur un truc. Je me dis : "je vais être gonflé, y en a marre, j'y connais rien en pathologie, je vais donc m'occuper d'un truc qui me passionne – enfin je ne savais pas que ça me passionnerait : je vais m'occuper du cancer* ». Sa communication fait rapidement l'objet de deux articles dans la *RIME*, puis, finalement, d'un livre de près de 250 pages publié en 1996 aux éditions Avenir des Sciences : *Les cancers : anarchie ou causalités ?*. Dans cet ouvrage, Daniel reprend une hypothèse formulée par le médecin et biologiste François Jacob, « *qui a dit que "la différenciation cellulaire, ça nous donnera les clé du cancer"*. *Je me suis donc dit : travaillons sur l'hypothèse forte que le cancer est une maladie de la différenciation* ». Ce travail, reconnu comme une « thèse d'étiopathie », lui permet d'intégrer l'IIE et de participer aux prises de décision. Daniel est ainsi le seul « docteur en étiopathie », à notre connaissance, à ne pas être étiopathe. Et si la visibilité de ce travail demeure sans doute particulièrement restreinte en dehors de l'espace étiopathique (aucun article n'ayant été publié dans une revue scientifique), Daniel n'en tire pas moins une évidente fierté. Il a notamment fait parvenir son livre à Jean-Claude Salomon, éminent cancérologue, dont il aurait obtenu une réponse approbative : « *Il m'a dit qu'il était d'accord ! [raconte-t-il]. Faudrait que je retrouve le papelard... Il m'a dit "je suis d'accord avec la plupart de vos idées", je sais pas comment il m'a mis ça... J'étais très flatté. Très flatté. Parce que Salomon c'est pas n'importe qui, c'est un grand cancérologue !* » Plus récemment, Daniel se félicitait encore de retrouver ses réflexions dans l'ouvrage de Jean-Pascal Capp (bien que son livre ne soit pas cité), publié en 2012 : *Nouveau regard sur le cancer. Pour une révolution des traitements*. En plus de ce travail sur le cancer, Daniel contribue à plusieurs reprises à la *RIME* – il est le troisième auteur le plus prolifique derrière J-F. Gautier et C. Trédaniel, avec neuf articles à son actif – où il aborde divers sujets, tels que « la pensée scientifique

197 Daniel avait pu prendre rapidement connaissance des *Principes Fondamentaux* par l'intermédiaire de J. Kopp, qui avait rédigé la préface de la première édition en 1979.

moderne » (inspiré de l'ouvrage du même nom du philosophe Jean Ullmo), les interactions entre le génome et l'environnement, les enzymes, les prions, ou encore la différence entre le vivant et le non-vivant. Les congrès fournissent également l'occasion de se lancer des « défis intellectuels ». C. Trédaniel lui a par exemple « commandé » une communication sur « *l'origine des neurones* ». « *C'était l'époque où on en voulait à Changeux, à ses hypothèses neuronales, "l'homme neuronal" etc.*¹⁹⁸. Alors : "d'où vient le neurone ?". Trédaniel adorait me donner des défis comme ça. Il me dit : "toi tu vas chercher d'où ça vient le neurone !" [...] Les premiers neurones, on les observe chez les éponges. Je vais prendre le Grasset des éponges, je regarde pour les éponges primitives, qui n'avaient que deux types de tissus. [...] Et je creuse le truc et je me dis : "crac ! Elle est là l'origine des neurones !" Ça ça s'appelle de la recherche fondamentale. Et comme quoi la recherche fondamentale, elle est fondamentale, elle est pas là pour faire jolie ! Elle t'ouvre des... Tout d'un coup, une intelligence, tu te dis : "mais c'est vrai !" L'étiopathie, avec son côté iconoclaste, avec son côté "je fais pas comme tout le monde", t'oblige à te remettre en cause par rapport à tes connaissances fondamentales. Et moi ça me plaisait beaucoup ». En 1994, Daniel rédige encore un manuel de chimie à l'intention des étudiants – *Introduction à la chimie* –, publié par Avenir des Sciences. En définitive, le capital culturel importé par Daniel a amplement profité aux étiopathes, non seulement en termes de dispense de cours, mais plus largement en termes d'organisation des enseignements, d'animation scientifique et de légitimation des *Principes fondamentaux*. Ses apports, tout comme ceux de J-F. Gautier, démontrent que la forme que prend un mouvement dépend moins du nombre d'acteurs à y prendre part que de leurs caractéristiques, et notamment des capitaux qu'ils détiennent.

Pour Daniel, l'aventure intellectuelle ne se limite pas aux frontières de la biologie, et son appétence pour la science s'exerce également en dehors de l'espace de l'étiopathie, par exemple au sein de la société d'astronomie de Nantes, dont il fut le président. Il se montre également sensible à la littérature et à la musique classique. D'une manière générale, Daniel fait la promotion d'un rapport gratuit à cette culture savante qui « *enchante* » son existence¹⁹⁹: « *Tu vois, quand j'avais seize ou dix-sept ans, je me promenais des fois la nuit. J'ai lu Les chants de Maldoror. J'étais dans un village dans les Pyrénées, il y avait juste les projecteurs qui éclairaient les monuments. J'ai lu pendant deux heures Les chants de Maldoror la nuit, dans un patelin. Je me suis dit : "un jour ça va être un souvenir". Ben tu vois : c'est un souvenir. C'est fou hein ? T'as plein de trucs comme ça, qui nous pendent au nez, qui enchantent notre vie. Moi j'ai fait des sciences pour cette raison ; comme j'ai fait de la musique, c'est la même chose. Rien n'est utilitaire. D'ailleurs elle m'a pas rapporté de pognon, la science. Mais j'en ai jamais manqué non plus, ce qui est pas mal déjà !* » La rencontre avec le monde de l'étiopathie lui a sous doute paru d'autant plus providentielle qu'au sein de sa famille, et notamment de ses parents, son rapport « anti-utilitariste » à la connaissance et à

198 L'ouvrage du neurobiologiste Jean-Pierre Changeux *L'homme neuronal*, publié en 1983, a notamment suscité la controverse auprès des psychiatres et des psychologues influencés par les travaux du psychanalyste Jacques Lacan, dont l'approche thérapeutique ignorait toute référence à la physiologie cérébrale, soit au « support matériel » du cerveau (https://www.lexpress.fr/culture/livre/1983-l-homme-neuronal-par-jean-pierre-changeux_810658.html, page consultée le 1^{er} novembre 2019).

199 Culture savante jadis essentiellement réservée aux classes supérieures, et vecteur de leur distinction (BOURDIEU, 1979). Sans pour autant invalider le lien entre position sociale, goûts et pratiques, mis en évidence par P. Bourdieu, ce modèle d'une homologie structurale entre l'espace des goûts et l'espace des positions sociales tend à être remis en question par la montée d'un éclectisme des goûts chez les classes supérieures, par la massification et l'éclatement de la production du champ culturel et, au final, par un déclin des cultures de classe. Comme le résume P. Coulangéon, « l'éclectisme des classes supérieures incarne en quelque sorte la forme contemporaine d'une légitimité culturelle fondée sur la tolérance esthétique et la transgression des frontières entre les générations, les groupes sociaux ou les communautés ethniques, à l'égard de laquelle la stratification sociale des attitudes demeure très accentuée. [...] La persistance de fortes inégalités culturelles [...] n'ont pas pour fondement exclusif la distance à la culture savante [mais] porte désormais sur cette capacité à maîtriser l'incertitude de la diversité que procurent les ressources culturelles, sociales et économiques des acteurs » (COULANGEON, 2004).

l'art s'est heurté de plein fouet à ce que P. Bourdieu appelait le « principe de conformité »²⁰⁰: « J'avais huit ans quand j'ai découvert les symphonies de Beethoven. J'ai tout connu par moi-même, c'est-à-dire que mes parents étaient obtus à la musique. Et je leur disais "mais comment pouvez-vous vivre en ignorant cela ?" [...] J'ai eu deux réactions par rapport à [sa passion pour la musique], parce que je ne supportais pas les gens qui euh... Comment dire ? Toute ma famille, ils étaient bouchés à la musique. Le pire, c'est que quand t'écoutais de la musique, ils avaient deux réactions : y a une réaction ils disaient "tu te prends pour qui ? C'est de la musique de bourgeois ! T'es d'un milieu ouvrier, c'est pas pour toi !". Et y a le côté "je suis pauvre et je veux le rester". Qu'est-ce que c'est que ces conneries ? Ça me choquait. Je me disais comment on peut être comme ça ? » Daniel semble ainsi avoir fait l'expérience de cet inconfort propre aux « transfuges de classes », ces individus qui, par l'acquisition d'un capital (culturel en l'occurrence), en viennent à évoluer dans un milieu social complètement étranger à leur milieu d'origine²⁰¹.

Bien qu'il ait été un « *outsider* », l'étiopathie a pris une place considérable dans la vie de Daniel. En plus de l'avoir conduit à réaliser et à partager de nombreuses recherches, son engagement au sein d'un mouvement étiopathique encore jeune lui a permis d'acquérir un statut et un capital symbolique au sein du microcosme étiopathique. « J'ai l'estime des gens intelligents, comme [M. Brein, M. Girard, M. Leduc] etc., [raconte Daniel]. Je les ai tous eu comme élèves ». Son rôle d'enseignant et de directeur de la direction des Études et Recherches de l'IFE en a finalement fait une des « personnalités » du milieu étiopathique. C'est donc très spontanément que Daniel s'est intéressé à l'enquête, et qu'il m'a soutenu dès qu'il en eut l'occasion.

Mon travail étant « susceptible d'avoir des répercussions positives pouvant intéresser l'ensemble de la profession »²⁰², le logement et les repas sont intégralement pris en charge par l'IFE. Au cours de nos correspondances, le directeur de la FLEB déclare qu'« une thèse de doctorat sur l'étiopathie, ça se bichonne ! » L'accès au congrès fait néanmoins l'objet d'une restriction qui mérite d'être relevée : il m'est interdit d'assister aux Assemblées Générales d'ouverture. Officiellement, on me fait savoir que celles-ci « peuvent être houleuses » et « gênantes pour un non-familier », mais officieusement, on me fait comprendre que ma présence aux AGs « serait mal comprise » et, surtout, qu'elle n'est pas spécialement désirée²⁰³. Je n'insiste pas, et ne tente pas de négocier l'accès à ces assemblées par la suite. Cela ne me semble pas primordial et, surtout, même si je parvenais à obtenir l'aval de l'IFE, je suppose que des praticiens pourraient néanmoins s'opposer à ma présence, ce qui risquerait de susciter des débats et de compromettre l'enquête. Je suis à nouveau invité pour le congrès de 2016 qui se déroule à Marseille, les 3 et 4 juin et, une fois de plus, je n'ai rien à

200 « Les rappels à l'ordre ("pour qui elle se prend ?", "ce n'est pas pour des gens comme nous") où s'énonce le *principe de conformité*, seule norme explicite du goût populaire, et qui visent à encourager les choix "raisonnables" en tout cas imposés par les conditions objectives, enferment en outre une mise en garde contre l'ambition de se distinguer en s'identifiant à d'autres groupes, c'est-à-dire un rappel à la solidarité de condition » (BOURDIEU, 1979, p. 443).

201 « L'habitus n'est ni nécessairement adapté, ni nécessairement cohérent. Il a ses degrés d'intégration – qui correspondent notamment à ses degrés de "cristallisation" du statut occupé. On observe ainsi qu'à des positions contradictoires, propres à exercer sur leurs occupants des "doubles contraintes" structurales, correspondent souvent des habitus déchirés, livrés à la contradiction et à la division contre soi-même, génératrice de souffrance » (BOURDIEU, 2003, p. 230).

202 Daniel, dans une correspondance du 3 mai 2015.

203 Daniel, dans une correspondance du 5 mai 2015.

déboursier, si ce n'est les frais de trajets. Ma correspondante à l'IFE m'avait cette fois sollicité par mail dès le 17 mars, dans l'espoir que cette fois je puisse communiquer les résultats de mon enquête auprès des usagers. Je réponds par l'affirmative. C'est là l'occasion de faire connaître mon travail plus largement, mais également de donner pour, peut-être, recevoir en retour. Je dispose donc d'une quarantaine de minutes que je mets à profit pour effectuer une brève introduction à la sociologie de la santé et démontrer le caractère composite des clientèles – plus composite, en tout cas, que d'autres thérapeutiques non-conventionnelles. La présentation est globalement bien reçue. En fin d'intervention, une seule question m'est posée, encore que celle-ci ne m'est pas réellement destinée : l'IFE compte-il utiliser ces résultats dans la perspective d'une reconnaissance de la profession ? J-P. Moureau évoque alors la possibilité d'une publication de mes travaux par Avenir des Sciences une fois la thèse soutenue, puis le directeur de FLEB tempère les éventuels trop-pleins d'enthousiasme en rappelant qu'un travail de recherche s'inscrit nécessairement dans la durée. L'année suivante, la secrétaire de l'IFE me recontacte en avril, pour le congrès de Bordeaux qui doit se tenir le mois suivant. Je formule cette fois deux propositions de communication. La première mobilise les statistiques produites grâce aux dossiers des usagers ainsi que des données qualitatives issues des entretiens. Je précise toutefois qu'étant en plein travail d'analyse, je ne suis pas certain d'avoir le temps de produire quelque chose d'abouti. La seconde – sur laquelle j'ai déjà commencé à réfléchir – propose une relecture critique du rapport de la Miviludes de 2010 dans lequel apparaît l'étiopathie, retrace un bref historique de la lutte contre le phénomène sectaire en France, puis souligne le rôle prépondérant de l'État dans la protection des consciences et des corps (ce qui est l'occasion de rapprocher le traitement des médecines non-conventionnelles du traitement du phénomène religieux et du phénomène sportif)²⁰⁴. Compte tenu du propos général, il n'y a *a priori* aucune raison qu'une telle communication soit mal reçue. L'IFE se dit très intéressé par cette seconde option et, le jour venu, elle reçoit effectivement un bon accueil. Après la présentation, un jeune praticien me salue en disant : « *vous nous défendez mieux que nous-mêmes !* » Par la suite, le directeur de la FLEB me demande d'intervenir à nouveau sur le sujet au sein de son établissement, auprès des étudiants de troisième cycle²⁰⁵.

Un terrain d'enquête comme ces congrès offre plusieurs avantages. Certains sont d'ordre « pratique » : l'événement permet par exemple de rencontrer et de recruter de nouveaux enquêtés, ou donne à voir un condensé des problématiques qui se posent à eux à un instant donné (comme

204 Je mobilisais notamment les travaux de Nathalie Luca pour le phénomène religieux (Luca, N. (2004), *Les sectes*, Paris : PUF), et ceux de Gildas Loirand pour le phénomène sportif (Loirand, G. (1996), *Une difficile affaire publique, Une sociologie du contrôle de l'état sur les activités physiques et sportives et sur leur encadrement professionnel*, Thèse de doctorat en sociologie, non publiée. Université de Nantes).

205 Par la suite, j'ai également été invité par l'IFE au congrès de 2018, mais n'ai pas été en mesure de m'y rendre.

leurs dernières avancées dans le processus de reconnaissance). Ce sont là des éléments normalement accessibles via d'autres voies, mais dont l'accès se trouve ici facilité. Ces congrès sont aussi l'occasion de sortir d'une interaction bornée par le statut de l'enquêteur et l'objet de sa recherche, de faire varier le rôle de l'observateur, et donc les informations que celui-ci est susceptible de retirer (FOURNIER, 1996). L'observation se fait même parfois pratiquement *incognito* : c'est le cas lorsque des praticiens prennent la parole en réaction à une conférence devant un parterre de confrères, au milieu desquels se trouve un sociologue dont il n'est même pas certain que sa présence soit connue. Ce dernier peut ainsi avoir la confirmation que la revendication d'une originalité dans leur méthode de diagnostic n'est pas qu'un écran de fumée destiné aux clients et acteurs extérieurs : il s'agit bien de quelque chose que les étioopathes revendiquent également lorsqu'ils sont entre eux, et qu'ils sont résolus à défendre. Le congrès est encore l'occasion d'observer certaines dynamiques plus « souterraines » ou, en tout cas qui ne se donnent pas nécessairement à voir lors des entretiens menés en cabinet, comme l'exclusion d'Anthony du RNE (voir l'encadré n°2 : Un exemple d'exclusion : l'histoire d'Anthony, p. 72). Cette découverte a d'ailleurs conduit le directeur de la FLEB à m'exposer des éléments – comme la délivrance de diplôme d'ostéopathie à des étioopathes ou étudiants en étioopathie – que, dans d'autres circonstances, je n'aurais peut-être pas interrogés. La participation à ce genre d'événement finit donc par se révéler d'une grande richesse. Cela est d'autant plus vrai que, dans mon cas, il m'a été offert l'opportunité d'exposer mes travaux. La participation au congrès s'apparente dès lors à une sorte d'« intronisation », susceptible d'impacter tout le déroulement ultérieur de l'enquête, en facilitant d'une part l'accès aux praticiens – l'enquêteur n'ayant plus à se présenter ni à accéder à une certaine légitimité –, et en facilitant d'autre part l'accès à certaines données (comme des dossiers d'usagers). En somme, l'événement donnant au chercheur la possibilité d'effectuer un don à la « collectivité » entière des étioopathes – en particulier lorsqu'il est entendu que les travaux en question peuvent servir l'ensemble de la « profession » –, il ouvre la possibilité d'un contre-don à sa mesure.

5. Étioopathes et médecins : à position différente, secret différent

Dans la mesure où la compréhension des recours à l'étioopathie est tributaire d'une objectivation précise des pratiques des thérapeutes, l'observation de consultations apparaissait comme une nécessité. Cette méthode devait permettre de contourner le « filtre » appliqué (consciemment ou non) par les praticiens et les clients, y compris les plus volontaires et les plus coopératifs. Car, « comme le souligne O. Schwartz, l'ethnographie donne accès à des pratiques

occultées, mais aussi très visibles et familières auxquelles les individus ne portent pas attention, à des dimensions implicites ou invisibles, à des réalités trop ordinaires et trop évidentes pour pouvoir être explicitées » (SARRADON-ECK, 2010). Je m'attendais cependant à un équivalent du secret médical chez les étiopathes, et craignais à ce titre que l'accès aux cabinets en tant qu'observateur extérieur ne soit délicat. G. Bloy a bien relevé, au sujet de la médecine générale, que « la faiblesse du nombre de recherches qui lui ont été consacrées jusqu'à une date récente tient pour partie aux difficultés d'accès à l'intimité des cabinets » (BLOY, 2008). Et, dans son ethnographie de cabinets de campagne, Aline Sarradon-Eck fait également remarquer la rareté des travaux anthropologiques sur le sujet, ne mentionnant guère que ceux de D. Balvet & C. Durif (1982), qui ne reposent pas sur de l'observation directe mais sur l'interview de visiteurs médicaux, et ceux de B. Faliu, qui est lui-même médecin (1987). L'auteure rapporte en outre que, sur les cinq chercheurs ayant participé à cette ethnographie, trois sont également médecins généralistes « avec une bonne connaissance des conditions d'exercice de la médecine générale, des codes et du système de pensée de ce groupe professionnel » (SARRADON-ECK, 2010). Enfin, dans son travail de thèse sur la médecine du sport, Baptiste Viaud s'est lui-aussi heurté à plusieurs reprises au secret médical, y compris dans des espaces où il présente la particularité de s'ouvrir à des acteurs du monde sportif.

« [Le docteur Raulo] nous invite quelques semaines plus tard à le rejoindre sur une compétition officielle organisée à Dunkerque, qui oppose les sélections française, brésilienne, polonaise et tunisienne. Cette rencontre fait office de préparation au mondial et se déroule du 21 au 26 novembre 2007. Lorsque nous évoquons la question des possibilités de recherche qui nous seront offertes sur place, le médecin est très clair. Il nous donne accès à l'ensemble des entraînements de l'équipe de France, nous invite à le rejoindre à l'hôtel pour "voir comment ça se passe et répondre à nos questions", et enfin nous propose l'accès privilégié et gratuit aux six rencontres internationales grâce aux billets "VIP" dont il dispose personnellement à chaque match. En revanche, le secret médical est invoqué en ce qui concerne les soins, et nous ne pourrions pas accéder à l'envers du décor sur les matches (vestiaires, réunions techniques, bancs) car le nombre de personnes autorisées est strictement limité (seules deux personnes sont autorisées pour la partie médicale : ici, le médecin et un kinésithérapeute). [...] Comme pour le club de football professionnel et à l'inverse de l'hôpital et du pôle de gymnastique, nous ne pourrions accéder ici à l'intimité des consultations » (VIAUD, 2009, p. 460)

« Le 3 mai 2007, le docteur Beaugendre est seul présent sur [le centre de formation de football]. Le jeune Adam, âgé d'une quinzaine d'années, s'est blessé gravement à la cheville et vient de rentrer de l'hôpital. Plâtré et en béquilles, il se présente à la demande de son entraîneur devant le bureau médical du médecin afin de lui présenter les radios. Après avoir reçu quelques joueurs professionnels, toujours prioritaires sur les plus jeunes dans l'ordre des consultations, le jeune homme est invité à rentrer dans le bureau. Chose rarissime durant nos sept mois d'observation, cette fois la porte reste ouverte et nous pouvons assister à la consultation. »

(VIAUD, 2009, p. 492-493)

Observer des séances risquait donc de s'avérer fort compliqué. Aussi, je décidai de n'aborder cette question qu'une fois le contact avec les praticiens solidement établi et l'enquête bien avancée, de sorte que ce qui peut paraître inconvenant ou suspect au premier abord finisse par devenir une demande légitime, voire une « évidence » dans le cadre de mes travaux. En attendant, il m'était toujours possible de réaliser quelques observations en tant que client, ou en accompagnant un membre de ma famille. Je consultais ainsi deux praticiens différents, MM. Rouault et Caster²⁰⁶, pour une seule séance à chaque fois et à quelques mois d'intervalle, pour une douleur familière dans la région lombaire. J'ai encore bénéficié d'une consultation informelle (et gratuite) auprès d'un troisième – en l'occurrence pour une blessure au fléchisseur des doigts survenue lors d'une séance d'escalade – alors que je passais récupérer des questionnaires. J'ai également vu M. Caster avec ma mère, qui consultait pour une calcification à l'épaule. Un an et demi plus tôt, elle avait déjà suivi un traitement à base d'ondes de choc chez un kinésithérapeute. Celui-ci l'avait bien soulagée, mais la douleur étant de retour, elle décida cette fois, sur mes conseils²⁰⁷, de s'en remettre à un étiopathe dans un premier temps. Enfin, j'ai accompagné ma sœur cadette, alors âgée de 15 ans, qui consultait pour un kyste à la main.

C'est au cours de mon premier congrès annuel d'étiopathie – celui de 2015 – que j'ai réalisé que l'accès à des cabinets d'étiopathie n'allait peut être pas poser tant de difficultés. Le premier soir, lors du dîner, je fais la connaissance de quelques praticiens exerçant dans la région de Toulouse. J'en viens à leur exposer la raison de ma présence ainsi que mes recherches et, à la fin du repas, l'un d'eux me propose spontanément de venir à son cabinet découvrir comment se déroule une séance. J'accepte volontiers, du moins sur le principe, compte tenu de la distance qui nous sépare. À peine deux mois plus tard, je réalise un entretien avec l'un des praticiens qui m'a aidé pour l'enquête auprès des clients. Avant de nous quitter, celui-ci me propose également de venir l'observer travailler, de préférence un lundi, le jour où il reçoit généralement plus d'une trentaine de clients, entre 8 heures du matin et 20h30. La proposition tombe à point nommé : cet étiopathe est celui qui m'a fourni le plus de questionnaires, et j'ai rencontré 13 de ses clients. Je suis donc allé l'observer à deux reprises à quelques mois d'intervalle. La première fois, j'assiste à 32 consultations (dont 3 consultations en couple), et la seconde, à 33 consultations individuelles. Le contexte dans lequel j'en

206 Les noms ont été modifiés.

207 De par mes propres expériences et surtout de par l'enquête réalisée au cours du Master 2, je supposais que cette consultation n'exposait pas ma mère à un danger particulier et pouvait même s'avérer intéressant sur le plan thérapeutique.

suis venu à mener des observations dans un second cabinet reflète tout autant la relative accessibilité de ce terrain : alors que je sollicite un praticien par téléphone en vue d'un entretien, celui-ci m'offre spontanément de « *passer au cabinet* » pour « *discuter* » pendant qu'il recevra ses clients²⁰⁸. Je m'y rends donc un vendredi et observe 11 consultations (dont une en couple) entre 7h30 du matin et 17h00. J'ai donc pu observer, au total, 72 consultations individuelles et 4 consultations en couple (auxquelles s'ajoutent les consultations en tant que client et lorsque j'accompagnais un membre de ma famille).

Ma présence dans le cabinet ne semble pas avoir constitué une gêne pour les clients. Le port de la blouse blanche chez le premier praticien et d'un t-shirt blanc chez le second devait leur suggérer que j'étais un étudiant en éthiopathie. Le premier praticien m'avait au préalable averti qu'il était possible que des clients refusent de consulter en ma présence, mais cela n'arriva pas. Sur les 65 consultations observées chez ce praticien, on ne s'est intéressé à moi qu'à deux reprises, en fin de séance, et cela m'a confirmé qu'on me prenait effectivement pour un étudiant en éthiopathie. Nous avons toutefois convenu avec l'éthiopathe qu'en cas de questions, je devrais révéler la vraie raison de ma présence. Mon identité de doctorant en sociologie n'a pas semblé déranger ces deux clients ; au contraire, en présentant mon enquête comme un intérêt porté à leur thérapeute et à leurs problèmes de santé, ils eurent plutôt tendance à saluer l'initiative, d'autant que le praticien en profitait pour souligner l'opportunité d'un regard « extérieur ». Du reste, ce dernier m'avait transmis quelques consignes pour « me faire oublier » durant la séance. Ainsi, alors que le client s'apprêtait à entrer, je venais me poster à quelques pas de la porte, ni trop proche ni trop loin, afin de laisser au client l'initiative de venir me serrer la main ou de se contenter d'un « bonjour » ou d'un signe de tête. Puis, j'allais m'asseoir derrière lui (face au praticien lorsqu'il est assis à son bureau), dans un fauteuil situé au coin de la pièce. J'y demeurais l'essentiel du temps, à prendre silencieusement des notes, et n'en bougeais que lorsque le client, allongé sur la table de manipulation, était tourné vers moi. En somme, la consigne consistait pour l'essentiel à ne pas surplomber le client du regard. Je m'assurais donc de rester en dehors de son champ de vision lorsqu'il était allongé, et restais généralement dans mon fauteuil lorsqu'il se faisait manipuler en position assise. Avec le second praticien, la conduite à tenir était encore plus simple. Le bureau était plus vaste, et l'on m'avait installé derrière une table de dessin dans une alcôve, encore une fois dos au client lorsqu'il était assis au bureau. Pour me faire oublier, je n'avais qu'à rester à ma place, et ne prendre la parole que pour répondre aux praticiens ou aux clients.

208 Cette configuration fut néanmoins peu pratique et je dus renégocier un entretien par la suite.

Accéder à des dossiers de clients apparaissait *a priori* tout aussi délicat que pénétrer dans l'intimité du cabinet d'étiopathie. Ces matériaux s'avéraient pourtant nécessaires : eux-seuls pouvaient permettre d'objectiver la structure réelle de clientèles et de vérifier « l'assise sociale » des thérapeutes. Dès le début de mon enquête de doctorat, alors que j'expose les résultats de mon enquête de master 2 au directeur de la FLEB et au président de l'IFE, je souligne l'importance de construire des statistiques exhaustives via ces dossiers. Sur le moment, on ne m'oppose aucune objection de principe, sans pour autant me garantir l'accès à ces données. Tout comme pour l'observation de séances, je décide de n'aborder à nouveau cette question que lorsque l'enquête par questionnaire est arrivée à son terme et que j'ai pu fournir un premier retour aux praticiens qui m'ont aidé. Le moment venu, c'est-à-dire dans le courant de la seconde année de doctorat, j'en parle à cinq d'entre eux. Je désamorçe d'emblée la question en signifiant que, ce dont j'ai surtout besoin, c'est d'un prénom (afin de recoder le sexe), d'un âge ou d'une date de naissance, et, si possible, d'un métier, en précisant que je m'engage à ne divulguer ces données sous aucun prétexte. Non sans étonnement, je constate que les étiopathes ne manifestent aucune réticence. Sur les cinq praticiens sollicités, deux acceptent de me fournir ces éléments avec, en plus, le nom de famille de leurs clients, étant donné qu'ils saisissent le nom et le prénom dans la même cellule de leur fichier tableur²⁰⁹. Un troisième me transmet une copie de l'intégralité de son tableau (avec les numéros de téléphones, les observations du praticien, etc.). En revanche, le quatrième, qui ne souhaite pas me transmettre l'intégralité des éléments à sa disposition, crée un fichier de traitement de texte pour chacun de ses clients. Il lui est donc impossible d'effectuer un tri des informations sans reprendre chaque fiche individuellement. Quant à la cinquième, elle utilise des feuilles bristol. Je n'utiliserai donc pas les dossiers de ces deux derniers praticiens. Puis, en juin 2016, je me rends au congrès annuel d'étiopathie, où j'expose les résultats de mon enquête quantitative auprès des clients. C'est l'occasion idéale pour lancer un appel collectif et récupérer des données. L'opération est un succès : après la présentation, quatre praticiens (dont seulement un connaissait déjà mon enquête) me proposent d'exploiter leurs dossiers. Deux d'entre eux utilisent un tableur et me les font parvenir par mail dans leur intégralité. Seul l'un d'entre eux me demande de confirmer par mail que son nom ne sera pas mentionné, et que moi seul aurai accès au contenu du fichier. Quant aux deux autres, ils saisissent leurs données sur un logiciel spécifique, et leur exploitation s'avère finalement impossible. En fin de compte, six praticiens m'ont fourni les noms et prénoms de leurs clients – sachant que tous n'ont pas saisi ces informations dans la même colonne, et qu'il leur était donc très facile de trier ces informations – et, parmi eux, quatre m'ont fourni leur fichier tableur dans son

209 Il est tout à fait possible de séparer le contenu des cellules à l'aide d'une formule et, grâce aux forums sur internet, cette manœuvre demeure relativement accessible aux novices.

intégralité. Je n'ai, en définitive, essuyé aucun refus vis-à-vis de l'accès aux dossiers, l'écueil principal ayant été d'ordre technique. Parmi les six fichiers récupérés, deux ont permis un recodage des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)²¹⁰, les autres contenant des intitulés peu précis ou en quantité insuffisante. Quatre fichiers ont permis de reconstruire la structure des âges au moment de la première consultation. Quant aux statistiques relatives au genre, j'ai procédé systématiquement à un recodage en fonction du prénom – la colonne « indéterminé » représentant la part de prénoms mixtes. Enfin, les dossiers fournis en intégralité ont permis de dresser quelques statistiques relatives aux plaintes, qui ont pu être comparées à celles issues de l'enquête par questionnaires.

Les cabinets d'étiopathie ainsi que les dossiers des clients se sont finalement révélés très accessibles. D'une part, la consultation des dossiers n'a nécessité aucune négociation à proprement parler ; plusieurs praticiens, qui semblent m'avoir fait entièrement confiance, n'ont même pas pris la peine d'anonymiser leurs usagers. D'autre part, j'ai été spontanément invité à pénétrer dans le cabinet, et j'ai également pu constater que les étiopathes ouvrent en fait volontiers leurs portes aux personnes qui souhaitent découvrir la réalité du métier avant de s'engager dans le cursus (comme ce fut le cas pour plusieurs étiopathes enquêtés). Rétrospectivement, j'ai même eu le sentiment d'avoir pris beaucoup plus de précautions qu'il n'était nécessaire pour parvenir jusqu'à ces matériaux. Il convient toutefois, pour éviter toute sur-interprétation, d'indexer ces accès facilités à la représentation que les étiopathes ont fini par se faire de moi et de mon travail (FOURNIER, 1996). Le fait qu'un éventuel aspirant étiopathe puisse avoir accès au cabinet ne signifie aucunement qu'un inconnu étudiant en sociologie aurait tout autant été le bienvenu ; la promptitude avec laquelle mon enquête de master 2 a été signalée à l'IFE va d'ailleurs dans ce sens. Ceci étant, il semble évident que le « secret étiopathique » est incomparable au « secret médical », qui, pour sa part, est garanti par la loi²¹¹, et dont la violation est passible d'une radiation du conseil de l'Ordre ainsi que d'une interdiction d'exercer. Sans doute la vulnérabilité des étiopathes les incline-t-elle à se montrer particulièrement sensibles à tout ce qui est susceptible de faire leur promotion. Peu nombreux, en situation d'illégalité, et cependant en quête de reconnaissance, ces derniers se montrent assez disposés à s'exposer si cela peut leur permettre de grossir leurs rangs et gagner en légitimité. Les

210 Ceux-ci sont tous les deux issus de cabinets situés dans des communes rurales du même département.

211 L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « toute personne prise en charge par un professionnel de santé [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Quant à l'article R4127-4 du même code, il dispose que « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

médecins, à l'inverse, estiment sans doute avoir davantage à perdre qu'à gagner à se laisser observer par un « profane », et le secret professionnel leur permet de se prémunir contre toute intervention extérieure (PENEFF, 2005, p. 31). Ce secret serait d'ailleurs particulièrement prégnant chez les médecins français, pour qui le « colloque singulier » constitue le « mythe fondateur de la déontologie médicale » (HARDY, 2013, p. 28)²¹².

Ces modalités d'accès aux matériaux n'autorisent pas à déduire qu'il n'existe pas chez les étiopathes de volonté de préserver l'intimité de leurs clients. L'accès aux dossiers ne s'est fait qu'une fois mon travail clairement introduit, et après que j'ai donné la garantie du respect de l'anonymat des usagers. Malgré cela, certains praticiens ont tout de même tenu à ne pas me transmettre l'intégralité de leurs données. Mais surtout, la signification du secret professionnel et sa traduction concrète, qui renvoient invariablement à l'exercice d'un pouvoir (celui de conserver ou de partager une information), demeure fonction des exigences de l'espace social considéré et des rapports de force qui s'y déploient. Dans sa thèse sur la médecine du sport, Baptiste Viaud a bien montré comment la conception du secret médical varie selon l'implication (ou « l'allégeance ») des médecins dans le champ sportif. « Dans une volonté commune de préservation de la santé de l'athlète, on rencontre aux extrêmes d'un continuum de visions du partage de l'information, un "secret médical absolu", où il s'agit d'éviter au maximum le contact avec l'entourage sportif susceptible de contaminer la relation soignant / soigné, et son opposé, qui cette fois consiste en un "secret sportif totalement partagé", où l'ensemble des informations médicales fait l'objet d'un traitement collectif » (VIAUD, 2009, p. 449). Et, à travers ces formes variées de « secret », aucun des médecins étudiés par l'auteur n'a « le sentiment de dépasser les limites convenues de l'intervention » (VIAUD, 2009, p. 486). Ici, c'est avec l'enquêteur que le « secret étiopathique » est partagé, après qu'une alliance se soit révélée envisageable. Et de la même manière que le « secret médical » et le « secret sportif » respectent « l'intérêt » du malade ou du blessé, le partage du secret étiopathique peut être dans l'intérêt du client dans la mesure où il doit contribuer à la reconnaissance de la thérapeutique qui le soigne.

212 Dans un entretien initialement publié pour la *Revue du Praticien/Médecine Générale*, A-C. Hardy illustre cette spécificité française par l'anecdote suivante : « Lors d'une rencontre, des généralistes suédois nous ont raconté leur journée de travail, qui commence par une réunion pluridisciplinaire, en lien régulier avec l'hôpital. "Mais alors, vous n'avez pas de vraie relation avec vos patients !", s'est exclamé un médecin français, condamnant ainsi par un jugement moral une prise en charge plus collective » (<http://www.carnetsdesante.fr/Hardy-Anne-Chantal>, page consultée le 25 août 2019).

Conclusion du chapitre 2 :

La facilité avec laquelle j'ai finalement eu accès au terrain procède directement de l'intérêt qu'a suscité mon travail chez les étiopathes – ou tout du moins une partie d'entre eux, dont ceux qui détiennent des postes clés (comme le président de l'IFE et le directeur de la FLEB) –, à un moment où la question de la reconnaissance légale se pose avec une acuité nouvelle. En d'autres circonstances, ces derniers auraient pu sérieusement entraver le bon déroulement de l'enquête, comme en témoigne l'épisode du questionnaire de Master 2, auquel j'ai dû apporter quelques modifications. À ce titre, le déroulement progressif de l'enquête, essentiellement axé sur les « patients » dans un premier temps, s'est révélé opportun. On peut en effet se demander comment aurait été perçue une enquête sur « les trajectoires des praticiens » qui ne s'intéresserait pas simultanément à ce qui est probablement le plus intéressant à leurs yeux, à savoir leur travail et leurs « patients ». Et si, individuellement, les étiopathes se sont montrés très coopératifs, il ne faut pas oublier que c'est peut-être en partie parce que j'étais désormais loin d'être un parfait inconnu. Certains, pour m'avoir aidé sur l'enquête auprès des usagers, me connaissaient depuis environ un an et demi lorsque je leur demandais d'accéder aux dossiers de leurs clients, ou lorsque je m'intéressais à leurs pratiques et à leur parcours. Ils avaient ainsi déjà eu un aperçu de mon travail et de ses enjeux. Avec quelques-uns, le tutoiement a même fini par s'imposer. Enfin, l'accès à certains éléments, notamment l'observation de séances ainsi que les dossiers des usagers, découle d'un rapport au « secret professionnel » différent de celui des médecins. Instrument de reproduction de la domination pour ces derniers, son ouverture se révèle en revanche, pour les praticiens non reconnus et parfois dénigrés que sont les étiopathes, une manière de promouvoir leur travail.

Conclusion de la partie I :

Le travail de « défrichage » engagé dans cette première partie aura permis de mieux visualiser les rapports qu'entretiennent les étioopathes vis-à-vis des autres praticiens manuels. L'enquête révélait à ce titre une surprise : le nombre conséquent d'étioopathes devenus « ostéopathes », et la transformation d'écoles d'étioopathie en écoles « d'ostéopathie ». L'objet prend dès lors une autre dimension : il apparaît d'emblée lié à un vaste marché thérapeutique sur lequel se sont positionnés plusieurs dizaines de milliers de praticiens, mais dont on ne sait pratiquement rien. À ce titre, on me reprochera peut-être d'avoir fait l'histoire d'une partie des étioopathes, à savoir ceux réunis autour de C. Trédaniel, et d'avoir négligé les autres. Mais cette première partie, loin de prétendre à l'exhaustivité, avait d'abord pour objectif d'apporter au lecteur des éléments sur la population dont il sera question au cours des deux parties suivantes. En outre, si ce travail en dit peu sur le devenir des anciens étioopathes et ceux qu'ils ont formés, il permet néanmoins d'entrevoir où se situent les proximités entre les différents groupes de praticiens. Un ancien étioopathe devenu membre de l'AFO rapporte ainsi avoir une approche relativement éloignée des ostéopathes issus de l'école de Maidstone. Tout en ayant pu inclure à sa pratique des techniques de fasciathérapie (chose auparavant interdites par les règlements de l'IFE et du RNE), ce dernier affirme, à l'instar de plusieurs étioopathes, se sentir plus proche des chiropracteurs :

« [Les ostéopathes issus du courant de Maidstone] ont quand même tendance à moins manipuler que nous. Je dirais que les chiropracteurs seraient plus manipulateurs. [Les ostéopathes de Maidstone] sont quand même très... tissulaires. Ils sont orientés très tissulaires. Sans doute aussi parce qu'ils ont répondu à une pression de la médecine qui disait "attention les manipulation c'est dangereux", et ils ont prêté l'oreille à ça. Donc ils se sont orientés vers des techniques beaucoup plus tissulaires. Qui sont complémentaires ! Moi je les pratique. La fasciathérapie, c'est une de nos armes. Mais quand un système articulaire est bloqué, on va améliorer les gens mais ils rechutent, ça ne tient pas »

(Victor, ancien étioopathe formé à l'ISLEM de Paris, devenu ostéopathe et membre de l'AFO)

Cette première partie aura également été l'occasion de démontrer ce qui a été avancé en introduction : pour qu'émerge un groupe professionnel, répondre à un « besoin » n'est pas suffisant. Ainsi que le montre l'histoire de l'étioopathie et de l'ostéopathie, les obstacles à surmonter sont nombreux, et proviennent tant des acteurs qui occupent les positions dominantes (la profession médicale en l'occurrence, et plus précisément l'Ordre des médecins) que des plus proches prétendants (les ostéopathes, dans le cas de l'étioopathie). À ces adversaires s'ajoutent d'ailleurs des acteurs issus des pouvoirs publics et du monde associatif, comme la Miviludes, dont les rapports qualifient l'étioopathie de « dérive sectaire ». À l'occasion, ces acteurs peuvent aussi jouer un rôle d'allié contre la médecine dominante, ainsi qu'en témoigne le « coup de pouce » que les étioopathes

ont failli obtenir de Nicolas Sarkozy, ou le soutien qu'il reçurent jadis de G. Dufoix. Les leviers pouvant permettre à des praticiens de s'imposer sont nombreux, de natures diverses, et ils dépassent largement la seule « efficacité thérapeutique ». Reste que les praticiens, pour intégrer la partie, doivent bien se positionner auprès d'un ou plusieurs types de clientèles, en répondant à des demandes ou en les suscitant. La seconde partie consistera à aller à leur rencontre.

PARTIE II :

LES SOINS DE LA « NON-URGENCE » : UN MARCHÉ THÉRAPEUTIQUE

VACANT

La seconde partie de ce travail entend à présent éclairer la « demande » en soins étiopathiques. Le troisième chapitre porte spécifiquement sur le travail réalisé en cabinet. Il démontre l'apparente proximité des étiopathes avec les membres de la profession médicale (à travers, par exemple, la configuration du cabinet, le port de la blouse et le langage utilisé) tout en mettant en évidence la position spécifique que ces praticiens occupent dans la division du travail thérapeutique, cantonnés en l'occurrence à la prise en charge de troubles « non-urgents ». Le chapitre 4, qui expose des trajectoires thérapeutiques d'usagers, montrera ensuite que ces troubles, quoique « non-urgents », peuvent s'avérer particulièrement handicapants, et tenir les médecins en échec. L'étiopathe peut ainsi devenir un praticien de référence pour le traitement de tout un ensemble d'affections, en particulier celles de l'appareil locomoteur. Simultanément, le diagnostic médical continue de faire autorité dès lors qu'il s'agit de symptômes plus graves (ou potentiellement plus graves). On remarque ainsi que les recours à l'étiopathe traduisent moins une remise en cause de la compétence médicale qu'une redéfinition de cette compétence. Puis, dans le chapitre 5, on replacera ce marché de la non-urgence sur lequel se positionnent les étiopathes dans une perspective socio-historique. Il s'agira de rappeler, d'une part, que les moyens thérapeutiques de la médecine officielle sont demeurés relativement limités jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle et, d'autre part, de montrer que depuis les années 1960 – moment où la profession médicale est devenue largement accessible du fait de l'explosion de ses effectifs et du remboursement de ses prestations – la médecine générale rencontre de grandes difficultés à appréhender une part des troubles qui se présentent à elles, tout comme les kinésithérapeutes, ces auxiliaires médicaux dont le champ de compétence est relativement proches des étiopathes. On verra par ailleurs que la mission d'intérêt public dévolue à la profession médicale l'empêche de répondre à la seule demande de l'usager, ce qui a pour conséquence de laisser d'autant plus d'espace aux praticiens non-conventionnels pour se positionner.

Chapitre 3

Des rebouteux en blouse blanche

La question du marché sur lequel se positionnent les étioopathes suppose de comprendre en premier lieu ce qui se passe concrètement lors d'une consultation. En mobilisant des données issues de l'observation de séances et d'entretiens avec des usagers (voir l'encadré n°5 : Le choix des enquêtés par entretien, p. 113), je tenterai donc de répondre aux questions suivantes : que font les étioopathes et comment le font-ils ? Il s'agira alors de montrer que l'étioopathe est un praticien qui oscille entre la figure du rebouteux et celle du médecin²¹³. Du premier, le praticien conserve une thérapeutique essentiellement manuelle, qu'il cantonne aux troubles dits « réversibles », notamment au niveau de l'appareil locomoteur. Au second, il reprend tout un ensemble d'attributs qui tendent à le faire apparaître comme un professionnel de santé et un scientifique à part entière. Je recenserai dans un premier temps les appareils symboliques à travers lesquels ces praticiens entendent se construire une légitimité. Du port de la blouse blanche à l'emprunt aux champs lexicaux de l'anatomie et de la physiologie, ils se voient plus ou moins assimilés à des membres de la profession médicale, tout en s'en distinguant du fait qu'ils soignent via des techniques manuelles. Je m'arrêterai ensuite plus particulièrement sur les tâches réalisées par les praticiens. Sous des apparences généralistes, l'étioopathe, qui se sert essentiellement de ses mains et qui, surtout, revendique un diagnostic original censé remonter à « la cause » des pathologies, n'en occupe pas moins une position spécifique dans la division du travail thérapeutique, dans la mesure où il se restreint à l'exploration d'une étiologie spécifique : les « lésions étioopathiques » réversibles manuellement, dont les effets pathogènes sont curables « naturellement », c'est-à-dire sans adjonction d'un traitement chimique, d'une opération chirurgicale ou d'une rééducation. Les cas pour lesquels les capacités d'adaptation (ou de récupération) du corps se voient dépassées relèvent des compétences de la profession médicale²¹⁴. L'enquête statistique confirme que l'étioopathe est consulté pour des affections dont la gravité, en termes médicaux, demeure limitée (troubles musculo-squelettiques, problèmes digestifs, maux de tête, etc). Étioopathes et médecins n'occupent donc pas la même position dans la division du travail thérapeutique. Enfin, l'observation des consultations met en

213 « Rebouter : remettre un os, un membre à sa place, c'est-à-dire "bout à bout", par des procédés empiriques » (MONET, 2003, p. 57). « Les rebouteurs, rhabilleurs, et renoueurs sont des empiriques qui apportent leurs concours au traitement des traumatismes comme les fractures, les luxations, les entorses. Le rebouteux n'est pas un produit uniquement français, les allemands ont leurs "pfuscher" et les anglais les "bonesetters" » (MONET, 2003, p. 116).

214 Dans certains cas, les interventions de l'étioopathe et du médecin (ou du chirurgien) peuvent toutefois s'avérer complémentaires.

relief la relation de client qui tend à se tisser entre l'étiopathe et les usagers. Tout se passe comme si ce praticien était libre d'accorder une légitimité *a priori* au(x) plainte(s) de celui qui sollicite ses services, contrairement au médecin, investi d'une mission de contrôle social, et chargé à ce titre de reconnaître les « vrais problèmes ». Ainsi l'étiopathe, qui a peu à offrir à l'usager en termes d'options thérapeutiques, a simultanément peu à lui refuser, à l'inverse des membres de la profession médicale qui pourvoient (ou non) des privilèges associés à la reconnaissance de l'état de « malade ».

Encadré n°5 : Le choix des enquêtés par entretien

La constitution d'une population d'enquêtés par entretien a démarré dès l'enquête de master 2, selon le même mode opératoire que pour la thèse : à la fin du questionnaire rempli en salle d'attente, on proposait aux enquêtés qui le souhaitaient de laisser leurs coordonnées. Cette première enquête, située autour de trois cabinets – deux en milieu rural, un en centre-ville – a permis la récolte de 74 questionnaires provenant de trois cabinets (ces questionnaires n'ont pas été réutilisés pour la thèse). Douze clients ont pu être entendus en entretien : 4 fréquentaient l'un des cabinets ruraux – dont le praticien a pu être observé au cours de séances où j'étais moi-même usager ou accompagnais un membre de ma famille – et 8 fréquentaient le cabinet urbain. Lors de la thèse, 194 enquêtés sur les 1114 ont daigné laisser leurs coordonnées, soit 17,4% de la population totale. Afin de limiter les éventuelles variations de pratiques d'un thérapeute à l'autre, je souhaitais constituer cette population d'enquêtés autour d'un nombre restreint de praticiens. Au final, j'ai interrogé 13 personnes (dont un couple) consultant un thérapeute dont j'ai pu observer la pratique ; 5 personnes (dont deux couples) consultant un second praticien ; et 1 personne en consultant un troisième. J'ai cherché à interroger des hommes et des femmes issus de PCS variées. Au final, cette population comprend 7 hommes et 24 femmes (dont cinq couples hommes/femmes). Ce déséquilibre s'explique en grande partie du fait que les hommes ont nettement moins laissé leurs coordonnées (seulement 50 sur les 194, soit 25,8%). Cette population comprend 3 agriculteurs, un couple de commerçants, 7 professions intermédiaires, 4 cadres et professions intellectuelles supérieures, 6 ouvriers, et 9 employés. Avec seulement 27 répondants au questionnaire, la catégorie des agriculteurs fut la moins accessible. J'ai donc dû aller « chercher » une agricultrice auprès d'un troisième praticien (elle fut l'unique enquêtée à consulter ce thérapeute). L'un des praticiens dont je cherchais à interroger des clients m'a également dirigé vers un couple d'agriculteurs le consultant de longues date, et dont il savait qu'ils accepteraient un entretien malgré leur faible disponibilité.

1. Entre « rebouteux » et « docteur » :

1.1. Les attributs du professionnel de santé :

Plusieurs éléments tendent à confondre l'étiopathe avec un praticien de santé officiel. Parmi ces éléments figure le cabinet en lui-même²¹⁵, qui rappelle en de nombreux points celui d'un

²¹⁵ Au total, j'ai pu découvrir l'intérieur de 14 cabinets d'étiopathie, avec cependant un temps d'observation très

médecin : on y circule souvent « à sens unique », et la salle d'attente apparaît comme « un "non-lieu" tel que le définit M. Augé (1994) : un espace de cohabitation anonyme et impersonnel où ni la relation (au médecin ou entre les usagers), ni l'identité, ni l'histoire ne sont symbolisées, et que les usagers ne peuvent s'approprier » (SARRADON-ECK, 2010). Le plus souvent propre et en bon état, cette première pièce comprend des toilettes²¹⁶, des chaises ou des fauteuils, des magazines plus ou moins nombreux et récents, ainsi que des jouets pour les enfants. De la musique ou la radio vient parfois couvrir les émanations sonores provenant de la salle de consultation afin d'assurer l'intimité du client. Quant à l'espace de consultation, il présente systématiquement un bureau avec, d'un côté, le fauteuil-président de l'étiopathe et, de l'autre, deux chaises ou fauteuils réservés aux clients. La plupart des praticiens utilisent un ordinateur ainsi qu'une imprimante ; certains préfèrent toutefois les feuilles bristol. Enfin, tous les cabinets visités comprenaient une bibliothèque. Elle comprend généralement des ouvrages de la collection des « Précis d'étiopathie » ainsi que des numéros de la *RIME*, complétés par un ou plusieurs volumineux traités d'anatomie, parfois anciens (notamment des Poirier, des Rouvière et des Testut), ainsi que des ouvrages de physiologie, de gynécologie, et d'obstétrique. De l'aveu d'un des praticiens, cette bibliothèque peut avoir un rôle essentiellement décoratif. Elle n'en recèle pas moins une fonction éminemment symbolique : capital culturel objectivé (BOURDIEU, 1979b), elle assoit la position du praticien dans son rôle d'expert, en attestant que sa compétence provient bien de l'acquisition de connaissances, et non d'un quelconque « don », inné ou transmis, à l'instar du guérisseur (FRIEDMANN, 1981)²¹⁷. Un traité d'anatomie demeure souvent à portée de main du praticien, tel un « équivalent étiopathique » du *Dictionnaire Vidal* des médecins²¹⁸. Au regard des observations menées, celui-ci sert moins à déterminer la thérapeutique qu'à expliquer aux usagers l'origine de leurs troubles (en montrant le ou les trajets nerveux en cause par exemple). Pour ce faire, certains praticiens utilisent également un rachis en plastique. Sur le mur de la salle de consultation, on peut également observer presque systématiquement un cadre affichant le diplôme du praticien ; une pratique nettement plus fréquente que chez les généralistes²¹⁹. Il semble en aller de même du port de la blouse, qu'elle soit blanche ou bleue : fréquemment revêtue

variable, allant de plusieurs minutes à quelques dizaines de secondes.

216 À l'exception d'un cabinet, où les toilettes n'étaient accessibles que depuis la salle de consultation.

217 Voir également la distinction opérée par E. Freidson au début de son ouvrage sur la profession médicale (FREIDSON, 1984) entre le médecin et le sorcier azandé.

218 Dans son ethnographie, A. Sarradon-Eck rapporte que « tous les cabinets [de généralistes] visités possèdent une vitrine, une armoire ou une étagère sur lesquelles sont disposés des livres et/ou des documents médicaux. Hormis l'un d'entre eux, les médecins observés ne consultent pas ces ouvrages et documents durant la consultation (sauf le volumineux Dictionnaire Vidal, toujours situé à portée de main, sur la table ou à proximité). Dans un cabinet, les livres exposés sur l'étagère sont d'anciens ouvrages de médecine qui n'ont qu'une fonction décorative » (SARRADON-ECK, 2010). B. Faliu identifie également ce dictionnaire parmi les objets généralement présents sur le bureau du généraliste (1987).

219 Sur les dix cabinets de médecine générale observés par A. Sarradon-Eck, un seul affichait au mur le diplôme de docteur (SARRADON-ECK, 2010).

chez les étiopathes, celle-ci est en revanche « surtout portée à l'hôpital et peu en médecine générale » au sein de la profession médicale (FALIU, 1987). On observe donc comme un phénomène de compensation : tout se passe comme si, du fait que la position des étiopathes n'était pas assurée, les praticiens tendaient à n'omettre aucun détail dans la présentation de soi. Les médecins, à l'inverse, semblent pouvoir se permettre d'en négliger certains aspects dans la mesure où ils bénéficient d'un titre qui leur confère à lui-seul une légitimité suffisante.

Au-delà de ces attributs matériels, c'est le langage employé par les étiopathes qui tend à les confondre avec des professionnels de santé officiels. Ainsi qu'on l'a expliqué au chapitre précédent, ces praticiens parlent tout d'abord de « patients ». Et, comme en témoignent les notes d'observations suivantes, la teneur de leur diagnostic emprunte amplement aux registres de l'anatomie et de la physiologie :

Un homme d'une cinquantaine d'années se plaint de douleurs très diffuses et d'intensité variable qu'il ne relie à aucun événement particulier. Il mentionne également des migraines, en précisant toutefois qu'il en a depuis l'enfance. Il aurait consulté l'étiopathe pour la première fois un mois plus tôt. D'après le praticien, cet homme aurait connu un « *parcours du combattant* » auprès de la profession médicale. Il aurait également déclaré qu'il « *n'y croyait pas [en l'étiopathie]* » et « *qu'il avait tout essayé* ». Son épouse lui aurait cependant pris un rendez-vous « de force ». Pour cette seconde séance, l'étiopathe commence ses examens en demandant au client de se pencher et de se redresser à 16 reprises. Puis, il explique qu'il y a eu « *des choses bien de faites* » lors de la séance précédente, mais également « *des choses qu'il n'a pas trouvé* ». En somme, la première séance aurait permis d'identifier des « *compensations* », et l'objectif est à présent de remonter la chaîne causale. Le praticien suspecte finalement une lésion au niveau d'une vertèbre coccygienne après avoir réalisé un test de douleur (qui consistait simplement à appliquer une pression avec les doigts sur les vertèbres, alors que le client était allongé sur le ventre sur la table de manipulation). Il demande alors à son client s'il a déjà chuté sur le coccyx par le passé (la dernière chute de ce type remontait en l'occurrence à plusieurs années). L'étiopathe émet alors l'hypothèse que les troubles de son client procèdent d'un fonctionnement anormal du système nerveux sympathique, un ganglion ayant pu être « *comprimé* » de longue date par la vertèbre coccygienne. Le praticien avertit son client qu'un toucher rectal peut s'avérer nécessaire à la réduction de la lésion. Après la consultation, il m'avoue son embarras et la difficulté qu'il a eu à formuler un diagnostic : « *on voyait bien qu'il n'était pas vaillant* », résume-t-il, ajoutant dans la foulée que, face à ce genre de cas, les médecins tendent à prescrire des anti-dépresseurs.

Une consultation en famille – Ma mère, alors âgée de 48 ans, déclare une « *calcification* » à l'épaule droite qui « *fait plutôt mal* » depuis un mois. « *Ça me prend sur l'omoplate [explique-t-elle]. Il y a une raideur au niveau du cou et il y a des gestes que j'ai un peu de mal à faire* ». « *La nuit c'est comment ?* » demande le praticien. « *Je suis pas très à l'aise, surtout si je me mets sur l'épaule* ». L'étiopathe examine la radiographie et demande : « *Ils vous ont dit quoi par rapport à cette calcification ?* » Ma mère répond simplement qu'elle a suivi un traitement

par ondes de choc auprès d'un kinésithérapeute un an et demi plus tôt, et que celui-ci a « *un peu amélioré les choses* ». « *Ça a été pendant l'été* », précise-t-elle, et, par la suite, comme elle était en arrêt en raison d'un cancer du sein, son épaule était peu sollicitée. La douleur devait néanmoins « *repartir de plus belle* » un mois après la reprise de son travail. Cette fois, elle a préféré aller consulter l'étiopathe avant d'en reparler à son médecin. Examinant la radiographie, le praticien fait remarquer que la calcification est « *importante* ». « *En même temps, [dit-il], le système arrive quand même à essayer de s'adapter* ». Il propose donc de vérifier si l'épaule est « *bien libérée* », pour voir si elle « *travaille bien au maximum de ses possibilités* ». Ma mère déclare alors un autre problème survenu suite à un curage axillaire (lié à son cancer) : « *j'ai les deux bras qui...* » « *Ouais, qui sont sensibles ?* [termine le praticien]. *Est-ce que ça créé aussi des fourmillements dans le bras ou pas ?* » « *Dans le bras non, par contre la main c'est pas terrible* ». « *Elle fourmille ou elle est juste douloureuse ?* » « *C'est comme si elle était fatiguée* [répond ma mère]. *Je sais pas comment dire... Engourdie plutôt* ». « *Ça, [explique l'étiopathe], ça peut être logique par rapport à une innervation. On va aller voir si c'est bien relâché* ». Il invite alors ma mère à ôter son haut. Avant de passer à la phase des examens, il photocopie le courrier du radiologue adressé à notre médecin traitant suite à l'examen. Au cours des manipulations, le praticien questionne ma mère sur ses conditions de travail, qui est en l'occurrence un « *travail de bureau* », « *très statique* », et essentiellement sur ordinateur (ma mère étant contrôleuse de gestion). Arrive le moment du diagnostic. L'étiopathe déclare que « *la troisième dorsale était bloquée* », ce qui, dit-il « *est très important par rapport à la mécanique du bras* ». Cette vertèbre, explique-t-il, a pu se bloquer du fait de la douleur – « *parce qu'au bout d'un moment on compense un peu* » – soit du fait de la reprise d'activité – « *le travail sédentaire de bureau ça réclame toujours une attention, visuellement faut toujours avoir une attention du coup vous vous contractez pas mal...* » « *On va déjà voir en libérant ça* [reprend le praticien], *si ça détend les capteurs même s'il y a la calcification...* » Un peu plus tard, au sujet du second trouble déclaré, il ajoute que « *la zone dorsale là pourrait jouer aussi sur la circulation au niveau du bras. Il y a des nerfs qui commandent les vaisseaux du bras, ces nerfs-là vont sortir plutôt au début du dos jusqu'au milieu des omoplates* ». Le blocage peut « *modifier un peu la commande, et l'état circulatoire est un peu perturbé* ». « *Pas forcément tout le bras tout de suite, [précise l'étiopathe], parce que c'est d'abord les capillaires, donc les extrémités qui réagissent. C'est pour ça qu'on commence à sentir plutôt la main. Après ça peut donner un bras lourd au bout d'un moment* ». Ma mère demande s'il convient de prévoir un deuxième rendez-vous. Le praticien suggère de « *faire le bilan* » au bout d'une dizaine de jours. « *Si vraiment c'est mitigé, on re vérifie. Si c'est beaucoup mieux bien sûr on laisse. Si c'est de mieux en mieux mais très progressif on attend pour voir jusqu'où ça va. Et il peut y avoir besoin de trois ou quatre jours pour vraiment sentir au début.* »

Une consultation en famille – Ma sœur consulte l'étiopathe pour un kyste à la main droite apparu quatre ans plus tôt. Le praticien lui demande s'il s'est formé à la suite d'un choc ou d'un événement particulier (« *non* »), l'interroge sur son activité sportive (pratiquement inexistante), et si elle est bien droitière (« *oui* »). L'étiopathe rappelle alors (suite à sa conversation téléphonique avec ma mère) que « *c'était plus facile en période de vacances scolaires* », qu'il y avait « *moins de sollicitation avec l'écriture* », et donc « *moins de tensions* ». Il propose donc de vérifier si « *le poignet est bien en place, si ça bouge bien au niveau des articulations* », puis d'examiner le coude et de « *remonter pour voir tout ce qui correspond à l'innervation de la région, c'est-à-dire les nerfs qui commandent aux muscles, aux tendons, aux ligaments, et aux vaisseaux* ». Au final, l'objectif est de s'assurer que « *le poignet est bien irrigué* ». Le praticien demande ensuite à ma sœur si, la nuit ou le matin, elle

ressent des douleurs ou des sensations du type « *fourmillements* », « *bras lourd* » (« *non* »), et s'il arrive que le kyste disparaisse complètement. Ma sœur explique alors qu'il est déjà arrivé qu'il disparaisse pendant les vacances, mais qu'il revient « *deux jours après la reprise de l'école* ». Il demande ensuite si elle ressent des « *élançements* » ou des « *picotements* » dans les doigts. Ma sœur se contente de répondre que « *ça fait mal quand elle écrit* ». Tout au long de l'échange, le praticien aura pris des notes sur son ordinateur. Il invite alors ma sœur à aller s'asseoir sur la table de manipulation et commence à palper son kyste. Au bout d'une trentaine de secondes, il annonce que celui-ci « *n'a pas une nature inquiétante* » : il est « *mobile* » et « *souple* ». Ma mère commente : « *parce que vous disiez que ça pouvait se fixer sur les tendons ?* » « *Oui, répond le praticien, soit sur un système tendineux, soit en profondeur. Et puis des fois y a des textures qui sont plus embêtantes.* » Le praticien vérifiera successivement la mobilité du poignet, du coude, et la région haute du rachis. Au final, « *au niveau de l'innervation, le haut du dos est bien. C'est important parce que ça joue sur la circulation au niveau du bras* ». La septième cervicale était en revanche « *un peu bloquée* », ce qui peut, dit-il, « *participer à une faiblesse de l'articulation* » (« *ça peut être le coude des fois, ou le poignet, ou la main* »). Le poignet était également « *un peu raide* ». L'objectif des manipulations aura été de « *créer un afflux vasculaire local* ». Il faudra à présent vérifier si le kyste tend à diminuer en période d'école.

L'étiopathe ancre finalement la pathologie dans un corps relativement familier : il est question de nerfs, d'os, de muscles, de l'innervation de muscles, de système nerveux, de tendons, d'articulation, de circulation sanguine, de ganglions etc. Quand bien même les clients n'auraient qu'une idée très approximative des réalités auxquelles renvoient ces catégories, celles-ci ne leur sont sans doute pas complètement étrangères dans la mesure où elles sont transmises par le système scolaire (généralement au collège) et utilisées par les médecins²²⁰. Les étiopathes se distinguent ainsi d'autres praticiens de médecines naturelles qui, selon le mot de Pierre Elzière, « parlent le langage du corps » à travers des catégories elliptiques, telles que le « terrain », le « tempérament » ou encore l'« énergie » (ELZIÈRE, 1986b)²²¹. L'étiopathe, lui, parle bien d'un corps concret, d'un corps « médical ». Mais, dans le même temps, de par leur champ de compétence et leur mode d'action thérapeutique, les étiopathes s'en tiennent généralement à une évocation du corps à l'échelle anatomique ou morphologique, et non, par exemple, à l'échelle histologique ou cellulaire. Les

220 Dans tous les cas, comme l'observe Aline Sarradon-Eck, une catégorie comme les « nerfs » fait parfaitement sens pour les membres des classes populaires, même si elle englobe des éléments qui n'en font pas partie dans le langage médical. « Les "nerfs", dans le langage courant, sont une catégorie regroupant les faisceaux d'axones mais surtout les tendons des muscles et les fibres musculaires » (SARRADON-ECK, 2010).

221 Cette observation de P. Elzière mérite d'ailleurs quelques réserves : à ces trois exemples de catégories elliptiques, l'auteur en ajoute un quatrième, le « potentiel vital », qui est en l'occurrence un concept étiopathique (il en sera à nouveau question plus loin dans ce chapitre). Si ce terme apparaît effectivement dans quelques anciennes brochures d'étiopathie, il est en réalité surtout utilisé entre praticiens. Il apparaît à ce titre lors des conférences des congrès annuels, dans les livres à destination des étiopathes (et non dans ceux à destination du grand public), dans les articles de la *RIME*, ou encore dans les mémoires de fin d'études. En revanche, il n'a jamais été relevé au cours de mes observations de séances, et les praticiens ne s'y référaient même pas lorsque j'échangeais avec eux sur leur travail. On peut d'ailleurs s'interroger sur l'intérêt d'employer un tel concept à résonance vitaliste et mystique pour « parler le langage du corps » lorsqu'il est déjà question de « nerfs », « d'articulations », de « vertèbres », de « muscles » etc.

risques de se montrer incompréhensibles aux yeux des clients sont d'autant moins élevés qu'ils ont peu à se faire les relais d'un corps étranger et peu accessible aux profanes²²². En somme, sur le plan culturel, les étiopathes apparaissent comme des sortes d'intermédiaires, à mi-chemin entre la culture professionnelle réservée aux experts et la culture profane qui, peu à peu (classe par classe), en hérite les catégories (BOLTANSKI, 1968). Ils ont d'autant plus de chance de faire autorité (d'apparaître compétents) auprès des profanes que, dans leurs discours, ils s'en tiennent à emprunter des catégories aux praticiens les plus légitimes, sans avoir recours à des catégories exotiques susceptibles de heurter le sens commun.

1.2. Un « mécanicien du corps humain » :

Sur le mur de la salle de consultation ou dans la salle d'attente, un cadre apparaît dans tous les cabinets : une gravure représentant Asclépios (ou Esculape), Dieu de la médecine, utilisant ses mains pour soigner (voir l'illustration 3).

Illustration 3 : Gravure d'Asclépios



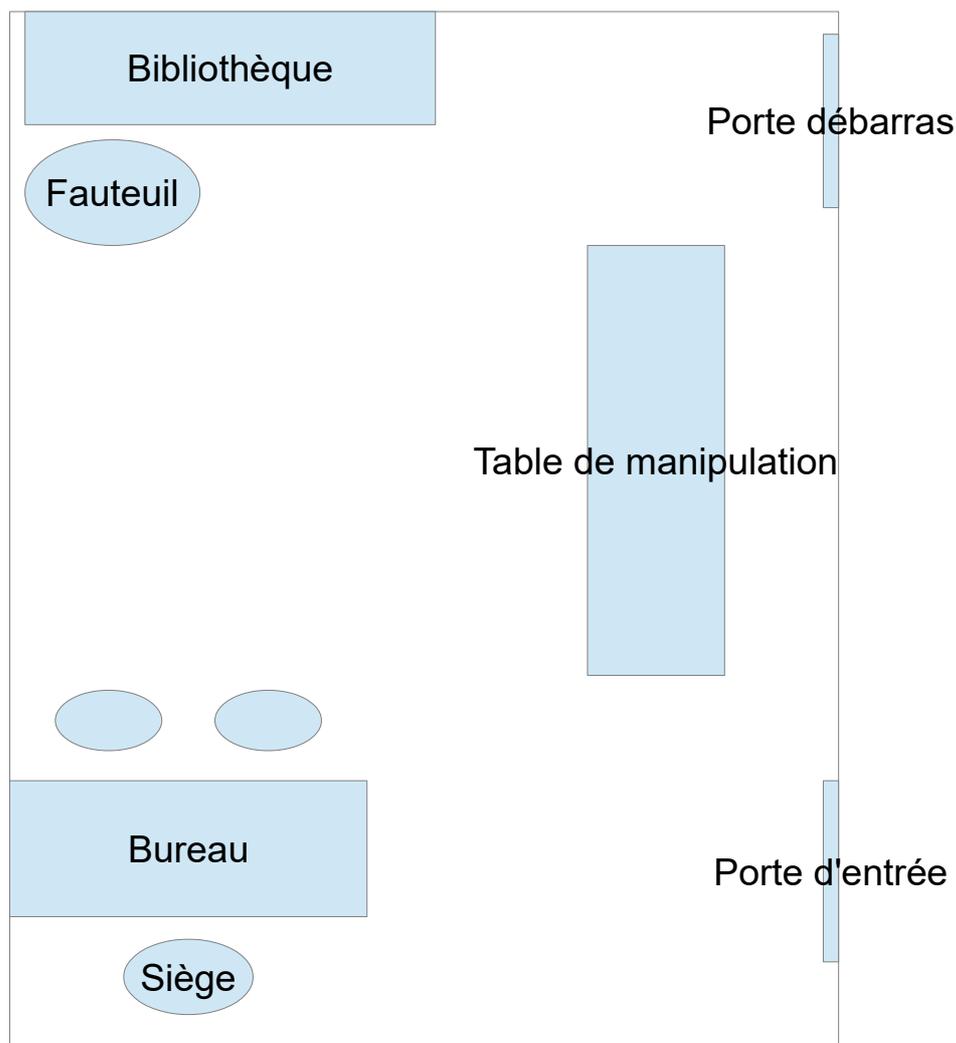
L'image est récurrente dans le milieu de l'étiopathie : on la retrouve sur l'ancien livret de communication (liste des praticiens mise à jour en octobre 2012) ; sur la couverture d'un opuscule intitulé *Une brève histoire de l'étiopathie*, publié par l'IFE en 2009, et qui fut un temps distribué aux

222 Dans son travail sur la pratique du mensonge au sein de la relation soignant-soigné dans un service hospitalier, Sylvie Fainzang rapporte quelques exemples de patients que le cancer amène à « découvrir » leur corps, selon la terminologie et les codifications établies par les professionnels : « Mme G., 66 ans, enseignante : "Après mon opération, ma filleule m'a offert le livre du Dr Israël. [...] J'ai appris ce que c'est que R.0 : résection 0, ça veut dire que le foie n'a pas de métastase ; les marqueurs sont à 0" » ; « M. T., 60 ans, ingénieur, cancer de la prostate : "le problème de ma maladie, c'est que j'ai une atteinte osseuse. Le PSA a augmenté, ça traduit le degré de prolifération du cancer" » (FAINZANG, 2006, p. 78).

jeunes diplômés ; sur la couverture de l'ouvrage de C. Trédaniel *Histoire du reboutement. Du reboutement à l'étiopathie* ; ou encore sur le site de l'IFE²²³. Pour les praticiens, celle-ci présente un double avantage : d'une part, en inscrivant d'emblée l'étiopathie parmi les thérapies manuelles, le client profane doit rapidement comprendre à quel type de praticien il a affaire. D'autre part, elle « rappelle » à ce dernier que la médecine manipulative est une pratique millénaire, et par conséquent « légitime ».

Dans la salle de consultation, la table de manipulation apparaît comme l'instrument central, ne serait-ce qu'en termes d'occupation de l'espace, le praticien conservant un périmètre suffisant pour pouvoir se déplacer tout autour et effectuer ses manipulations. Souvent, cela implique de coller le bureau contre un mur (voir les illustrations 4, 5 et 6).

Illustration 4 : Schéma d'un cabinet d'étiopathie A



223 <http://www.etiopathie.com/etiopathie>, page consultée le 29 août 2019.

Illustration 5 : Schéma d'un cabinet d'étiopathie B

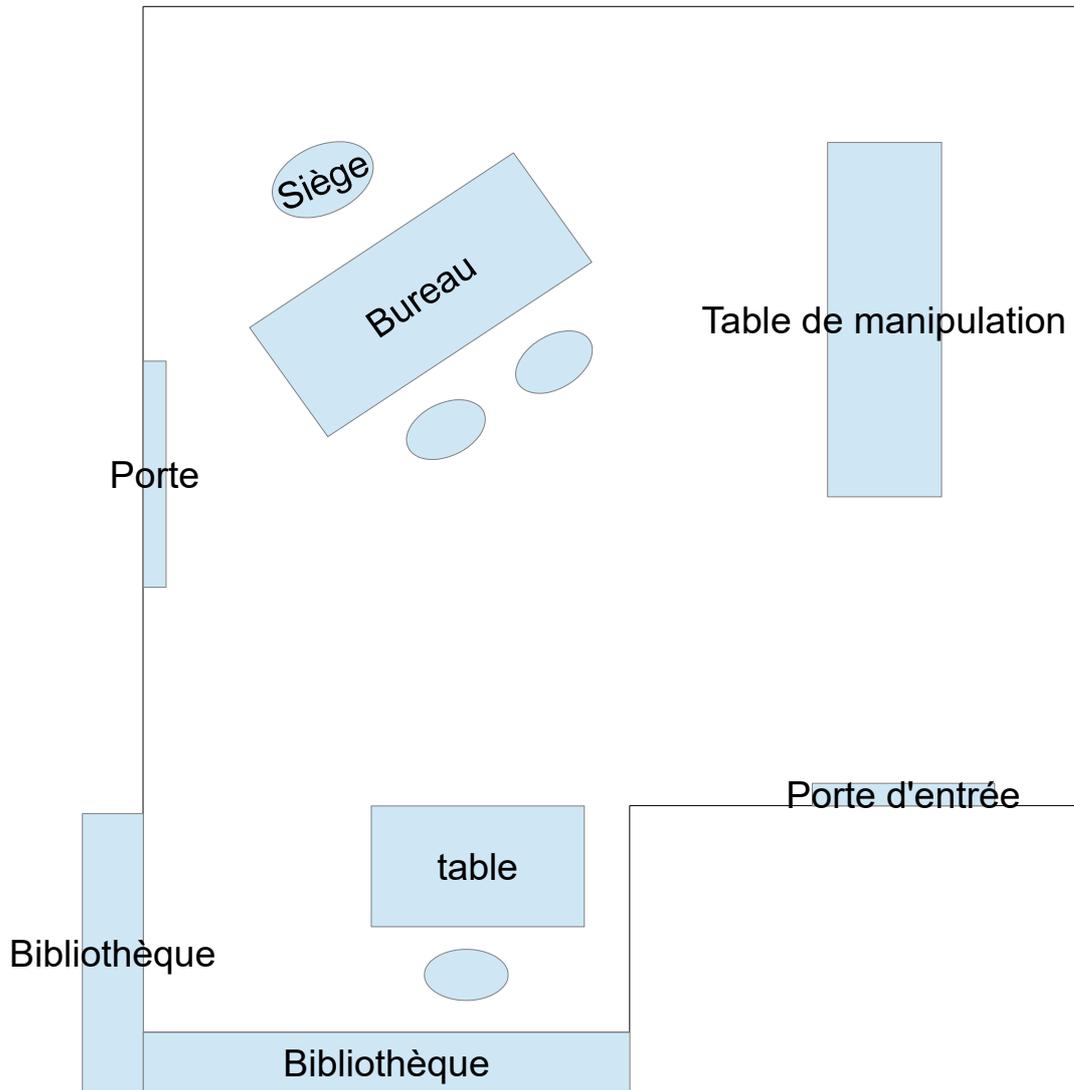
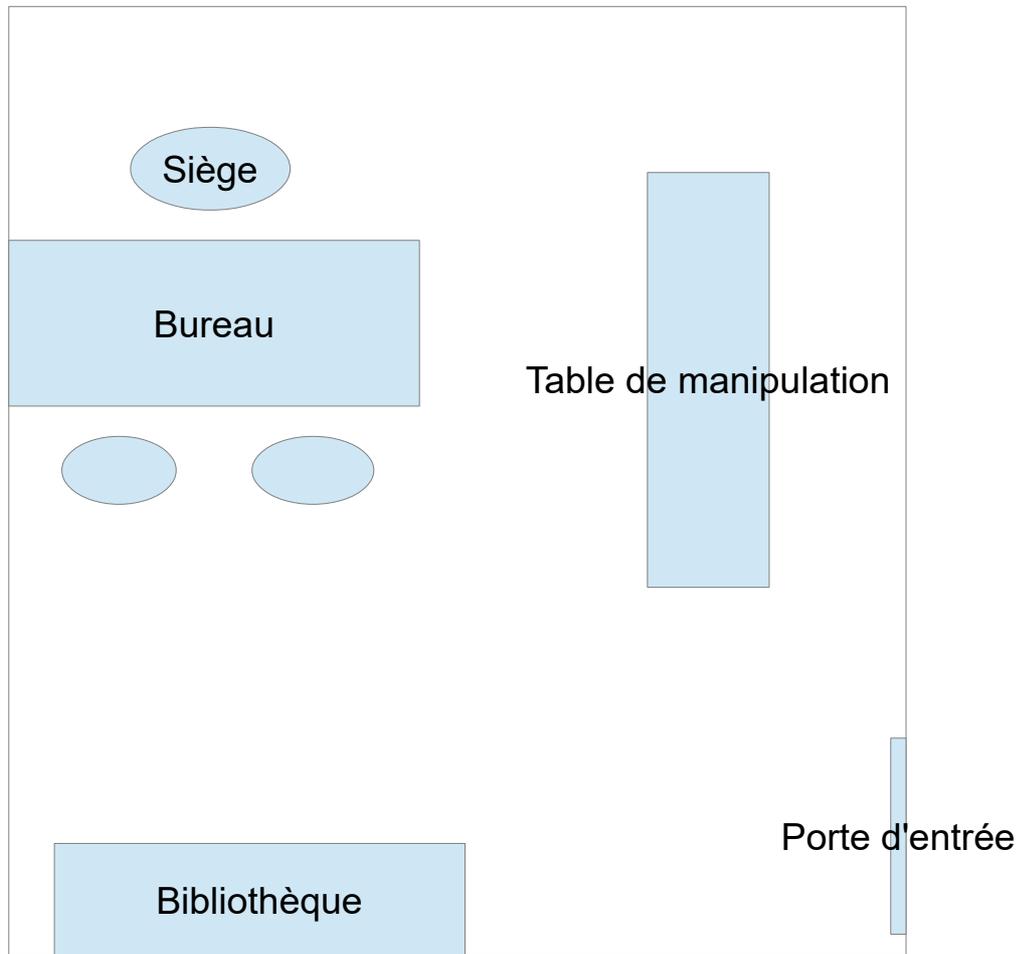


Illustration 6 : Schéma d'un cabinet d'étiopathie C



Les tables des étioopathes attirent d'autant plus l'attention que la mécanique, parfois dissimulée sous des panneaux latéraux, ainsi que le découpage en de multiples dossiers, suggèrent de nombreuses fonctionnalités²²⁴. Celles-ci n'ont que peu à voir avec les tables d'examen présentes dans les cabinets de généralistes, qui ne servent généralement qu'à asseoir ou à allonger les patients, dont on ne peut généralement que relever le dossier, et dont la hauteur n'est pas réglable (ou pas électriquement du moins). C. Trédaniel a d'ailleurs breveté sa propre table, baptisée « Étiomatic », au début des années 1970 (IFE, 2009). Il a par la suite fait produire deux autres gammes, avant que la société THM ne prenne le relais en 2005. Cependant, tous les praticiens n'emploient pas une « Étiomatic ». Le premier praticien observé a ainsi expliqué utiliser une table « *d'ostéopathe* ». Les sites internet marchands permettent de vérifier que les tables d'ostéopathie et de kinésithérapie ne proposent pas les mêmes fonctionnalités. Parmi celles qui paraissent propres à ces tables d'étioopathie ou d'ostéopathie, la plus remarquable, aux yeux du profane, est sans doute celle des « drops », segments de table qui peuvent être surélevés et se relâcher en exerçant une pression. La série V de l'Étiomatic en comprend trois : un au niveau des lombaires, un au niveau du thorax, et un au niveau de la tête²²⁵. En outre la hauteur de ces tables est facilement réglable – par exemple à l'aide de pédales longitudinales au niveau du socle –, les praticiens devant en général l'ajuster à plusieurs reprises pour chaque client. La centralité de cet instrument, de même que ses nombreuses fonctionnalités, est révélateur d'un exercice thérapeutique foncièrement manuel : l'étioopathe manipule, et il ne fait que manipuler. Ses caractéristiques montrent en outre que le travail de l'étioopathe est proche de celui de l'ostéopathe, mais qu'il diffère bien de celui du kinésithérapeute.

La séance démarre systématiquement par une batterie d'examens visuels et palpatoires, ainsi que par des tests de douleur et de mobilité. Pour ce faire, les clients sont invités la plupart du temps à se dévêtir. Lors des séances observées, aucun n'a manifesté une opposition à cela, y compris ceux dont c'était la toute première consultation. L'examen du rachis étant extrêmement fréquent, les hommes finissent généralement le torse nu, et les femmes en soutien-gorge. Le praticien réclame également le retrait du pantalon dès lors que l'examen des membres inférieurs s'avère nécessaire, et, parfois, lorsqu'il doit examiner les vertèbres lombaires. Cette facilité d'accès aux corps des clients suggère que, la plupart du temps, ces derniers ont déjà une représentation relativement précise de ce que suppose l'acte de consultation. Cela n'empêche pas certains praticiens de prendre quelques

224 Lors du congrès d'étioopathie de Deauville, Érik Trédaniel, associé-gérant de la société THM qui commercialise des tables pour les étioopathes, se félicitait d'ailleurs des progrès esthétiques réalisés sur les gammes les plus récentes car, disait-il, « *souvent les gens sont pas trop rassurés en voyant les engins, ce qui complique quelquefois la situation lors des entretiens avec les patients* ».

225 http://www.etiomatic.com/etiomatic.com/SERIE_V.html, page consultée le 29 août 2019.

précautions. Ainsi, lorsqu'il s'agit de la toute première consultation, le premier étiopathe observé s'assure toujours que l'usager « *sait comment il travaille* »²²⁶. Dans la majorité des cas, celui-ci répond par l'affirmative, le praticien lui ayant été recommandé par une connaissance qui le consulte elle-même. Il arrive néanmoins que le client réponde en expliquant qu'il a déjà consulté un autre praticien manuel – le plus souvent un ostéopathe –, auquel cas l'étiopathe prévient que leurs pratiques respectives peuvent s'avérer fort différentes. Ce même praticien m'a ainsi rapporté : « *ça m'est arrivé deux fois dans ma carrière, des gens qui n'étaient pas contents car ce n'était pas comme chez l'ostéopathe. Une ex-professeure d'éducation physique et sportive pour qui ça a été expédié en dix minutes et qu'est repartie en disant "c'est honteux !" Elle était habituée aux papouilles des ostéopathes... Pourtant elle y retournait tous les mois ! Je lui ai demandé : "mais vous avez des résultats chez l'ostéopathe... ?"* Il mentionna également le cas d'une dame d'un âge avancé, mécontente car il n'avait pas passé « *30 minutes à [lui] faire des massages sur la tête etc.* » Lors d'un entretien, un autre étiopathe fit part des malentendus sur lesquels peuvent déboucher la diversité des thérapeutiques manuelles :

PRATICIEN : « *J'ai eu un patient, il n'y a pas très longtemps, première fois, il me raconte son truc, ça se passe bien, il se déshabille... Puis je lui demande s'il a déjà été manipulé. Je fais toujours ça avec un nouveau patient. Il me dit "oui j'ai déjà eu recours à l'ostéopathie". Alors je demande si c'était dur, doux... Parce que moi je suis vraiment mécanicien quoi. Et il me dit "non non c'était hyper doux ! D'ailleurs j'ai pas envie qu'on me fasse craquer quand on me manipule" "Ah ! Asseyez-vous...". Je commence à lui expliquer, je cherche pas à ce que ça craque, mais ça craque souvent quoi. C'est pas mon objectif que ça fasse du bruit mais ça craque souvent... Bon, on en est restés là, parce qu'il voulait absolument pas risquer d'entendre le bruit, c'était vraiment un appréhension importante.*

ENQUÊTEUR : *Quand avez-vous commencé à poser cette question ? Il y avait déjà eu des malentendus ou... ?*

PRATICIEN : *Oui, c'était une patiente, c'était la première fois que je la voyais, première manip' que je lui fais, une deuxième cervicale... Pan ! Ça a résonné quoi ! Elle a paniqué. Mais vraiment paniqué ! Du coup ça m'a frappé et je me suis mis à sa place, je me suis dit que, oui, c'est vrai, je l'ai pas prévenue que ça risquait d'être comme ça. Elle m'avait dit qu'elle avait déjà consulté un ostéopathe, mais non, c'était pas pareil du tout, c'était une vraie découverte pour elle, et pas la plus agréable ! »*

(Patrice, étiopathe en exercice depuis 21 ans)

En définitive, les différences peuvent résider tant dans le type que dans la quantité de contacts. Chez le premier étiopathe observé, presque toutes les phases d'examen démarrent de la même manière : le praticien s'assoit derrière le client qui se tient debout, le dos nu, appose ses pouces de part et d'autres de l'apophyse épineuse d'une vertèbre, et lui demande de se pencher. L'observation

226 Le second praticien, en revanche, ne m'a pas semblé adopter une attitude différente selon que ses clients le consultaient pour la première fois ou non.

d'un décalage entre les pouces indique une « lésion étiopathique » au niveau de ladite vertèbre²²⁷. Le client se redresse, et l'opération est renouvelée autant de fois que nécessaire selon les vertèbres que le praticien souhaite contrôler, en progressant des lombaires vers les dorsales. L'ensemble de la manœuvre ne dure généralement pas plus d'une trentaine de secondes. Le second praticien examine la colonne différemment : le client n'a pas à se pencher et à se redresser mais est assis ou allongé sur la table de manipulation. Quant aux cervicales, elles sont examinées via une autre méthode : le client s'allonge sur la table de manipulation, sur le dos, et le praticien se poste derrière afin de palper sa nuque. Lors de ces tests, le client est constamment sollicité : avant la manipulation des cervicales par exemple, l'étiopathe demande systématiquement si « *ça fait plus mal vers le bas ou vers le haut ?* » ou s'il sent qu'il y a un « *blocage* » au niveau de telle ou telle vertèbre. Il est également invité fréquemment à effectuer quelques pas à la suite d'une manipulation supposée soulager une douleur aux membres inférieurs ou au dos, et à dire au praticien s'il éprouve une différence. Les années de pratique aidant, les tests peuvent être enchaînés très rapidement. Sur un client consultant, entre autres choses, pour une douleur à la cheville, seulement quelques secondes furent nécessaires à l'un des praticiens observés pour réaliser trois tests de douleurs – qui consistèrent simplement à appliquer une pression (généralement avec le pouce) sur une zone précise, et à interroger la sensation du client.

Lorsque qu'elles sont réalisées sur des structures articulaires, les manipulations des étiopathes sont relativement brèves, puisqu'elles consistent à « remettre en place » ces articulations à l'aide d'une pression, d'une traction, ou de tout autre mouvement approprié. Ces manipulations se soldent fréquemment par un « craquement », plus ou moins sonore, et parfois sujet d'appréhension. La réduction d'une lésion au niveau d'une vertèbre lombaire peut être réalisée de la façon suivante : le client est allongé sur le flanc, une jambe tendue, l'autre fléchie. Le praticien va d'abord « verrouiller » la position du bassin en prenant appui sur les jambes avec son genou. Puis il oriente les épaules de son client en direction du plafond en tirant délicatement sur son bras, de sorte que sa colonne se trouve en légère torsion. Le praticien vient alors imprimer un mouvement vertical sur le client en s'aidant de son poids, une main sur la colonne, au niveau de la vertèbre en cause, l'autre sur le côté de la poitrine²²⁸. Les manipulations peuvent être un peu plus longues lorsque le praticien travaille au niveau des viscères. Elles s'apparentent alors davantage à une sorte de massage. Le répertoire technique des deux praticiens observés variait quelque peu : le second utilise

227 À l'occasion, le praticien me faisait venir près de lui afin d'éprouver par moi-même le test visuel. Il en fit de même avec l'époux d'une cliente, à la différence que ce dernier eut, en plus, la possibilité de constater l'évolution après que sa compagne se soit faite manipuler.

228 L'ouvrage de F. Napier, *L'étiopathie, soigner sans médicament* (1994), contient de nombreuses photographies qui fournissent un aperçu du type de contact entre l'étiopathe et son client.

régulièrement une technique de réduction de lésions rachidiennes qui « *n'est plus enseignée* » – quoiqu'on lui demande à l'occasion de l'enseigner à nouveau, selon ses dires – et qui nécessite de sangler le client au niveau du bassin, en position allongée sur le ventre. Ceci étant, ce qui se dégage très nettement de l'observation des séances, c'est moins la diversité du travail que sa répétitivité. En effet, les gestes pratiqués d'une séance à l'autre varient peu. Non seulement le travail du praticien n'excède pas l'examen et la manipulation de cet ensemble fini que constituent les segments du corps humains (il ne prescrit pas, par exemple, un mouvement ou une gymnastique quelconque à l'instar d'un kinésithérapeute, ce qui aurait pour conséquence d'élargir nettement l'éventail des travaux possibles), mais les manipulations elles-mêmes peuvent être semblables voire identiques d'un segment à l'autre (entre les deux genoux, entre deux vertèbres lombaires etc.). À ce répertoire technique réduit s'ajoute une fréquence étiologique : ainsi qu'on l'a déjà évoqué au chapitre 1 (p. 65), une grande partie des pathologies rencontrées en cabinet d'étiopathie auraient pour origine une lésion au niveau des cervicales (NAPIER, 1994 ; LOCCHI, 2013). Cet éventail des techniques limité, couplée à une responsabilité thérapeutique limitée (voir la section « étiopathie et division du travail thérapeutique » dans ce même chapitre), ne peut que renforcer l'accessibilité du métier et expliquer, ainsi qu'on le verra au chapitre 6, qu'il puisse attirer, parfois tardivement, des personnes fort éloignées du milieu médical ou paramédical.

La grande majorité des manipulations que j'ai pu observer ont paru indolores. Certaines d'entre elles ont même laissé manifestement quelques nouveaux clients perplexes. Ainsi à la fin d'une séance, l'un des praticiens fit remarquer : « *vous avez vu quand j'ai débloqué son genou en un quart de seconde, la tête du gars pas convaincu ?* » Ce haussement de sourcils caractéristique fut également visible chez une autre cliente à la suite d'une manipulation du genou. À ce titre, le « craquement » qui accompagne bon nombre de manipulations revêt à n'en pas douter une forte portée symbolique : bien qu'il ne renvoie à rien d'autre qu'à un phénomène gazeux et ne recèle aucune valeur thérapeutique propre aux yeux des étiopathes, la grande majorité des clients semblent l'interpréter comme le signe qu'un travail a bel et bien été effectué, qu'il y a bien eu « remise en place ». Ainsi les praticiens doivent-ils parfois, à l'instar des médecins, lutter contre certaines représentations profanes du corps et de ses pathologies (BOLTANSKI, 1968)²²⁹. D'autres manipulations, notamment celles où le praticien utilise le poids de son corps, s'avèrent un peu plus

229 Les critiques des médecines manuelles non-conventionnelles n'ont pas manqué de relever les effets symboliques du craquement : « la "vertèbre déplacée" [est] d'autant plus facile à "remettre en place" que l'on dispose du "cracking", l'art de faire craquer les articulations, dont la seule vertu thérapeutique est de donner au patient l'illusion que quelque chose s'est produit » (PINSULT & MONVOISIN, 2015). Les auteurs ne précisent cependant ni le rapport réel des praticiens à ce « cracking » ni le fait qu'ils ne manquent pas de fournir quelques explications à leurs clients sur la nature réelle de ce craquement.

« brutales », mais ne semblaient pas particulièrement douloureuses pour les clients. Certaines, en revanche, étaient manifestement plus déplaisantes. Ainsi un homme atteint de reflux gastriques grimaça tout au long d'un massage au niveau de l'estomac. Une jeune femme qui consultait, entre autres, pour des infections urinaires répétées, esquissa également une grimace lorsque le praticien commença à masser la région de sa vessie. « *Les choses agréables, faut pas venir chez moi pour ça* », lui dit d'ailleurs ce dernier. En outre, certains clients ne se sentent guère à leur aise lors des manipulations des cervicales ; aux dires des praticiens, quelques uns manquent même de perdre connaissance²³⁰. Enfin, il arrive aussi, parfois, qu'une manipulation suscite une vive douleur. Un ouvrier boucher d'environ 35 ans laissa échapper une plainte après que l'étiopathe eût manipulé son poignet endolori, et son visage devint rapidement écarlate. Une dame d'environ 70 ans atteinte de cervicalgies grimaça de douleur alors qu'elle se fit manipuler les cervicales. Résistante, cette dernière conclut la séance en disant : « *je vous remercie de m'avoir fait mal !* » En fait, les manipulations ne semblent douloureuses (je m'appuie ici en partie sur ma propre expérience des traitements étiopathiques) que lorsque la zone manipulée est déjà sensible. Quelques usagers firent part d'un soulagement immédiat suite à l'intervention de l'étiopathe. Ainsi un agriculteur de 46 ans qui consultait pour la première fois sur les conseils de son associé (lequel consulte régulièrement cet étiopathe) : un an et demi plus tôt, il tombait d'une échelle et atterrissait directement sur les talons. Sans indiquer s'il avait consulté quelqu'un à ce moment, il raconte au praticien s'être à nouveau blessé quatre mois plus tôt en jouant avec ses enfants. Au matin, la douleur peut à présent être telle qu'il « *ne peut plus poser le pied par terre* ». L'étiopathe commence par vérifier la mobilité des genoux, puis il réalise trois tests de douleur au niveau des chevilles. Il effectue alors une traction sur chaque pied, puis invite le client à effectuer quelques pas. Celui-ci dit d'emblée : « *c'est vrai qu'au niveau du pied, c'est mieux* ». En fin de séance, après avoir marché à nouveau, il ajoute, un peu déconcerté : « *mais heu... c'est impressionnant le pied, là* ». Au total, la séance dura moins d'un quart d'heure. L'homme conclut : « *j'ai eu plus de route que d'intervention !* » Un ouvrier boucher (un autre) déclarait pour sa part des douleurs dorsales depuis sept ans. Il avait déjà suivi des traitements de kinésithérapie, et consulté un podologue qui lui avait prescrit des semelles orthopédiques. L'étiopathe procède à l'examen de son rachis et identifie « *trois vertèbres bloquées* ». Le client passe alors sur la table de manipulation. Le praticien réduit d'abord les lésions dorsales, puis il vérifie la mobilité de son genou. Pour terminer, il passe derrière le client afin de contrôler ses cervicales ; il en identifie deux « *bloquées* », qu'il réduit dans la foulée. Le client est à présent libre de se lever et d'effectuer quelques pas. Il déclare alors : « *j'ai plus mal* ». Au total, la consultation

230 L'une des clientes du premier praticien observé, une adolescente d'une quinzaine d'années qui « *n'aimait pas* » se faire manipuler les cervicales, se vit ainsi rappeler, sur le mode de la taquinerie, qu'elle était « *presque tombée dans les pommes* » lors de sa séance précédente.

aura duré une quinzaine de minutes. Enfin, une femme d'environ 60 ans consultait pour des « *fémurs pas bien placés* ». Le praticien lui demande si elle éprouve une douleur sur le devant des cuisses ; elle répond avoir mal plutôt « *sur le côté des genoux* ». Après examen du rachis, l'étiopathe évoque le nerf crural. Il palpe également les genoux, mais ne décèle rien d'anormal. Une fois les manipulations terminées, le praticien invite sa cliente à effectuer quelques pas. Celle-ci s'exclame : « *Ah ben je sens bien qu'il y a quelque chose qu'a changé !* » Lors de mes observations, ces soulagements immédiats furent cependant minoritaires. Le plus souvent, les clients quittent le cabinet en ressentant toujours une douleur, plus ou moins équivalente à celle qui les a amenés. Le praticien précise alors la durée pendant laquelle cette douleur peut être considérée comme normale. Cette durée est parfois considérable : par exemple, l'un des étiopathes expliqua à son client que « *le nerf vague (ou nerf pneumogastrique) peut mettre trois semaines à se remettre* ». Selon les cas, ils expliquent à l'usager que d'autres séances seront nécessaires, ou lui conseillent d'aviser selon son ressenti. Combiné à des expressions comme la « *vertèbre bloquée* »²³¹, la forme des manipulations tend finalement à s'accorder avec les représentations profanes du corps-machine²³². Les étiopathes eux-mêmes comparent volontiers leur travail à celui d'un « *mécanicien* » : « *Il en va finalement du corps humain comme d'une automobile [peut-on d'ailleurs lire dans l'annuaire des praticiens]. Le corps est un "système" très complexe mais cette prodigieuse machine peut tomber en panne. L'étiopathe, comme un "mécanicien", procède à une analyse rigoureuse et logique pour détecter l'origine de cette "panne"* ». Cette rhétorique est parfois reprise par les praticiens directement auprès des clients :

Le premier client de la journée est un homme de 46 ans, comptable de métier, qui déclare : « *ma main, j'ai le pouce qui est comme déboîté. Après j'ai le gros orteil gauche qui ne se relève pas* ». Comme c'est sa première séance, le praticien commence par lui demander son numéro de téléphone, qui est la personne qui l'a recommandé (un collègue de travail en l'occurrence, mécanicien dans la même usine), s'il est atteint d'une maladie, s'il suit

231 On notera, en revanche, que les étiopathes observés n'ont jamais parlé de « *nerf coincé* », une expression que l'on entend régulièrement chez les usagers.

232 « *Pour construire son modèle explicatif de la maladie, la personne souffrante puise dans les représentations culturelles du corps et de la maladie de la société ou du groupe social auquel elle appartient. La représentation dominante du corps est, dans la physiopathologie populaire hexagonale, celle du corps-machine (Durif-Bruckert, 1994). Selon cette représentation culturelle, le corps est pensé comme étant composé de pièces qui s'emboîtent et s'articulent. Son armature est constituée par les "nerfs" qui, dans le langage courant, sont une catégorie regroupant les faisceaux d'axones mais surtout les tendons des muscles et les fibres musculaires. L'énergie permettant le fonctionnement du corps-machine est un fluide magnétique électrique transporté principalement par les nerfs, mais aussi par le sang (la "force"). Comme dans le modèle électrique, il y a dans le corps une énergie négative et une énergie positive, des surtensions et des pannes, qui tour à tour engendrent des douleurs, stimulent la personne ou la fatiguent. La maladie est alors pensée comme un déséquilibre, principalement énergétique, mais aussi statique. La rupture de l'ordre corporel qui en résulte provoque un désordre dans l'agencement des pièces de la machine corporelle : les personnes déclarent alors avoir les "nerfs coincés", les vertèbres "déplacées" (Sarradon-Eck, 2002). Si cette représentation ne recouvre pas l'explication biomédicale, le "déplacement vertébral" est une explication commune conduisant la personne souffrante à consulter des thérapeutes qui la partagent (ostéopathes, rebouteux, magnétiseurs, acupuncteurs, etc.)* » (SARRADON-ECK, 2012).

actuellement un traitement, et s'il a déjà subi des examens pour le problème qui l'amène, en particulier en neurologie (la réponse fut négative). Puis l'étiopathe commence sans plus attendre à palper avec les pouces la main de son client par-dessus son bureau. Il le questionne ensuite sur sa famille car il connaît quelqu'un du même nom et, de fil en aiguille, se lance dans un « *quart d'heure culturel* » en s'adressant aussi bien à moi qu'à son client. Plusieurs minutes après, il demande à ce dernier s'il a subi un choc brutal. Il interroge également sa mobilité, les périodes de douleur, ainsi que les éventuelles difficultés à écrire. Puis il explique que le nerf permettant la flexion du pouce remonte à la sixième racine cervicale, et que l'origine du problème peut se situer « *au niveau du trajet ou à la racine* ». Il questionne alors les douleurs au niveau du cou et demande s'il pratique une activité sportive. Avant d'inviter son client à se dévêtir, il schématisera sur une feuille bristol le processus consistant à remonter l'ordre des cause, tout en faisant une analogie avec la panne d'une voiture : « *si la voiture ne démarre pas, ça peut être soit un problème de démarreur soit un soit problème de batterie, s'il y a un problème de batterie il y a peut-être un problème d'alternateur, etc* ».

Dans ce cabinet, la décoration achève de comparer le corps à une machine : au pied de la cheminée condamnée, j'observe un panneau bleu marine – semblable à ceux comportant le nom des rues – indiquant « *Atelier de mécanique humaine* » ; un cadre accroché au mur signale encore « *ETS [nom du praticien] : charpente, plomberie, câblage* » ; sur un autre mur, un autoportrait représentant le praticien en train de manier un rachis et un bassin comme s'il jouait de la guitare.

(Notes d'observations en cabinet)

Au final, dans les entretiens réalisés avec les clients, l'étiopathe apparaît systématiquement comme un praticien dont l'intervention manuelle n'excède pas un registre que l'on pourrait qualifier de « *matérialiste* ».

« Moi [l'étiopathie] on me l'avait présentée comme la mécanique des os. Donc une personne qui sait comment ça se passe et qui sait comment manipuler pour euh... tout changer ! Pour tout rénover ! (rire) Je me voyais un peu comme une voiture, je me disais : "c'est bien elle va te faire des réparations tu vas être nickel après !" »

(Rachel, 26 ans, ouvrière agricole saisonnière)

« Il a manipulé, c'est clair. J'avais notamment ce petit pincement, cette douleur quand j'étais accroupi, et quand j'ai fini, j'avais plus mal. C'est le nerf hein ! Y a pas de mystère ! »

(Monsieur Rimbaud, 63 ans, ingénieur)

ENQUÊTEUR : « *Vous associez l'étiopathe également au rebouteux du coup ?* »

FAUSTINE : *Un peu. Un peu hein ! Les gens qui manipulent en fait. Rebouteux dans le sens de celui qui manipule, pas le magnétiseur qui fait des "bzzzzz" pour les vers des enfants, pour l'eczéma, pour les choses comme ça. C'est celui qui manipule et qui remet en place quand on a quelque chose de déplacé. »*

(Faustine, 46 ans, professeure des écoles)

Cette perception se retrouve aussi chez ceux qui présentent des croyances peu compatibles avec la *doxa* scientifique. Ainsi, dans les trois extraits suivants, la première enquêtée évoque une

croyance au « spiritisme » et les deux autres se réfèrent volontiers à des « énergies ». Pour autant, la thérapeutique des étioopathes, elle, est toujours associée au « mécanique », au « matériel », aux « craquements » et à la « remise en place ».

MME AYRAULT : *« Je ne voulais pas tomber sur un charlatan, donc je me suis intéressée à l'étiopathie : qu'est ce que c'est ? Est-ce que c'est vraiment une médecine tout simplement euh... manuelle, avec une connaissance du corps ? Ou est-ce qu'il fait des trucs magnétiques tout ça... ? »*

ENQUÊTEUR : *Et qu'est-ce qui sonne "charlatan" pour vous ?*

MME AYRAULT : *Pour moi ben c'est tout ce qui a recours à des médecines spirituelles en fait. Dès qu'il y a autre chose que du purement... matériel, si je peux dire. Donc tout ce qui est magnétisme, tout ce qui est énergie tout ça, ça a le vent en poupe, mais je sais que c'est pas bon. C'est même pas que j'y crois pas, c'est que je sais que c'est pas bon. Donc je ne veux absolument pas ce genre de personne-là. [...] Si vous voyez quelqu'un qui dit "je prends le mal sur moi" ou je sais pas quoi, des gens qui conjurent, ça peut jamais être bon. Après il y a d'autres choses qui vont vous arriver, vous aurez mal autre part et ce sera des répercussions quelque part, ou des espèces de mécaniques... C'est un peu spirituel en fait hein. Je pense au spiritisme... J'y crois justement, mais je sais que c'est pas bon.*

ENQUÊTEUR : *Et vous avez déjà eu des expériences de ces conséquences ? De quelqu'un qui conjure et... ?*

MME AYRAULT : *Oui. Oui oui (petit rire) [...] Donc, comme je vous disais, j'ai souvent les problèmes de nerfs qui se coincent. En tout cas, pour moi, ça a été la douleur par la colonne vertébrale. Bon bah si l'étiopathe règle la colonne vertébrale, mathématiquement les nerfs... »*

(Mme Ayrault, 29 ans, soigneuse animalière en recherche d'emploi)

—

MME BOURDIN : *Moi quand on m'a dit étiopathe, moi, étiopathe, ostéopathe, je faisais la même euh... Mais maintenant moins, parce que je vous dis, l'étiopathe, il ne fait que "crac", machin truc, tandis que les ostéopathes... Là j'ai mal à l'épaule, j'ai été chez un kiné il y a cinq ou six mois – il fait en ce moment une formation en ostéopathie – et j'ai bien vu sa façon de travailler... [...]*

ENQUÊTEUR : *Et comment est-ce que vous choisissez de vous diriger vers [l'étiopathe] ou [cet ostéopathe] ?*

MME BOURDIN : *Ben parce que [l'ostéopathe], lui, comme je vous disais il ne fait pas craquer, il travaille plus sur les énergies. Donc ils sont complémentaires je trouve.*

(Mme Bourdin, 66 ans, agent d'accueil Pôle Emploi retraitée)

—

« J'aime mieux l'étiopathe parce que je trouve que c'est tout de suite remis en place et... Et je pense qu'il y en a un qui est bien aussi, c'est monsieur D., il n'est pas mal non plus, j'étais allée le voir plusieurs fois. Il est ostéopathe. Ce n'est pas du tout la même chose, c'est que quand on va voir un ostéopathe il agit sur nos énergies. [...] Ça agit peut-être sur le corps, mais sur le corps d'une manière subtile. C'était agi de façon subtile. »

(Mme Deloire, 63 ans, aide-soignante retraitée)

En définitive, l'étiopathe fait partie de cette catégorie de praticiens qui « manipulent » et qui, par là, s'emploient à « remettre en place ». Un tel classement n'est possible que parce qu'il existe une autre catégorie de praticiens qui, elle, « ne manipule pas » et « ne remet pas en place » – pas manuellement du moins²³³. Dans les extraits suivants, des enquêtés évoquent l'absence du toucher lors de la consultation du médecin ; la première l'associe même à un autre procédé thérapeutique : le médicament²³⁴.

ENQUÊTEUR : *Vous faites des différences entre ces différents praticiens, kiné, ostéo, étio... ?*

RACHEL : *[Elle réfléchit un peu] Pas tant que ça. Si, la médecine générale c'est les médicaments, le kiné c'est des manipulations, c'est des massages, l'ostéopathe ça va être heu... des manipulations... des "cracs" (rire), et l'étiopathe des manipulations aussi.*

(Rachel, 26 ans, ouvrière agricole saisonnière)

—

« En occident on est dans un monde du non toucher. Un médecin, il y a des médecins qui vont pas vous toucher, vous voyez. Donc y a une approche par rapport au corps... Alors que d'autres praticiens – alors les étiopathes, mais ça c'est forcément nécessaire – alors que d'autres, tous les praticiens de shiatsu etc... »

(Gérard, 53 ans, responsable informatique)

—

« De toute façon la plupart des médecins ils savent même pas que ça existe de se faire manipuler »

(Camille, 53 ans, secrétaire de communication)

—

« Je crois en partie comme une solution les médecines où il y a un contact, où on appuie sur le muscle. Les médecins traitants ils... Ils touchent pas. Il n'y a aucune manipulation. Au niveau des douleurs, au niveau de la circulation... »

(Olga, 53 ans, organisatrice d'événements)

L'observation de ce qui se dit et de ce qui se fait concrètement dans le cabinet, de même que l'analyse de la réception qu'en font les clients, conduit en fin de compte à rompre avec certains fantasmes, parfois véhiculés par les scientifiques eux-mêmes, associant étiopathie et ésotérisme. On se doit, au contraire, de souligner la relative compatibilité culturelle de l'exercice de ces praticiens avec les représentations communes du corps, ainsi que leur proximité (au moins apparente) avec les médecins, dont ils reprennent certains codes (comme le port de la blouse et la présence d'une

233 L'acte de reconnaissance, qu'il s'agisse d'une thérapeutique, d'une œuvre d'art ou d'une sensation corporelle, procède par « élimination successive », c'est-à-dire par comparaison, opposition ou rapprochement avec les éléments connus. Sur ce point, on se reportera notamment aux travaux de P. Bourdieu sur la perception artistique (BOURDIEU, 1968) ainsi qu'à ceux de L. Boltanski qui en propose une « transposition » dans le domaine du rapport au corps (BOLTANSKI, 1968, p. 122).

234 D'après François-Xavier Schweyer, 78% des consultations chez le généraliste se soldent par la prescription d'au moins un médicament, pour une prescription moyenne de 3,7 médicaments et de plus de 5 dans 15% des cas (SCHWEYER, 2010, p. 60).

bibliothèque dans la pièce de consultation) et avec lesquels ils partagent les champs lexicaux de matières scientifiques comme l'anatomie et la physiologie. L'observation des séances laisse également penser que la forme même du traitement étiopathique peut s'accorder avec les cultures somatiques de classes antagonistes : bref, potentiellement « brutal » dans la mesure où le praticien doit souvent exercer une pression sur le corps du client, et dont les effets sont parfois immédiats, il s'avère compatible avec la culture somatique des membres des classes populaires, pour qui « l'acte médical par excellence est violent, rapide, douloureux, mais immédiatement agissant : telles sont l'extraction de la dent qui fait enfler la bouche, la réduction de la foulure qui immobilise le membre ou plus simplement la piqûre dont on ne peut nier la valeur symbolique » (BOLTANSKI, 1968, p. 148) ; dans le même temps, les manipulations paraissent suffisamment douces pour ne pas « effrayer » les membres des classes plus aisées, globalement plus à l'écoute de leur corps. Outre cette dimension proprement physique du traitement, la nature de l'échange entre l'étiopathe et son client est également susceptible de favoriser un vaste recrutement social²³⁵. Économe en mots, il tend en effet à favoriser les membres des classes populaires, moins aptes à décrire leurs sensations morbides, sans pour autant exclure les membres des classes cultivées, eux aussi exposés au désarroi face à certains troubles.

1.3. Un coup de main pour ceux qui ne trouvent pas leurs maux :

Comme le rappelle Luc Boltanski, « les sensations morbides ne possèdent pas l'exorbitant privilège, que leur accorde souvent le sens commun, de s'exprimer sans langage » (1971). Or les classes supérieures disposant, de par leur capital culturel et leur fréquentation accrue du médecin, de plus amples ressources linguistiques et d'un plus vaste répertoire lexicologique, elles sont plus à même de décrire leurs sensations corporelles. À l'inverse, la distance culturelle séparant le médecin des membres des classes modestes tend à entraver le dialogue, ce qui se répercute sur la relation avec le professionnel de santé. Auprès de l'étiopathe, cette faible capacité de verbalisation ne semble pas tant constituer un handicap. L'observation de séances révèle un échange relativement restreint entre le praticien et son client. Tout se passe comme si, muni de sa grille de lecture, le thérapeute manuel pouvait se satisfaire d'un échange minimal. Le premier praticien observé, qui exerce en milieu rural et recrute largement chez les classes populaires, illustre bien cette brièveté des échanges. Le dialogue précédant les examens demeure relativement sommaire : il s'écoule rarement plus de deux minutes entre le moment où le client franchit la porte de la salle de

235 Les éléments statistiques relatifs au recrutement social des clientèles seront abordés au chapitre suivant.

consultation et celui où le praticien l'invite à se dévêtir. Parfois, l'échange tient en une trentaine de secondes. Ainsi cette femme âgée d'une trentaine d'années, employée libre service, qui semble consulter fréquemment pour des problèmes liés à son métier (« *on reconnaît l'habituée qu'a l'habitude de se coincer en faisant tel mouvement* » dit l'étiopathe en fin de la séance) : elle déclare une douleur en bas du dos, « *un petit peu au cou* », et une douleur à l'omoplate. La patiente ne s'épanche pas : elle se contente de mentionner la localité de sa douleur, et le praticien démarre d'emblée ses examens. Et ce jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, qui déclare simplement :

CLIENT : « *J'ai mal au dos et au cou suite à un mouvement que j'ai fait au travail, en fait je suis chauffeur routier et j'ai soulevé un truc...* »

PRATICIEN : « *Il y a combien de temps ?* »

CLIENT : « *Un peu plus de deux semaines. Et ça dépend des jours la douleur* ».

En général, l'échange se révèle particulièrement rapide lorsque la douleur peut être associée à un événement précis, telle une chute où un « faux mouvement ». À ce moment, le praticien suppose avoir identifié la cause initiale des souffrances (la « lésion étiopathique primaire »), et la poursuite de l'investigation n'apparaît guère utile. Mais comme en témoignent les notes d'observations suivantes, l'ensemble des échanges tend à demeurer bref, malgré un nombre de troubles parfois important :

Une femme, âgée d'une trentaine d'années, en reconversion professionnelle, consulte pour la première fois (son époux avait consulté auparavant). Elle commence par dire qu'il n'y a « *rien de grave* », signale des « *douleurs dans le dos* », mais rien de plus précis. Elle mentionne également le « *bassin* » et conclut : « *vous verrez...* »

—

Un homme d'une cinquantaine d'années explique : « *j'ai un petit peu mal partout. J'ai des crampes dans les bras, dans les jambes. C'est comme si les nerfs se resserraient. Et puis c'est jamais vraiment au même endroit* ». L'homme est en sous-vêtements moins de trois minutes après avoir franchi la porte. Alors que le praticien l'invite à se rhabiller, il ajoute : « *si vous pouviez faire un peu de transit... ? C'est pas super problématique, mais tant qu'à être là...* ». Le praticien ne pose aucune question à ce sujet.

—

Un homme d'environ soixante ans déclare : « *j'ai un point à la fesse, ça fait environ un mois. C'est plutôt le soir. Donc j'ai dit " avant d'avoir la sciatique..." Et j'ai un petit point parfois sous le pied, de temps en temps. C'est en dessous [il montre sa plante de pied], des fois la nuit ça fait un peu froid* ». Avant de démarrer ses examens, le praticien pose pour seule question : « *c'est la fesse droite ?* »

—

Une femme d'une soixantaine d'années : « *j'ai mal ici, [en se frottant les lombaires], au niveau du cou, et j'ai surtout une gêne au niveau de la plante de pied, surtout quand j'ai des*

chaussures plates ». « *Et quand vous avez des chaussures pas plates ?* », demande le praticien. « *Ça me gêne beaucoup moins avec des talons* », répond la cliente. La description s'arrête ici, le praticien invite la cliente à se dévêtir.

L'étiopathe apparaît dès lors comme un praticien privilégié pour tous ceux qui ne parviennent pas à mettre de mots sur leurs maux. Si cette qualité favorise en priorité les membres des classes modestes, elle profite également aux classes sociales supérieures, qui peuvent elles aussi être confrontées à des troubles difficiles à verbaliser, et pour lesquels les médecins n'apporteront qu'une maigre connaissance. Dans l'extrait d'entretien suivant, Chantal, 42 ans, responsable pédagogique dans une école de management, diplômée d'une école de commerce (niveau bac + 5), explique que face aux prescriptions répétées d'examens médicaux qui finissent par se révéler inutiles, elle a fini par réserver les douleurs « *diffuses* » à l'étiopathe :

CHANTAL : « *J'avais été voir [l'étiopathe] pour un truc. J'ai froid là, rien que là [elle me montre une zone de sa main], par moment j'ai froid mais uniquement là²³⁶. J'en parle à mon docteur, il me regarde avec de grands yeux puis il commence à me dire : "oui... Faudrait faire des dopplers des trucs, des machins..."* »

ENQUÊTEUR : *Vous aviez commencé par le médecin à ce moment ?*

CHANTAL : *Ben j'étais avec ma fille au docteur. [Sinon] j'y serais pas allée exprès pour ça. Donc j'en parle au docteur, je me suis dit "cause toujours..." Fallait faire des trucs compliqués. Juste après on est allés voir l'étiopathe pour ma fille et là il me fait un truc et c'est passé. Et je lui en ai parlé alors que je savais pas qu'il pouvait le guérir. Je lui ai dit "mon docteur reste perplexe, vous avez une idée ?" Il me dit "ben j'ai une idée, on va tester..." [...] C'était une histoire de nerf qui dans mon poignet passait déjà pas très bien, et qui ici du coup donnait cette sensation de froid, et y avait une problème de vascularisation aussi, de nerfs et de vaisseaux... Donc en remettant de l'ordre un peu partout j'ai arrêté de porter des mitaines. Ça change tout quand même... [...] Ma fille quand elle me dit "je comprends pas quand je fais ça avec mes coudes..." [elle éprouve une douleur], on va voir l'étiopathe. S'il a quelque chose à dire tant mieux, s'il trouve pas tant pis, mais ça devient maintenant un réflexe. Parce que on a vu des situations... Ma fille elle avait un truc au genou, je sais plus quoi, et avec le docteur fallait passer une radio, alors on va passer la radio, rien sur la radio. Hop ni une ni deux on va voir l'étiopathe, "bah oui y avait ça dans le bassin, machin...", ma fille s'est plus jamais plainte. Donc c'est pour ça que maintenant c'est bon, on va directement voir la personne professionnelle concernée. Ça nous est arrivés d'en parler d'abord au généraliste parce qu'on se trouve en face de lui, mais bien souvent avec le généraliste, sur une douleur diffuse il ne sait pas faire. Et après faudrait voir avec une radio, puis on revient avec une radio qu'est bonne, et puis entre temps heureusement qu'on est allés voir l'étiopathe qui, lui, a résolu le problème, parce qu'on sait bien que le généraliste ne nous aurait rien proposé. [...] Les enfants ont mal, on sait pas ce que c'est, un peu à la jambe, un peu au dos tout ça... Bon, donc là le docteur sait pas quoi faire, les symptômes sont diffus voilà, la doctoresse dit "faut attendre et on prend du Doliprane hein !" Merci... »
(Chantal, 42 ans, responsable pédagogique dans une école de management)*

236 Plus tard dans l'entretien, Chantal précise au sujet de cette sensation de froid : « *ça faisait longtemps que ça montait en puissance, et puis un moment je quittais quasiment plus mes mitaines pour pouvoir travailler correctement.* »

L'étiopathe semble donc permettre, au moins dans une certaine mesure, comme un nivellement des inégalités de classes relatives à la compétence médicale. « Mécanicien du corps humain », il tend à apparaître comme un praticien capable de détecter les « blocages » par sa connaissance aiguë du corps humain et d'offrir un soulagement relativement rapide, sans nécessairement passer par une batterie d'examen. Il renforce ainsi son image d'expert dans la prise en charge d'un certain nombre de troubles comparativement au médecin qui, bien souvent, « ne touche pas ».

1.4. Un praticien « semi-officiel » :

Pour les clients enquêtés, les limites entre praticiens « officiels » et praticiens « illégaux » sont loin d'être toujours limpides. Pour mes propres grands-parents, qui consultaient eux-mêmes un étiopathe – ce que j'ai appris tardivement –, il semblait évident que ce praticien avait suivi une formation au sein d'une faculté de médecine. Et, ainsi que j'ai pu le constater lors de l'observation de séances, il arrive que des clients demandent à leur étiopathe de leur prescrire un arrêt de travail. Les extraits d'entretien suivants témoignent de cette confusion, parfois complète – l'étiopathe est alors confondu avec un membre à part entière de la profession médicale –, et parfois teintée d'une certaine réserve – l'étiopathe apparaît alors comme un praticien « à part », mais sans que l'enquêté soit en mesure de définir pourquoi :

ROBERT : *« Mais pour faire l'étiopathie faut être dans la méd... heu... avoir compris la médecine, avant ? Non ? »*

ENQUÊTEUR : *Vous voulez dire passer par une faculté de médecine ?*

ÉPOUSE DE ROBERT : *Ouais ?*

ENQUÊTEUR : *Non, c'est quelque chose de parallèle en fait. »*

ÉPOUSE DE ROBERT : *C'est en parallèle... ? »*

(Robert, 75 ans, crêpier retraité, et son épouse, employée à la crêperie)

—

« Mais faut passer par la médecine avant ? Y a un concours ? »

(M. Neville, 47 ans, agriculteur)

—

MME. NANTERRE : *Un rebouteux encore ou un magnétiseur, je peux comprendre qu'un chef de service, un neurologue, c'est pas vraiment... Mais un étiopathe c'est quand même une*

formation médicale qui est reconnue. Enfin qu'est pas...

M. NANTERRE : *Je sais pas si c'est reconnu.*

MME. NANTERRE : *Ben c'est pas reconnu... C'est pas reconnu par l'Ordre des médecins ? Si, quand même ?*

MME. NANTERRE : *Non. C'est pas reconnu.*

(M. Nanterre, 55 ans, modéliste dans une usine de chaussures ; Mme Nanterre, 55 ans, est professeure de français en collège et lycée)

ÉTIENNE : *« Je pense que [l'étiopathe] c'est un docteur comme un autre hein.*

ENQUÊTEUR : *J'avais cru comprendre qu'il n'y avait pas forcément beaucoup de communication entre les médecins et les étiopathes. Par exemple, le médecin vous avait suggéré de consulter un ostéopathe, mais pas un étiopathe.*

ÉTIENNE : *Oui, ben après je sais pas si c'est forcément reconnu. »*
(Étienne, 40 ans, opérateur sur ligne)

ENQUÊTEUR : *« Il vous est déjà arrivé de passer d'emblée par un spécialiste au lieu de passer par le généraliste ?*

RACHEL : *Ben seulement avec l'étiopathe parce que je savais que j'allais pas être remboursée.*

ENQUÊTEUR : *L'étiopathie c'est un peu particulier, c'est un truc à part encore.*

RACHEL (hésitante) : *Oui, comme quoi c'était pas encore tout à fait reconnu... ?*

ENQUÊTEUR : *Pour l'instant en fait c'est même pas...*

RACHEL : *C'est même pas reconnu ? »*

(Rachel, 26 ans, ouvrière agricole saisonnière)

La multiplication des spécialités médicales et des professions paramédicales, la pénétration de médecines non-conventionnelles au sein même de l'espace médical et leur remboursement par la sécurité sociale²³⁷, la prolifération de multiples thérapeutes non-conventionnels dont certains – les

²³⁷ Le médecin homéopathe est, le plus souvent, un médecin généraliste ayant suivi une formation complémentaire, comme un diplôme universitaire ou inter-universitaire (DU ou DIU). Pour la sécurité sociale, la séance est alors assimilée à une consultation de médecine générale. Quant aux médicaments homéopathiques, ils sont remboursés à hauteur de 30% s'ils sont prescrits par un médecin. Les séances d'acupuncture sont également prises en charges si elles sont pratiquées par un médecin conventionné dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Pour ce qui concerne l'ostéopathie, j'ai pu lire sur de nombreux sites internet que les séances sont remboursées à partir du moment où elles sont réalisées par un médecin. Mais la réalité semble plus subtile, pour ne pas dire alambiquée : les actes dits « d'ostéopathie » ne sont pas remboursés en tant que tels par la sécurité sociale, mais il est possible de se faire rembourser certains actes de *manipulation de la colonne vertébrale* lorsqu'ils sont pratiqués par des médecins (voir l'intitulé CCAM « séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale »). L'amalgame entre « manipulations vertébrales » et « ostéopathie » est sans doute facilité du fait que les médecins qui pratiquent ces actes sont souvent titulaires du DIU « médecine manuelle-ostéopathie » (ou d'un quelconque DU associant « médecine manuelle » et « ostéopathie »). Il est sans doute également possible, quoique illégal, de facturer des actes d'ostéopathie comme des actes de kinésithérapie, bien que la Direction Générale des Impôts ait précisé en 1993 que le remboursement ne concerne que les pratiques paramédicales « réglementées » (BAILLY, 2005, p. 129). C'est en tout cas ce qu'affirment N. Pinsault et R. Monvoisin : « Un tiers des 20 000 ostéopathes recensés sont aussi kinés, certains n'hésitant pas à jouer sur cette polyqualification pour que leurs patients puissent se faire rembourser des techniques propres à leur école » (2015). Ces derniers pointent également des pratiques dispensées dans les hôpitaux publics : « et que dire

ostéopathes et les chiropracteurs – bénéficient désormais d'un statut légal sans pour autant faire partie de la profession médicale, ainsi que les remboursements accordés ça et là par les mutuelles, sont autant de facteurs qui contribuent à rendre incertaines les frontières de la médecine « officielle ». Pour beaucoup de clients, la connaissance du statut des étioopathes se résume souvent au fait que leurs soins ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Néanmoins lorsque les clients pressentent que les étioopathes « ne sont pas reconnus par la médecine », leur cursus peut suffire à leur conférer une légitimité. En témoignent les enquêtés suivants :

« Je les associais vraiment à ces rebouteux de campagne : on va voir madame machin ou monsieur machin pour se faire remettre le pied ou... Et donc j'avais pas particulièrement confiance quoi. [...] Mais à la différence [des rebouteux] donc, c'est ce que j'ai appris en allant me renseigner un peu sur internet, à la différence quand même qu'ils ont cinq ans d'anatomie derrière eux et qu'ils ont une connaissance du corps qui est autre que celle qui peut remettre les pieds de la vache... Vous voyez ce que je veux dire ? C'est un peu aussi ce qui m'a décidée pour aller me faire soigner la sinusite, c'est quand même des gens qui ont quelques études derrière eux, quelques connaissances quoi. »
(Alicia, 45 ans, aide médico-psychologique)

ENQUÊTEUR : *« Vous avez déjà fait appel à un rebouteux ?*

OLGA : *Alors qu'est-ce qu'on appelle un rebouteux ?*

ENQUÊTEUR : *C'est vrai qu'on met beaucoup de gens derrière ce terme...*

OLGA : *Ouais, mais c'est mécanique ?*

ENQUÊTEUR : *De ce que j'en ai vu ça peut aussi être des gens avec des pendules...*

OLGA : *Ouais, des radiesthésiste des trucs comme ça... Non, moi je me fais manipuler que par des professionnels.*

ENQUÊTEUR : *Il y a des gens chez qui vous n'iriez pas ?*

OLGA : *Moi je suis assez classique, il me faut quand même des études derrière. »*
(Olga, 53 ans, organisatrice d'événements)

Mais si les étioopathes parviennent à trouver rapidement une légitimité, c'est sans doute aussi parce qu'ils sont très fréquemment assimilés – à leur grand dam – aux ostéopathes, auxquels ont déjà fait appel au moins une fois 71,2% des répondants au questionnaire²³⁸.

quand l'hôpital public propose l'haptonomie ("art du toucher affectif") dans les maternités, le barrage de feu pour les brûlés ou la réflexologie pour les cancéreux — méthodes qui n'ont jamais montré d'efficacité au-delà de l'effet placebo ? »

238 La confusion est tout aussi présente avec les chiropracteurs, quoiqu'à un degré moindre, puisque ces derniers sont nettement moins présents en France (ils sont en l'occurrence à peine plus nombreux que les étioopathes). Ainsi Chantal raconte : *« J'avais déjà vu un chiropracteur et je me suis dit bon, ça va, pour moi c'est du pareil au même. Honnêtement j'ai vraiment du mal à faire la nuance. Parce que le chiropracteur que je connaissais, quand il me parlait de ce qu'il me faisait euh... Pour moi ce que me fait [l'étioopathe] c'est pareil ».*

« *Après c'est ce que je dis l'ostéopathie et l'étiopathie c'est quand même cousins germains, ça se ressemble* »

(Carole, 44 ans, Cuisinière en restaurant scolaire et animatrice en périscolaire)

« *Je trouve pas qu'il y ait tellement de différence entre l'ostéopathe et l'étiopathe justement* »

(Mme Geslin, 55 ans, agricultrice)

« *C'est assez proche de l'ostéopathe. Au début je confondais un peu, je voyais pas bien la différence entre les deux. J'ai toujours même un peu de mal à faire la différence.*

(M. Rimbaud, 63 ans, ingénieur)

« *[L'étiopathe] me massacrerait si je disais que c'est la même chose, mais bon, du côté du patient, c'est quand même un peu la même chose [que l'ostéopathie]. (rire)* »

(Olga, 53 ans, organisatrice d'événements)

L'enquête par questionnaires laissait déjà entrevoir cette assimilation à travers quelques annotations et commentaires marginaux. À la question « avez-vous vous-même parlé de l'étiopathie à une tierce personne ? », une répondante a coché « oui » tout en précisant entre parenthèses « ostéopathie » ; un autre a déclaré avoir conseillé l'étiopathie à son fils, avant de répondre un peu plus loin, à la question sur le recours des enfants, que « [ses fils] ne font pas de différence avec l'ostéopathe » ; un troisième a encore écrit qu'il « croit beaucoup à cette médecine », tout en spécifiant qu'il se rend chez un ostéopathe lorsque l'étiopathe est absent. Et lors des observations de séances, l'un des rares clients qui s'adressa à moi me demanda : « *alors, c'est quoi le cursus pour être étiopathe ou ostéopathe ?* » Les praticiens eux-mêmes ne cachent pas une certaine lassitude face à cette confusion :

ENQUÊTEUR : *Quelle est la différence entre kiné, ostéo, étio... ?*

ETIOPATHE : *Ouais (sourire agacé). Ça c'est la question qui me rase un peu à la longue... Bon la définition de l'étiopathie, si vous allez sur le site, ça vient du grec "machin..." C'est le truc basique. La différence, donc nous c'est une formation en six ans, déjà, six ans plein. Ce qui n'est pas forcément le cas de certaines écoles d'ostéo. Voilà, qu'est-ce qu'on peut dire d'autre ? Après c'est pas mal dans le raisonnement que se fait la différence, pas tellement au niveau des manipulations parce que les manipulation c'est... ça descend des rebouteux hein, c'est la tradition orale, y a pas 15 000 façons de faire passer une vertèbre. Maintenant c'est : pourquoi je vais taper plus cette vertèbre-là que l'autre ? Quel est le raisonnement derrière ? Ça c'est différent entre ostéo et étiopathie. Maintenant ça vous parle pas forcément en théorie, mais voilà, y a ces différences-là. Maintenant les kinés, eux c'est plus de la rééducation. Le coté heu... Ben c'est pareil y a des gens qui ont un lumbago, qui sont bloqués à une vertèbre, et on leur prescrit quinze séances de kiné. Ben ouais mais pour moi ils sont pas au bon...*

(Magali, étiopathe en exercice depuis 3 ans)

« *Moi quand on me demande c'est quoi la différence entre l'étiopathie et l'ostéopathie, j'utilise toujours la même technique. [...] Le principe de cette présentation c'est d'abord de parler de l'étiopathie, de se comparer à tout, mais de pas se concentrer sur la différence – ce qui est récurrent – entre étiopathie et ostéopathie. Moi pffff, ça me gave... »*
(M. Bretin, étiopathe en exercice depuis 21 ans)

Tout se passe finalement comme si, pour une majorité de clients, l'étiopathie ne pouvait être comprise sans être comparée et située par rapport à l'ostéopathie, dont les représentants occupent, en France, le devant de la scène des médecines manuelles. Cela revient à dire que les étiopathes ont largement bénéficié de la notoriété croissante de ces thérapeutes dont les effectifs et les établissements de formation ont cru de façon exponentielle au cours des années 2000 et 2010, suite à la reconnaissance de leur titre. Les enquêtés, en revanche, n'ont jamais rapproché les étiopathes (ni les ostéopathes) des kinésithérapeutes. Les manipulations des premiers, « structurales » et brèves, diffèrent des massages des seconds. En outre, chez l'étiopathe, le client est essentiellement passif ; chez le kinésithérapeute, le mouvement fait partie de la thérapeutique. Enfin, tandis que l'étiopathe n'utilise que ses mains (et sa table), le kinésithérapeute peut utiliser différents sortes d'appareils (lors, par exemple, de traitements par ondes de choc).

Dans son enquête sur les usages des médecines parallèles chez les patients atteints du cancer, Anne-Cécile Bégot soulignait que « l'environnement familial joue un rôle indéniable dans le recours aux soins non-conventionnels. Le fait d'avoir été sensibilisé à ces pratiques dès l'enfance peut en favoriser le recours à l'âge adulte » (BÉGOT, 2010, p. 132). Parmi les 31 enquêtés entendus en entretien (voir l'encadré n°5 : Le choix des enquêtés par entretien, p. 113), 14 n'avaient jamais consulté de praticien autre qu'un médecin avant de se rendre chez un étiopathe, et 6 n'avaient eu qu'un contact très anecdotique avec des thérapies « différentes » (par exemple, un premier enquêté a vu une fois un magnétiseur étant enfant, un deuxième a consulté une fois un rebouteux avec sa grand-mère, et un troisième avait un grand-oncle rebouteux qu'elle n'a jamais consulté personnellement). Il n'apparaît donc pas nécessaire d'avoir connu une forte socialisation aux médecines non-conventionnelles pour s'en remettre à un étiopathe. S'il en est ainsi, c'est probablement qu'une catégorie de praticiens manuels que l'on pourrait qualifier de « semi-officiels » s'est imposée, une catégorie qui, si elle ne se confond pas nécessairement avec une spécialité médicale à part entière, en revêt néanmoins certaines apparences et se distingue nettement des « rebouteux des campagnes ». L'un des enquêtés, Monsieur Rimbaud, qui avait pleinement conscience que « *[l'étiopathie] c'est pas la médecine classique* » (il a, à ce titre, délibérément évité

d'en parler à son généraliste), appela son étiope « docteur » au cours de l'entretien. De la même façon, Monsieur Neville tint le propos suivant, dont l'ambiguïté est révélatrice : « *Je vais pas comparer parce que c'est pas comparable, mais dans le temps on appelait ça les rebouteux. Moi quand j'étais gamin mon père m'emmenait comme ça chez un bonhomme qui faisait ça, il te remettait la cheville pour l'entorse* ». Si cet enquêté « compare sans comparer », c'est bien que l'étiope se distingue symboliquement du rebouteux tout en effectuant un travail qui s'en approche. En somme, ce praticien bardé d'une blouse qui arbore un « diplôme », manipule le langage de l'anatomie et de la physiologie, dispose d'un cabinet, d'une bibliothèque et d'une plaque (tel un véritable médecin), sans oublier une salle d'attente comprenant toujours un annuaire qui évoque une organisation étiope et un contrôle des praticiens²³⁹, apparaît moins comme un rebouteux que comme un « professionnel » du reboutement²⁴⁰. Les étiopes peuvent ainsi rapidement bénéficier d'une légitimité lorsque les usagers potentiels se voient conseiller cette thérapeutique, d'autant plus que la description des praticiens et de leur travail se voit généralement agrémentée de leurs succès thérapeutiques.

1.5. Le bruit des réussites :

Le bouche à oreille constitue de loin la première source d'information et, bien souvent, c'est aussi la seule. En effet, les enquêtés ont peu cherché à se renseigner davantage avant d'aller consulter. Sur les 1114 clients enquêtés par questionnaires, 1055 (94,7%) ont connu l'étiope via une tierce personne, et 87,0% déclarent s'être faits explicitement conseiller cette thérapeutique. Parmi ces derniers, 88,6% connaissaient en outre une personne qui consultait déjà. Parmi les conseillers, on retrouve en premier lieu les amis (416, soit 42,9%), les membres de la famille (297, soit 30,6%, dont 7,2% de conjoints), les collègues de travail (188, soit 19,4%) et, loin derrière, les connaissances liées à une activité sportive (30, soit 3,1%). Seule une vingtaine d'enquêtés (1,8%) ont découvert l'étiope sur internet. En retour, 86,5% des enquêtés dont ce n'était pas la première consultation au moment du remplissage du questionnaire déclarent avoir explicitement recommandé l'étiope, et 8,9% déclarent en avoir parlé sans vraiment la conseiller. Presque systématiquement,

239 La première page de l'annuaire de 2015 indique d'emblée l'existence de deux organismes : le RNE et l'IFE. La première phrase indique d'emblée la volonté des étiopes de faire leur propre police et de garantir la probité de leurs membres : « Le Registre national des étiopes est l'organisme qui assure le contrôle de la profession ».

240 Dans un registre tout à fait similaire, Fanny Charrasse a bien montré que le regain de légitimité dont a bénéficié le magnétisme en France, à une époque supposée dominée par « l'esprit scientifique », procède moins d'un changement d'attitude à son égard et d'un « retour en arrière » des mentalités, que d'un « approfondissement du projet moderne » à travers sa professionnalisation et sa scientification (CHARRASSE, 2018).

les personnes qui entendent parler d'un étiopathe entendent en même temps parler de son efficacité thérapeutique. Deux enquêtées entendues en entretien racontent :

« C'est une cavalière qui m'en a parlé – parce que je monte à cheval. On discutait de je sais plus quoi, elle parlait de ses problèmes qu'elle avait eus quand elle était jeune. Elle parlait de règles douloureuses, et qu'elle en avait souffert beaucoup pendant trente ans et tout, et puis elle m'a dit : "et puis d'un coup on m'a parlé de l'étiopathie, que j'avais peut-être quelque chose de coincé et tout". Et ça a changé sa vie apparemment, elle a plus du tout eu mal. Je me suis dit c'est quand même bizarre, un mec qui remet un organe à sa place et qui change quand même la vie de quelqu'un. C'est... C'est remarquable. »

(Mme Ayrault, 29 ans, soigneuse animalière en recherche d'emploi)

« C'était notre beau-frère qui travaille dans le bâtiment – il travaille dans le bardage couverture. Il est souvent bloqué au niveau du dos, tout ça. Ça lui arrivait souvent de rester coincé, et il passait son temps sous anti-inflammatoires. Médecin, séances de kiné... Et puis on lui avait parlé de l'étiopathie et tout ça... Et depuis euh... Plus rien. »

(Nadine, 41 ans, employée libre service)

Ce qui vient conférer ici de l'autorité au thérapeute, ce n'est pas tant son « diplôme » ni son discours sur la maladie, mais avant tout ses réussites sur le plan thérapeutique. La dimension quasi-systématique de ces discours ne signifie pas que les étiopathes réussissent à chaque fois, mais plutôt que les individus conseillent probablement peu ces praticiens s'ils n'ont pas dans le même temps un cas de réussite à rapporter pour étayer leur jugement sur ce thérapeute. L'étiopathe se rapproche en cela de la figure du guérisseur, qui « n'est pas jugé sur ses connaissances ou ses techniques mais sur ses réussites, sur les guérisons que lui attribuent ses clients. Comme le montre G. Canguilhem, "pour le médecin et le guérisseur le rapport à la guérison est inverse. Le médecin est habilité publiquement à prétendre guérir alors que c'est la guérison, éprouvée et avouée par le malade, même quand elle reste clandestine, qui atteste le "don" de guérisseur dans un homme à qui, bien souvent, son pouvoir infus a été révélé par l'expérience des autres". Cette distinction est analogue à celle qui a été établie par la sociologie des religions, notamment celle de M. Weber, entre l'activité routinisée du prêtre et celle du sorcier "condamné à réussir" » (CHATEAURAYNAUD, 1986). Les étiopathes parviennent donc globalement à trouver une légitimité de par leur apparente proximité avec les médecins²⁴¹, mais cette légitimité ne semble opérante qu'à partir du moment où les praticiens peuvent se prévaloir de quelques succès thérapeutiques.

241 « Dit en une formule lapidaire, tout laisse à penser que plus une médecine alternative ressemble d'une manière ou d'une autre à la médecine officielle, "normale" – l'adjectif prend ici tout son sens – moins elle a tendance à susciter de méfiance ou de rejet a priori » (HAMMER, 2010, p. 194).

2. Étiopathie et division du travail thérapeutique :

2.1. Un spécialiste des lésions « réversibles » manuellement :

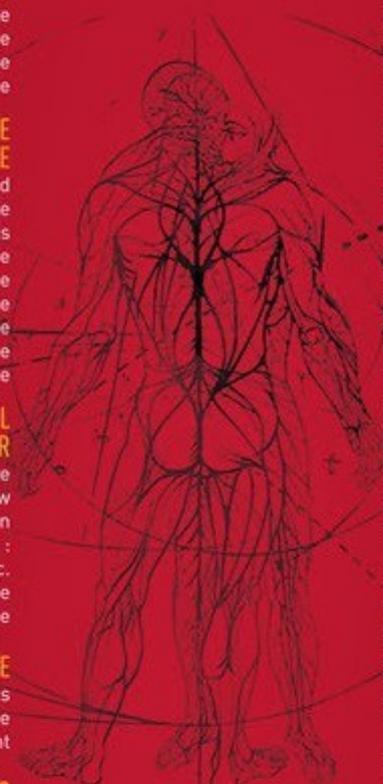
Dans leur ancien livret de communication (octobre 2012), les étiopathes se donnent des dehors d'omnipraticiens : « l'étiopathie est une approche généraliste. Son champ d'application recouvre tous les âges de la vie, tant les problèmes aigus que chroniques ». L'affiche ci-dessous (illustration 7), qui récapitule les principales indications d'un traitement étiopathique et qui est visible dans bon nombre de salles d'attente, tend à appuyer cette représentation en montrant que les thérapeutes peuvent prendre en charge aussi bien des troubles de l'appareil locomoteur que des troubles digestifs, des troubles gynécologiques, des troubles respiratoires, etc. L'appellation même de la discipline (la « cause de la souffrance ») ne permet d'ailleurs pas d'identifier d'emblée un champ de compétence spécifique.

Illustration 7 : Affiche présentant les principales affections prises en charge par les étioopathes

L'ÉTIOPATHIE

La thérapie manuelle de soins

PRINCIPALES INDICATIONS D'UN TRAITEMENT ÉTIOPATHIQUE



- TROUBLES ORL**
 - Sinusite, rhinite
 - Rhinopharyngite
 - Otite séreuse
 - Vertige bénin paroxystique
- TROUBLES D'ORIGINE VERTÉBRALE**
 - Néuralgie d'Arnold
 - Néuralgie cervico-brachiale
 - Torticolis
 - Cervicalgie
 - Dorsalgie
 - Douleur intercostale
 - Lumbago, lombalgie chronique
 - Cruralgie, sciatalgie
 - Pubalgie
- TROUBLES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR**
 - Entorse, foulure
 - Tendinite : tennis-elbow, golf-elbow
 - Canal carpien, canal tarsien
 - Douleurs articulaires :
 - épaule, hanche, genou, etc.
 - Épine calcanéenne
 - Algodystrophie
- TROUBLES DE LA GROSSESSE**
 - Nausées, vomissements
 - Lombosciatique
 - Préparation à l'accouchement
- TROUBLES RESPIRATOIRES**
 - Trachéite
 - Bronchite
 - Asthme
- TROUBLES DIGESTIFS**
 - Ballonnement, aérophagie
 - Digestion lente
 - Reflux gastro-œsophagien
 - Hernie hiatale
 - Colopathie fonctionnelle
 - Constipation, diarrhée
 - Trouble hépato-biliaire
 - Hémorroïdes
- TROUBLES URINAIRES**
 - Cystite
 - Troubles de la prostate
 - Incontinence
 - Énurésie
- TROUBLES GYNÉCOLOGIQUES**
 - Normalisation du cycle
 - Règles douloureuses
 - Infertilité
 - Troubles de la ménopause
 - Descente d'organes
- TROUBLES CIRCULATOIRES**
 - Palpitations
 - Oppression thoracique
 - Jambes lourdes
 - Maladie de Raynaud
- TROUBLES GÉNÉRAUX**
 - Céphalée
 - Migraine
 - Insomnie, anxiété
 - Zona



www.etiopathie.com

En réalité, dans sa pratique thérapeutique concrète, l'activité de l'étiopathe se révèle très circonscrite : en dehors de quelques conseils éventuels – en matière de posture par exemple, ou d'alimentation – il demeure un praticien strictement manuel. C'est à l'aide de ses mains qu'il examine le corps, et c'est avec ses mains qu'il soigne. Seuls des clichés, notamment des radiographies (qu'il n'a pas la possibilité de prescrire lui-même), viennent de temps à autre compléter l'examen visuel et palpatoire. Bien souvent, la table de manipulation s'avère le seul instrument visible dans le cabinet. Chez l'étiopathe, on n'observe ni stéthoscope, ni otoscope, ni abaisse-langues, ni miroir laryngé, ni seringues, ni thermomètre, ni solutions antiseptiques, ni anesthésiques, ni instruments de petite chirurgie, ni bouteille d'oxygène, ni tensiomètre, ni pèse-personne, ni électrocardiographe, ni débitmètre de pointe, ni lecteur de glycémie, ni échelle de Monoyer, ni mètre mural, ni toutes ces choses qui ne constituent qu'une partie de l'équipement de base du médecin généraliste²⁴². Tout au plus ai-je pu remarquer, chez un praticien, sur l'étagère, une boîte de gants en latex à côté d'un tube de vaseline – ce qui évoque la réalisation de touchers, normalement interdits aux non-médecins ; chez un second, lors d'une consultation, l'utilisation d'un marteau à réflexe de Dejerine²⁴³; et, chez un troisième, la présence d'un négatoscope (un écran lumineux destiné à l'examen des radiographies)²⁴⁴. On comprend dès lors que la salle de consultation ne comporte pas, comme dans les cabinets des médecins (libéraux ou hospitaliers), une séparation entre l'espace de l'examen clinique et l'espace du dialogue, les étiopathes n'étant pas soumis à la même exigence de « disposition pragmatique des instruments » (SARRADON-ECK, 2010).

Mais rappeler que l'étiopathe est un praticien essentiellement manuel ne suffit pas à circonscrire sa compétence (on peut tout à fait attribuer des pouvoirs démiurgiques à un individu qui ne se sert que de ses mains). Il convient encore d'examiner le contenu cognitif de l'activité étiopathique. Ainsi, et ainsi seulement, on pourra spécifier l'autonomie à laquelle prétendent ces thérapeutes (CHAMPY, 2009, p. 90). Les *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique* de Christian Trédaniel, qui expose la trame du diagnostic dont les praticiens revendiquent

242 Pour un aperçu de l'équipement du médecin généraliste, voir notamment : Le Goaziou, M-F. (2003). « L'équipement du cabinet médical ». *Exercer*, (63), (p. 20-26) [Disponible : http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/Equipement_cabinet.pdf]; Vasseur, M. (2014). *Le matériel diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste du nord-pas-de-calais*, Thèse de doctorat en médecine, non publiée. Université de Lille 2 ; Rosenblatt, Y. (2011). *Équipement des cabinets médicaux de médecine générale et gestion de l'outil professionnel : Enquête auprès de médecins généralistes et d'internes en fin de troisième cycle des études médicales*, Thèse de doctorat en médecine, non publiée. Université de Lille ; Tournoux, F. (2001). *Le matériel du cabinet médical du médecin généraliste et son utilisation : Enquête auprès des médecins généralistes du département de l'Ain*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Lyon ; Toullec-Petit, C. (1998). *Le matériel du cabinet du médecin généraliste et son utilisation. Enquête auprès de 100 généralistes dans le département des Yvelines*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Paris-Ouest.

243 Cet instrument sert à vérifier les réflexes tendineux. Il est utile au diagnostic d'affections neurologiques.

244 Un autre praticien m'a indiqué se servir de sa baie vitrée opaque en guise de négatoscope.

l'originalité, peuvent y aider²⁴⁵. En l'occurrence, l'étiopathe se propose d'explorer une étiologie et une seule : les « lésions étiopathiques somatiques », réductibles manuellement. La « lésion étiopathique » se définit par sa constance dans le temps ; elle est « nécessaire et suffisante à elle-même pour assurer sa propre continuité » (TRÉDANIEL, 2013, p. 83)²⁴⁶. Elle peut être « somatique », c'est-à-dire se situer dans le corps, ou être « extra-somatique »²⁴⁷. Dans le premier cas, la lésion est une « dysharmonie structurale » qui « peut être analysée sur le plan mécanique » (TRÉDANIEL, 2013, p. 84). En cas d'atteinte importante de la structure, elle peut être « irréversible » et doit alors faire l'objet d'un traitement chirurgical ou médicamenteux qui visera à suppléer, de manière permanente ou temporaire, les insuffisances de l'organisme (TRÉDANIEL, 2013, p. 84-85)²⁴⁸. Mais, lorsque les dommages sont limités, ou du moins lorsque le système en cause a conservé une « possibilité de restauration », la lésion est dite « réversible ». Elle peut, dans ce cas, être redevable d'un simple traitement manuel. « La lésion réversible est principalement celle qui intéresse la recherche et l'application thérapeutique en étiopathie » (TRÉDANIEL, 2013, p. 85). Dans les dernières éditions de ses *Principes fondamentaux*, C. Trédaniel distingue trois types de lésions étiopathiques somatiques : la lésion articulaire, viscérale, et circulatoire. La première consiste en un « nouvel état d'équilibre admettant un nouveau centre mécanique », entraînant une sollicitation anormale des ligaments à l'origine de divers troubles (TRÉDANIEL, 2013, p. 86). La lésion viscérale est, quant à elle, « une modification établie de la statique et des rapports d'un viscère » (TRÉDANIEL, 2013, p. 88). Elle se manifeste le plus souvent sous la forme de désordres mécaniques : prolapsus, plicatures, obstructions, etc. Enfin, la lésion circulatoire consiste en « un arrêt ou un ralentissement permanent local ou général de la circulation de retour²⁴⁹, résultant de l'insuffisance des forces exercées par le système de contention, en opposition à la pression transmurale exercée par le milieu circulant » (TRÉDANIEL, 2013, p. 89). L'auteur illustre ce phénomène avec l'hydrocution, « une vasoconstriction périphérique massive [qui] provoque un afflux de sang au niveau abdominal » (TRÉDANIEL, 2013, p. 90) et, conséquemment, un arrêt de la circulation de retour, ou encore l'action de toxines microbiennes « venant inhiber le tonus veineux » (TRÉDANIEL, 2013, p. 90). « Dans tous les cas, seule l'intervention étiopathique locale visant à rétablir le tonus du système circulatoire de retour

245 Le contenu de cet ouvrage fait l'objet d'un enseignement spécifique au sein des facultés libres d'étiopathie. Ce point sera à nouveau abordé au chapitre 7.

246 À côté de ces lésions constantes (qui peuvent être réversibles ou irréversibles) C. Trédaniel admet encore la possibilité de lésions autorégressives qui, elles aussi, peuvent engendrer leur cortège pathologique.

247 Dans ce cas, elle consiste en une interaction néfaste et durable avec l'environnement. Ces lésions étiopathiques extra-somatiques peuvent être de nature informative (une cause de stress) ou physico-chimique (TRÉDANIEL, 2013, p. 93-94).

248 D'après C. Trédaniel, ces lésions irréversibles peuvent néanmoins entraîner des lésions réversibles qui, elles, seront redevables d'un traitement manuel. L'intervention de l'étiopathe peut donc très bien être couplée à un traitement médical.

249 Soit la circulation veineuse, allant des organes vers le cœur.

par la mise en œuvre du réflexe cardio-vasculaire mis en évidence par Stapfer permet de résoudre les phénomènes pathologiques conséquents » (TRÉDANIEL, 2013, p. 90). Enfin, C. Trédaniel distingue des lésions « primaires » et des lésions « secondaires ». La lésion étiopathique est dite primaire lorsqu'elle est le produit direct d'une interaction avec l'environnement. En tant que « nouvel état d'équilibre », celle-ci peut avoir des répercussions sur le reste de l'organisme et, à terme, être à l'origine d'une « suite étiopathique » (TRÉDANIEL, 2013, p. 97), c'est-à-dire d'une succession de lésions étiopathiques « secondaires » qui, elles aussi, seront « suffisantes à elles-mêmes pour assurer leur continuité dans le temps ». L'étiopathe devra alors réduire, en théorie, l'intégralité des lésions qui composent cette suite afin d'éviter une récurrence²⁵⁰. Ces *Principes fondamentaux* formalisent ainsi une division du travail entre l'étiopathe et le médecin. Ils limitent le champ de compétence du premier à la réduction manuelle de lésions pour lesquelles le corps a conservé une capacité de « récupération ». En fin de compte, si l'étiopathie est globalement définie comme la recherche de « la cause de la souffrance », le travail concret de l'étiopathe sur le plan étiologique, apparaît extrêmement ciblé.

2.2. Médecine de l'urgence et « médecine quotidienne » :

Le champ de compétence des étiopathes ne recouvrant en principe que les cas où les systèmes affectés ont conservé une capacité de rétablissement ou de régénération, J-P. Moureau, président de l'IFE, expliquait sur les ondes d'Europe 1 : « nous, en étiopathie, notre rôle c'est de pousser l'individu à se faire soigner par la nature. Ce n'est pas nous qui soignons l'individu. [...] On se contente de maintenir l'organisme dans le bon axe »²⁵¹. De la même manière, l'un des étiopathes observés déclara au cours d'une séance : « je ne guéris personne ». S'il ne s'agit là que d'un positionnement théorique – les étiopathes essayant, dans la pratique, de repousser les frontières de leurs compétences en arguant que telle ou telle pathologie pourrait finalement être traitée manuellement – il n'en demeure pas moins que, dans leurs discours, ils admettent des lésions

250 « Ceci est évidemment la base du raisonnement théorique [précise C. Trédaniel]. À la suite d'un certain nombre de phénomènes d'interaction et de transformation propres aux systèmes vivants, il est possible, dans un assez grand nombre de cas, d'obtenir la réduction et la non-reproduction d'une lésion secondaire sans pour cela avoir supprimé l'ensemble des lésions de la suite. [...] On comprend aisément qu'après un certain laps de temps, les phénomènes lésionnels qui avaient permis la création d'une lésion secondaire n'aient plus obligatoirement les mêmes caractéristiques ni donc les mêmes effets » (2013, p. 99). En fait, « la lésion étiopathique, qu'elle soit réversible ou non, n'est pas obligatoirement immuable. Elle se comporte comme un système qui serait devenu autonome, mais dont les éléments pourraient montrer une certaine évolution. Cette transformation est permanente dans tous les tissus vivants » (TRÉDANIEL, 2013, p. 120).

251 « Il n'y en a pas deux comme Elle », émission du 28/04/2015.

« irréversibles » nécessitant une intervention médicale. Au sein des facultés libres d'étiopathie, des médecins assurent d'ailleurs des cours « *d'urgence* » afin que, selon le mot du directeur de la FLEB, les étiopathes « *n'aillent pas essayer de soigner un infarctus* ». Dans les deux extraits d'entretien suivants, des praticiens illustrent ce qui relève de la compétence des étiopathes et les moments où la réorientation vers un médecin s'avère nécessaire. Dans le premier, le praticien explique que les symptômes d'une entorse, théoriquement curables manuellement, peuvent en réalité découler d'autres pathologies qui, elles, nécessitent un médicament. Il raconte également la découverte d'une tumeur et la réorientation immédiate du client vers un hôpital. Le second praticien, pour sa part, illustre le champ de compétence de l'étiopathe dans le cadre d'une affection microbienne : le thérapeute doit vérifier, en somme, que la réponse immunitaire de l'organisme n'est pas lésée par une lésion étiopathique quelconque. Cette démarche n'est suffisante que lorsque les germes présentent une faible « virulence », car d'autres micro-organismes dépassent dans tous les cas les capacités de réponse du système immunitaire, et nécessitent dans ce cas l'adjonction d'un traitement médicamenteux.

« On a la chance dans notre métier de connaître exactement notre champ d'application et les limites. C'est très important parce que moi j'ai des patients... Ça m'est encore arrivé hier : j'ai dit "écoutez, par rapport à vos symptômes, des fois je peux les traiter parce que c'est d'origine mécanique, mais vous, ça ne l'est pas. Donc là je ne peux rien faire pour vous, donc vous allez aller voir tel spécialiste". [...] Je vais prendre par exemple le cas des chevilles. Sur une cheville, j'ai vu trois cas : j'ai vu la vraie entorse qui est de mon champ d'application ; quelques fois c'est une crise de goutte – la goutte c'est une maladie chimique, on a de l'acide urique dans le sang, ça va se fixer sur l'articulation et elle va faire très mal, elle va être rouge, elle va être gonflée... Les gens croient avoir une entorse, donc les gens viennent vous voir, et vous vous voyez : "non, ça c'est une crise de goutte, là c'est chimique, y a qu'un médicament pour soigner". Donc faut renvoyer chez le médecin, faut faire la prise de sang pour voir le taux d'acide urique, et là c'est la colchicine qui soigne ça. Quelques fois j'ai des gens ils viennent avec une cheville gonflée, ils pensent avoir une entorse, et c'est une phlébite. Donc là, la phlébite, moi j'y peux rien. Donc là je les envoie aux urgences et deux fois ça m'est arrivé que la personne a été opérée dans l'immédiateté. [...] Je peux vous parler d'un cas vraiment plus typique. Ma première année j'ai un monsieur qui m'appelle : "est-ce que vous remettez les coccyx ?", "oui", "je suis tombé d'un escabeau, j'ai mal au coccyx..." Pas de problème, ça me paraît mécanique. Donc il vient, puis il me raconte que sa chute a eu lieu y a un an, que tous les mois il va voir son médecin en se plaignant de là, qu'on lui donne des anti-inflammatoires et qu'il a toujours mal depuis un an, et que tous les mois le médecin lui dit "ah ben c'est votre chute d'escabeau..." Donc il vient, je le mets sur la table, je teste – donc au toucher rectal – je ne vois pas de problème au coccyx. Mais par contre, y a mon cours de sémiologie qui me revient : il avait une tumeur cancéreuse du rectum, mais alors grosse comme une tomate... Donc j'ai dit à la personne "non, là le coccyx n'a rien. C'est pas du tout de mon ressort, donc vous allez aux urgences à Angers en proctologie, et vous demandez un examen". Il a été opéré dans les 24 heures, et il a eu un anus artificiel. Mais il est revenu me remercier parce qu'il avait 44 ans et ça rigolait pas... »

(Michel, étiopathe en exercice depuis 9 ans)

« Fondamentalement, il y a le critère de virulence, de méchanceté [du germe]. Certains sont plus agressifs que d'autres, et même si on normalise le terrain, parfois la puissance du germe est supérieure à la capacité immunitaire du terrain. Et là nous on peut rien faire. Mais la médecine ne joue que là-dessus. Nous on considère qu'on est quand même le fruit d'une sélection millénaire, et si on est toujours là, c'est que nos ancêtres ont été capables de nous transmettre un patrimoine génétique qui est extrêmement performant au niveau immunitaire. Donc si on n'est plus capables de vivre en situation harmonieuse avec une population germinale, c'est que notre terrain a été modifié. Donc c'est là-dessus qu'il faut jouer. »
(Patrice, étiopathe en exercice depuis 21 ans)

En entretien, un étiopathe résuma ainsi son positionnement vis-à-vis de la médecine : « Si en sortant d'ici j'avais un accident sur la rocade, je serais très content de les avoir [les médecins] pour me rafistoler. On ne va pas jeter le bébé avec l'eau du bain ! Mais il n'empêche qu'en médecine quotidienne, ils feraient mieux de se poser les bonnes questions ». Le praticien reconnaît ici une légitimité à la profession médicale tout en se ménageant une compétence propre : la « médecine quotidienne », relative aux troubles « du quotidien », qui peut recouvrir, pêle-mêle, les entorses, les sinusites, les bronchites, les tendinites, etc. Étiopathes et médecins ne prétendent donc pas à la même position dans la division du travail thérapeutique. Les premiers s'en tiennent strictement à la prise en charge de troubles qui ne présentent pas « d'urgence » dans la mesure où ils ne mettent pas en jeu (ou pas dans l'immédiat) l'intégrité biologique du corps. Ils peuvent donc, et même *doivent* (théoriquement) se retirer face à une affection grave, là où, précisément, les seconds sont appelés à intervenir en priorité. Howard Becker et ses collaborateurs écrivaient en effet : « un médecin tient le sort de son malade entre ses mains, de lui dépend la vie ou la mort de ce dernier. Un médecin n'est jamais autant un médecin que lorsqu'il exerce sa responsabilité » (FREIDSON, 1984, p. 174)²⁵². D'emblée, ces thérapeutes ne sont donc pas confrontés aux mêmes enjeux. La dimension prudentielle de leur activité respective, c'est-à-dire le degré d'incertitude et de conjecture auquel ils doivent faire face (CHAMPY, 2009), est sans commune mesure. Les conditions dans lesquelles ces praticiens sont amenés à tester leurs hypothèses s'opposent à deux niveaux. Sur le plan temporel tout d'abord : de par la nature même du trouble qui affecte son client, l'étiopathe dispose normalement d'un temps relativement long pour procéder à ses essais thérapeutiques quand le médecin, au contraire, peut être confronté à la nécessité de prendre une décision rapidement. Étiopathes et médecins s'opposent aussi sur la nature de leurs traitements : si le traitement de l'étiopathe respecte normalement l'intégrité du corps (le traitement est donc, au pire, inefficace, mais ne doit pas entraîner une aggravation quelconque), celui du médecin s'apparente à un acte d'agression (HARDY, 2013). Le médecin doit donc être en mesure d'assumer des décisions

252 Citant BECKER, H. S., GEER, B., HUGHES, E. C., & STRAUSS, A. (1961). *Boys in white, student culture in medical school*, Chicago : University of Chicago Press, (p. 15).

thérapeutiques potentiellement lourdes de conséquences, tandis que l'étiopathe, lui, prend relativement peu de risques. Dans son travail de thèse, É. Bailly avançait que « contrairement aux simples médecins, généralistes ou spécialistes qui ne peuvent se passer d'une multitude d'appareillages (stéthoscopes, scanner...), l'ostéopathe, selon la définition stillienne, se distingue par son absence d'outils prolongeant la main. Ses principaux outils sont "ses mains". "Les doigts sentent, pensent et voient" »²⁵³(BAILLY, 2005, p. 58). En manquant de souligner combien le champ de compétence des ostéopathes est plus restreint que celui des médecins et concerne essentiellement des troubles bénins, l'auteure semble avoir partiellement succombé aux illusions d'un discours de légitimation et d'auto-valorisation qui tend à passer sous silence la division du travail thérapeutique et l'ampleur des différences de responsabilité. À notre tour, tâchons de ne pas nous y tromper : sous le discours quelque peu grandiloquent qui consiste à dépendre l'étiopathe comme le praticien capable d'identifier la « cause » de la souffrance, sa compétence réellement revendiquée sur le plan thérapeutique demeure modeste.

2.3. Radiographie des clientèles : des troubles essentiellement bénins

Sur l'ensemble des 1114 répondants au questionnaire, 63,4% (706) déclarent une douleur dorsale, 49,5% (551) une ou plusieurs autres douleurs articulaires²⁵⁴, 12,7% (142) un trouble digestif, 2,3% (26) des troubles gynécologiques – le plus souvent liés à la ménopause, aux menstruations ou à la grossesse –, et, enfin, 16,2% (180) des troubles « autres » qui ont dû faire l'objet d'une nouvelle classification²⁵⁵. Parmi ces derniers, une quarantaine concernent encore divers troubles musculo-squelettiques, désignés tantôt par des termes savants ou semi-savants (« lombosciatalgie chronique », « canal carpien », « névralgie », « aponévrosite plantaire », « pubalgie », « arthrose lombaire », « algodystrophie », « fibromyalgie », « hernie discale », « polyarthrite ») tantôt par la seule mention d'une zone sensible ou d'une forme d'impotence (« douleur muscle psoas », « lourdeur jambe », « marche pénible », « fourmillements dans les mains », « douleur sous les pieds », « voûte plantaire et dos »). Arrivent ensuite, par ordre décroissant, des migraines ou maux de tête (30), des sinusites (10), des vertiges (9), des troubles du sommeil (8), des acouphènes ou des sifflements/bourdonnements d'oreille (8), des troubles de l'appareil ORL (6 dont 4 otites), des troubles d'ordre psychologique (6 dont trois « dépressions »,

253 La citation est tirée de l'ouvrage de Issartel, M. & Issartel, L. (1983). *L'ostéopathie exactement. Au bout des doigts qui sentent, pensent et voient : la santé*, Paris : Robert Lafont.

254 Arrivent en tête les douleurs au cou (22,7%), à l'épaule (17,6%), au genou (15,8%) et à la cheville (7,1%).

255 « Je ne sais pas/je ne suis pas sûr(e) » = 0,7% (8) ; Non-réponse = 0,4% (5).

deux « stress » et un « trouble émotionnel »), des énurésies (4), des troubles de la circulation sanguine (4), des infections urinaires (3), des affections cutanées (une sclérodémie en plaques, deux psoriasis), de l'asthme (2), des problèmes de fertilité (deux, en l'occurrence des femmes). Trois clients font également mention des suites d'une intervention chirurgicale : « différentes douleurs suite à une opération » ; « greffe de tympan bilatérale, une greffe n'a pas trop réussie » ; « ablation organe ». Restent, enfin, la vingtaine de plaintes ou de motifs suivants, inclassables :

« visite d'un nouveau-né » ; « relâchement des organes bas du ventre » ; « problème cardiaque » ; « problème de croissance » ; « des douleurs un peu partout » ; « malaise vagal » ; « mal des transports » ; « question respiratoire » ; « écoulement au niveau des yeux » ; « hernie vésicale incontinence » ; « fièvre inexplicée » ; « hémorroïdes (enceinte 38 semaines) » ; « oreille » ; « maladie de Horton » ; « consultation nouveau-né » ; « cicatrice (ventre) » ; « rhume chronique et éternuements » ; « douleurs spasmodiques » ; « douleurs » ; « boule près de la gorge » ; « plusieurs douleurs »

Parmi les fichiers tableurs fournis par les étiopathes (ceux contenant la liste exhaustive de leurs clients), deux comprenaient les notes relatives aux plaintes. Si le recodage de la totalité des lignes s'est révélé impossible²⁵⁶, non seulement en raison des codifications et des abréviations variables utilisées par les praticiens, mais aussi des nombreuses occurrences pouvant renvoyer, par exemple, à un « mal de dos », il a néanmoins été possible de dresser une comparaison partielle avec les données issues des questionnaires en se basant sur des occurrences plus spécifiques comme « migraines », « céphalées » et « maux de tête » ; « sinusites » ; « vertiges » ; « otites » ; « cystites » et « infections urinaires » (voir le tableau 3). Même si l'on peut observer quelques variations – notamment au niveau des « vertiges », trois à quatre fois moins déclarés sur les questionnaires²⁵⁷ – chaque catégorie obtient le même ordre de grandeur. Cette comparaison partielle tend donc à montrer que les troubles exposés via le questionnaire sont assez représentatifs de la structure globale des plaintes des clients, structure qui, par ailleurs, ne varie pas significativement d'un cabinet à l'autre.

256 À chaque ligne correspond un client.

257 Il est depuis longtemps acquis que les procédures de recueil influent sur les données, y compris en épidémiologie. Dans l'un de ses articles, Pierre Aïach propose une lecture systématique de ces variations. Il fait remarquer que le fait de proposer une liste de troubles ou le fait de tenir un journal d'observations quotidiennes augmente la fréquence de certains symptômes, notamment les « troubles passagers (maux de tête, troubles digestifs) et/ou peu marquants, soit parce qu'ils sont supportables, soit parce qu'ils font partie en quelque sorte d'un état habituel (douleurs articulaires) » (AÏACH, 1986). Peut-être les « vertiges » font-ils partie de ces symptômes qui tendent à être « oubliés », et à n'être conscientisés que lors de l'interaction avec le praticien.

Tableau 3 : Structures des plaintes. Comparaison entre les questionnaires et les listes exhaustives des clients de deux cabinets

	« Migraines » (dont ophtalmiques), « céphalées, « maux de tête »		« Sinusites »		« Vertiges »		« Otites »		« Cystites » et « infections urinaires »		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Questionnaires	30	2,7	10	0,9	9	0,8	4	0,4	3	0,3	1114	100,0
Liste du cabinet 1	528	4,2	109	0,9	358	2,9	127	1,0	32	0,3	12528	100,0
Liste du cabinet 2	112	3,7	34	1,1	105	3,5	29	1,0	6	0,2	3019	100,0
Total	670	4,0	153	0,9	472	2,8	160	1,0	41	0,2	16661	100,0

Les fichiers des étiopathes laissent par ailleurs entrevoir la répétitivité des troubles dont sont atteints les usagers. Parmi les 109 sinusites mentionnées dans celui du cabinet 1, 54, soit la moitié, sont suivies de l'indication « chroniques », « fréquentes », « à répétition », ou précisent que les personnes en sont atteintes depuis une période allant de quelques mois à plusieurs années. Le constat est le même pour les « otites » – 46 occurrences sur les 127 (soit 36,2%), dont 10 qui indiquent que le client a subi ou prévoit de subir une ablation des végétations²⁵⁸ – ainsi que pour les « cystites » et « infections urinaires » – 16 occurrences sur les 32. Sur les questionnaires, ce sont 10,0% des répondants qui ont déclaré être atteints une « maladie chronique » (NR = 2,6%). Il est toutefois possible que la proportion de personnes atteintes de troubles persistants soit plus importante, dans la mesure où cette catégorie peut renvoyer, dans l'esprit de l'enquête, à un diagnostic médical bien établi. L'une des clientes entendues en entretien, Chloé – dont le parcours sera exposé au chapitre suivant –, a par exemple répondu négativement à cette question alors même qu'elle souffre régulièrement de troubles gastriques depuis plus d'une dizaine d'années. Les médecins n'étant pas parvenus à poser un diagnostic²⁵⁹, cette enquête semble estimer illégitime de déclarer qu'elle pâtit d'une « maladie chronique ». La proportion de ces troubles « fréquents », « répétitifs » ou « chroniques » peut en partie s'expliquer par leur nature même. Dans son étude des variations des déclarations de symptômes en fonction des méthodes de recueil, Pierre Aïach observait en effet que les maux de tête et les douleurs dorsales sont sous-déclarés lors d'une question ouverte par rapport à une liste préétablie ou par rapport à un journal (AÏACH, 1986) – un constat qui ressort d'ailleurs dans d'autres études (BRUTUS & MARQUIS, 2015 ; ELLIOTT ET AL., 2011). Puisque ces symptômes apparaissent plus fréquemment lorsqu'ils sont suggérés par des items ou lorsque est donnée à l'enquête la possibilité de les ressentir sur une plus longue période, on peut faire l'hypothèse qu'ils font l'objet d'une attention moindre, qu'ils n'apparaissent pas d'emblée comme des « symptômes », mais plutôt comme de simples « gênes » ou comme des « douleurs » qui ne sont pas considérées comme « anormales » dans un premier temps. De ce fait, ces troubles tendraient à ne devenir réellement « problématiques » (et donc à ne déboucher sur une consultation) qu'à partir du moment où ils persistent. Mais ces troubles répétés peuvent aussi traduire une insuffisance de la médecine officielle sur le plan thérapeutique. Les itinéraires thérapeutiques de clients présentés dans le chapitre 4 viendront étayer cette seconde hypothèse.

En définitive, les étiopathes se positionnent sur la prise en charge de troubles dont la gravité

258 Sur l'ensemble des 12 528 lignes, 11 mentionnent également la pose d'un « yoyo » ou aérateur tympanique, une opération accompagnant fréquemment l'ablation des végétations.

259 Chloé explique présenter les symptômes de la maladie de Crohn « *mais sans avoir la maladie de Crohn* ».

reste limitée, bien qu'ils puissent s'avérer récurrents. Dans la continuité des observations de P. Elzière (1986a), ces différentes plaintes se distribuent au sein d'une clientèle globalement plus jeune que celle des médecins. Le tableau 4, construit sur la base des listes de clients de quatre cabinets, montre que les quadragénaires et les quinquagénaires y sont les plus représentés (respectivement 17,8% et 18,5%), alors que, chez les généralistes, 28% des consultations sont le fait de septuagénaires. On retrouve ici le rôle du facteur pathologique. À titre d'exemple, « après 70 ans, les patients consultent surtout pour le suivi d'affections chroniques », et en premier lieu l'hypertension artérielle (LABARTHE, 2004)²⁶⁰, une affection pour laquelle les étiopathes ne revendiquent aucune compétence particulière. En fin de compte, si l'on adopte un point de vue résolument médical (et de ce fait normatif), il apparaît que les prestations des étiopathes s'adressent en priorité à ceux qui sont encore relativement en bonne santé et qui, de surcroît, sont encore en activité professionnelle. Au chapitre suivant, on verra que ces personnes « en bonne santé » peuvent néanmoins être entravées dans leur quotidien et que, dans ce cas, l'étiopathe peut répondre à une autre forme d'urgence, notamment celle de maintenir une activité professionnelle.

260 D'après Duhot et ses collègues (2009), le seul suivi de l'hypertension artérielle représente 12,08% des résultats de consultation des généralistes.

Tableau 4 : Distribution des patients de quatre cabinets selon leur âge au moment de la première consultation

	Moins de 10 ans		Entre 10 et 19 ans		Entre 20 et 29 ans		Entre 30 et 39 ans		Entre 40 et 49 ans		Entre 50 et 59 ans		Entre 60 et 69 ans		Entre 70 et 79 ans		80 ans et plus		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Cabinet 1	152	5,5	248	9,0	363	13,2	418	15,2	559	20,3	476	17,3	281	10,2	186	6,8	71	2,6	2753	100,0
Cabinet 2	329	7,7	345	8,1	489	11,4	626	14,6	745	17,4	755	17,6	532	12,4	333	7,8	126	2,9	4280	100,0
Cabinet 3	89	6,6	66	4,9	151	11,2	214	15,8	224	16,6	239	17,7	183	13,5	122	9,0	63	4,7	1351	100,0
Cabinet 4	563	4,6	641	5,2	1087	8,9	1827	14,9	2138	17,5	2337	19,1	1912	15,6	1285	10,5	434	3,6	12224	100,0
Total	1133	5,5	1300	6,3	2090	10,1	3085	15,0	3666	17,8	3807	18,5	2908	14,1	1926	9,3	694	3,3	20608	100,0

3. Une relation de client, ou : le diagnostic sans la maladie

Outre la question des pathologies prises en charge, le travail des étiopathes diffère fondamentalement de celui des médecins en ce que ces derniers sont les représentants d'une institution officielle et qu'ils sont, à ce titre, chargés d'appliquer un savoir et des principes moraux à des cas concrets. Comme l'explique E. Freidson – en reprenant sur ce point des réflexions déjà formulées par Talcott Parsons –, les membres de la profession médicale et, plus généralement, les membres des professions libérales, sont des agents de contrôle social : soutenus par l'État, ils disposent d'un mandat officiel qui leur permet de « définir si un problème existe bien, quel est son "véritable" caractère et comment le traiter » (FREIDSON, 1984, p. 301)²⁶¹. Ainsi, même si la relation entre médecin et patient laisse une place à la négociation, en dernier lieu, le médecin garde le contrôle sur la définition de la situation et l'organisation sociale du traitement qui sera appliqué. « Du fait de leurs qualifications professionnelles, [les médecins] ont obtenu l'autorisation, comme des fonctionnaires, de prendre des décisions quotidiennes concernant le bien-être de leur clientèle : ils donnent des arrêts de travail pour maladie, ils signent des formulaires permettant de toucher des indemnités et des formulaires d'assurances, ainsi que divers certificats d'aptitude. En outre, dans la vie de tous les jours, ils servent de gardiens à des ressources particulières (parmi les plus évidentes, des lits d'hôpitaux, les médicaments qui ne sont vendus que sur ordonnance). Les médecins et d'autres membres du personnel de santé sont ainsi, par leur comportement, l'objectivation, la personnification empirique de certaines valeurs dominantes dans la société » (FREIDSON, 1984, p. 302). Le statut officiel de la médecine empêche donc le patient de suivre ses propres idées sur la pathologie et le comportement à tenir. E. Freidson a beau qualifier certaines pratiques médicales, notamment celle du médecin de famille, comme des pratiques « sous la dépendance du client », il n'en reste pas moins que c'est le professionnel qui « affirme quels sont [ses] besoins "véritables" » (1984, p. 306). Il ajoute à ce titre que « pour exercer son mandat, la profession doit à l'occasion fournir à ses clients des services que peut-être ils ne désirent pas » (1984, p. 306).

Il en va différemment de la relation avec l'étiopathe. N'étant titulaire d'aucune position officielle, rien ne s'oppose à ce qu'il reconnaisse d'emblée la légitimité de sa plainte, que celle-ci

261 Everett C. Hughes définit le mandat comme la capacité d'un groupe à « définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail. [...] Le mandat peut se borner à insister sur la nécessité de laisser à ceux qui sont du métier une certaine marge de manœuvre dans leur travail. Il peut inclure, comme c'est le cas actuellement pour les médecins, le droit de contrôler et de définir les conditions de travail de nombreuses personnes — les infirmières, les techniciens et les autres catégories de personnel impliquées dans le fonctionnement de l'hôpital moderne. Il peut même aller, comme dans le cas du clergé des pays où le catholicisme est puissant, jusqu'à régir les pensées et les croyances de populations entières sur presque toutes les grandes questions de l'existence » (HUGHES, 1996, p. 99).

renvoie à une vive douleur ou à une simple gêne. En somme, les étiopathes ne cherchent pas à déterminer si les personnes qui les consultent sont « malades » ou non. Les praticiens ne demandent d'ailleurs jamais à leurs clients de quantifier leur douleur (sur une échelle de 1 à 10 par exemple), ce qui, pour les médecins en situation d'incertitude, est une façon de déterminer si le trouble peut être de nature « objective » ou s'il est essentiellement « subjectif », et d'en déduire un traitement (DESFONTAINES, 2012)²⁶². Et, s'ils n'obtiennent pas de résultat au terme de leur traitement manuel, ces thérapeutes peuvent signifier au client que son problème ne semble pas relever de leur compétence, et éventuellement le rediriger vers un autre praticien, sans jamais avoir à remettre en cause, à travers des attitudes, des paroles ou des actes, la réalité de sa souffrance. Dans certains cas, l'usager peut même obtenir du praticien qu'il persévère dans son traitement alors même que ce dernier ne croit guère en son utilité :

« En cas difficile, j'ai une patiente qui est venue me voir avec les deux épaules complètement gelées – elle avait déjà plus de 70 ans. C'est-à-dire limitées à ça comme mouvement [elle pouvait à peine lever les bras], depuis déjà plusieurs années. Et quand je l'ai vue je lui ai dit "je vais vous proposer de faire trois séances et on regarde le résultat : s'il y a une amélioration, on continue, s'il y a rien moi je m'arrêterai". On fait les trois séances et y a une petite amélioration. Mais vraiment toute petite... Je lui dis "franchement ça vaut pas la peine..." Et elle m'a dit "si si, on continue". On a été jusqu'à quinze séances. À chaque fois je lui disais "moi j'arrête", à chaque fois elle disait "si si on continue". Et à la quinzième séance elle a libéré ses épaules. C'est venu progressivement. Parce qu'à chaque fois je me disais que ce qu'on avait fait là, c'est le maximum que son corps était capable de récupérer. Et elle, elle était convaincue qu'elle pouvait récupérer davantage, alors que moi je ne l'étais pas. Donc on a finalement réussi à lui donner une mobilité, sans doute pas complète par rapport à ce qu'elle avait connu, mais qui était tout à fait satisfaisante au quotidien. [...] J'ai [aussi] eu une patiente qui a consulté contre mon avis quelque part. Quand elle m'avait posé la question au téléphone pour prendre rendez-vous la première fois, je lui avais dit "je pense pas...". C'était pour une pelade, donc une perte de cheveux inexplicable. Donc pas eu de résultat, mais je lui avais dit : "ça m'aurait étonné qu'on ait un résultat". »
(Patrice, étiopathe en exercice depuis 21 ans)

Les étiopathes rétorqueront peut-être que, s'ils ne cherchent pas à quantifier la douleur mais se contentent d'en relever la localité, c'est essentiellement en vertu de ce qu'ils appellent le « principe de similitude », d'après lequel les phénomènes douloureux se traduisent différemment d'une personne à l'autre (les individus étant « semblables » mais non strictement identiques)²⁶³. Il n'en

262 Dans son étude sur la réception des plaintes lombalgiques en médecine générale, H. Desfontaines explique en effet que « l'établissement du degré de douleur est l'étape préalable à l'énonciation d'un jugement médical sur un état corporel » (2012).

263 Après avoir rappelé que « prises dans les mêmes conditions, les mêmes causes produisent les mêmes effets », et souligné que deux systèmes biologiques ne présentent jamais ces « mêmes conditions », C. Trédaniel propose le principe méthodologique suivant, appelé « principe de similitude » : « dans des conditions semblables, des causes semblables produisent des effets semblables » (TRÉDANIEL, 2013, p. 137). En pratique, cela signifie que « dans les systèmes vivants, les phénomènes doivent être considérés et classés beaucoup plus en tenant compte de leur essence

reste pas moins qu'une telle posture suppose de ne pas avoir à exercer un contrôle sur la définition de la maladie et sur les conditions qui vont concrétiser cet état social²⁶⁴. La mise en application de ce « principe de similitude », prescrite par les *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique*, repose donc sur une configuration sociale où le praticien est essentiellement au service de celui qui le paye. Les concepts de « potentiel vital originel » (PVO) – rebaptisé potentiel génétique originel (PGO) en 1990²⁶⁵ –, de « potentiel vital actuel » (PVA) et de « somme pathologique », qui sont également définis dans les *Principes fondamentaux* de C. Trédaniel et qui permettent de comprendre la façon dont les étiopathes conçoivent la pathologie, traduisent également cette relation de client. Le principe est le suivant : le PVO représente « la fonction du génotype »²⁶⁶ – il se distingue du génotype en lui-même en ce que, comme son nom l'indique, il est « à la fois acte et puissance » (TRÉDANIEL, 2013, p. 45)²⁶⁷. Ce « potentiel originel » représente en quelque sorte le devenir biologique optimal de l'être vivant (sa « santé parfaite », comme l'écrit C. Trédaniel) ; il peut être symbolisé par une courbe décroissante tendant vers zéro. N'étant jamais réalisé dans les faits (en raison des divers accidents ou agressions de l'environnement auxquels est confrontés l'individu), sa traduction réelle est appelée PVA : « potentiel vital actuel ». L'écart entre ce PVA et le PVO est la « somme pathologique ». Le rôle de l'étiopathe sera alors de réduire cette somme pathologique, soit « de faire coïncider au mieux le PVO résiduel et le PVA » (TRÉDANIEL, 2013, p. 62). Cependant, prévient C. Trédaniel – et cette remarque est essentielle – l'interprétation du PVO « ne peut être que qualitative » : « toute tentative de quantification, qui aurait le mérite d'en préciser formellement la signification, ne peut qu'être vouée à l'échec » (TRÉDANIEL, 1990, p. 11). Les étiopathes se voient ainsi inculquer dès le début de leur cursus (un premier certificat « Principes fondamentaux » est délivré dès la seconde année) une définition toute conceptuelle de la pathologie,

que de leurs propriétés quantitatives » (TRÉDANIEL, 2013, p. 125). Ainsi lorsque deux sujets sont soumis à un même stimulus douloureux, « ce qui est important, ce n'est pas l'analyse que fait le sujet du phénomène, mais bien le fait que les deux phénomènes provoqués chez les deux sujets existent bien dans les deux cas et que, d'autre part, ils possèdent au moins un de leur caractère en commun, à savoir leur territoire » (TRÉDANIEL, 2013, p. 137). De même, « un œdème ne pourra pas être interprété par sa circonférence ou par son volume, mais par l'augmentation de cette circonférence ou de ce volume par rapport à ceux présentés ordinairement par l'organisme considéré ; [de même] que la TA (tension artérielle) devra être appréciée en fonction de la tension normale du patient ; etc. » (TRÉDANIEL, 2013, p. 124-125).

264 « On peut considérer que l'organisation sociale du traitement crée les conditions d'organisation de l'expérience de la maladie, des relations avec autrui et de l'existence même du malade » (FREIDSON, 1984, p. 300).

265 Dans le troisième numéro de la *RIME* paru en novembre 1990, C. Trédaniel décrète que le PVO s'appellera désormais le Potentiel Génétique Originel (PGO). Il justifie ainsi cette modification : « Il semble que la consonance des trois termes formant l'expression "Potentiel Vital Originel" attire irrésistiblement tous les amateurs d'énergie pure, de vitalisme, voire de fable biblique, à tel point, qu'éblouis, ils ne prennent ni la peine ni le temps de prendre connaissance des explications qui les accompagnent. C'est ainsi que nous retrouvons l'étiopathie confondue par certains médecins, journalistes ou simples curieux, avec une certaine doctrine qui admet, en dehors du corps et de l'âme, un troisième "principe vital" dont dépendraient les fonctions organiques » (TRÉDANIEL, 1990, p. 12).

266 Le génotype désigne l'ensemble des caractères génétiques d'un être vivant.

267 Dans sa préface de la quatrième édition des *Principes fondamentaux*, C. Trédaniel explique que s'il a souhaité innover sur le plan conceptuel, c'est parce que « les termes usuels de génotype et de phénotype n'expriment pas explicitement la notion de potentialité » (TRÉDANIEL, 2013, p. 14).

une maladie sans substance concrète, susceptible de s'exprimer à travers n'importe quelle plainte. À l'inverse, si l'on considère la formation médicale – et notamment les six premières années, communes aux différentes spécialités – « force est de constater qu'elle n'a absolument rien à voir avec l'apprentissage de la "réponse à une demande", mais qu'au contraire, elle vise à instituer un objet autonome de cette demande » (HARDY, 2013, p. 160). L'élaboration de cet objet autonome passe par l'enseignement de matières théoriques « fondamentales » où les futurs médecins apprennent un vaste répertoire de « maladies » bien concrètes qui ne s'incarneront dans des malades que dans un second temps.

« L'organisation pédagogique au fil des années témoigne de cet objet élaboré au plus fort de son abstraction, à travers des matières différenciées (la chimie, la biologie, les statistiques, etc.) avant de se centrer sur l'étude des signes des maladies (la sémiologie) et leur traitement. La "maladie du médecin" se forme à partir de ses phénomènes biologiques avant même ses manifestations corporelles ; elle préexiste au malade et à son corps et peut s'étudier sans que ce dernier en exprime quoi que ce soit. Cette rupture, d'une part, avec les représentations que chaque étudiant pouvait avoir du champ de la médecine avant le début de ses études, et, d'autre part, avec les non-professionnels de santé devenus alors les "profanes", est au cœur du mécanisme de structuration de la profession par l'élaboration progressive d'un objet commun. »

(HARDY, 2015)

Ces « maladies », en somme, font partie intégrante d'une « culture médicale » (DUBAR & TRIPIER, 2005, p. 95-96). La « fabrication du médecin », selon l'expression d'Everett Hughes (*Making of a physician*), passe par l'acquisition de cette culture. Elle ne se résume pas au seul apprentissage de techniques et de connaissances scientifiques, mais suppose que l'étudiant intériorise un « rôle de médecin », qu'il se convertisse à une « vision du monde » distincte de celle des profanes. Les étiopathes, eux, ne cherchent pas particulièrement à transmettre à leurs étudiants une culture différente de celle des usagers en matière de « maladies ». Ils n'en ont pas besoin. Ces représentations profanes constituent le point de départ de leur intervention, et elles n'incommodent nullement leur travail.

Choisir de parler de « client » pour désigner les usagers des étiopathes tout en continuant à parler de « patients » lorsqu'il est question des médecins ne revient donc pas à céder à la rhétorique des professionnels et à s'interdire les comparaisons irrévérencieuses qu'E. Hughes appelaient de ses vœux (HUGHES, 1996), mais à souligner au contraire une différence de rôle entre étiopathes et médecins qui apparaît fondamentale, et qui se répercute dans leurs relations avec l'utilisateur. En effet, l'étiopathe n'ayant pour ainsi dire rien à refuser à son client, celui-ci est théoriquement moins exposé au risque de le décevoir en apparaissant trop « distant » vis-à-vis de sa plainte. Inversement,

le médecin, en tant qu'agent de contrôle social, est d'autant plus « coupé » de son patient de par l'organisation et les buts du système professionnel auquel il appartient, et il risque d'autant plus de le décevoir qu'il est en mesure de lui refuser d'importants privilèges associés à la reconnaissance de sa maladie. Il est par ailleurs bien établi que le cadre institutionnel dans lequel s'inscrit l'acte thérapeutique influe sur le mode de communication : Sylvie Fainzang notait par exemple que « si certains médecins s'abritent derrière la loi pour tout dire, craignant les dérives de la judiciarisation croissante, d'autres choisissent de limiter cette information à ce qui est sûr » (FAINZANG, 2006, p. 30). Elle observait en outre que les membres des classes modestes sont plus vulnérables face à la rétention d'information pratiquée par les médecins. Anne-Chantal Hardy a également observé que la transmission du pronostic varie en fonction de la disposition (perçue) du patient à se conformer aux exigences du médecin et que, de ce fait, les thérapeutes délivrent plus volontiers l'information à ceux qui leur sont sociologiquement proches (HARDY, 2013). Dans ce contexte, l'étiopathe, de même que les autres thérapeutes non-conventionnels, ont d'autant plus de chance d'apparaître « proches des usagers », « à l'écoute » etc. Cette différence dans la relation soignant-soigné se trouve redoublée par la nature même des troubles respectivement concernés et des enjeux auxquels ils renvoient. En effet, le problème de la communication, le fait de dire ou de ne pas dire, se pose en premier lieu lorsqu'il est question d'un pronostic vital ou d'une affection grave. Ce n'est pas un hasard si, pour son étude sur la pratique du mensonge, S. Fainzang se focalise sur la médecine hospitalière, et notamment la cancérologie (FAINZANG, 2006). Dans ce type de service, les médecins se trouvent fréquemment face à des « options éthiques ». À l'inverse, la question des « espoirs face à la mort », tout comme celle des effets secondaires des traitements, ne sont pas censées ponctuer la carrière d'un étiopathe. L'étiopathe est d'autant plus libre de parler et de répondre aux différentes demandes de ses clients qu'il œuvre dans le seul cadre de la non-urgence. Il a même d'autant plus d'intérêt à le faire que, n'étant pas remboursé et soignant dans tous les cas des troubles d'une gravité limitée, ses clients ont la possibilité d'aller trouver un praticien concurrent²⁶⁸. L'écoute et le type de relation entretenue avec les usagers peuvent ainsi être interprétés comme un moyen d'éviter que le client ne fasse défection dans un contexte de forte concurrence.

268 Le caractère non-urgent du trouble renforce l'autonomie du client, qui dispose alors du temps pour se tourner vers un praticien qui saura mieux répondre à ses attentes. Cette non-urgence affecte également la relation entre le client et le chirurgien esthétique : « Le demandeur [c'est-à-dire le client] n'est pas soumis à l'urgence, et encore moins à l'urgence vitale. En chirurgie esthétique, une opération peut sans difficulté être reportée ; le client choisit son praticien, définit son problème et est amené à déboursier plusieurs milliers d'euros » (LE HÉNAFF, 2015). Pour ces médecins (déjà déconsidérés au sein de la profession) se pose dès lors le problème de la légitimité de l'opération en tant qu'acte médical. Les refus d'opérer, ou plus précisément ce procédé rhétorique que l'auteur nomme « l'éloge du refus », permet alors à ces praticiens de revendiquer leur identité de médecin et de réaffirmer ainsi leur autonomie professionnelle, celle qui confère le pouvoir de prescrire mais également de refuser la prescription.

Conclusion du chapitre 3 :

L'étude du déroulement des consultations aura permis de faire ressortir les éléments suivants : tout d'abord, les ingrédients qui fondent la légitimité des étioopathes sont globalement les mêmes que ceux qui fondent la légitimité médicale, à savoir : les attributs d'un scientifique (le port de la blouse, la détention d'un « diplôme » et, souvent, d'une bibliothèque comprenant au moins un ouvrage d'anatomie, la manipulation du lexique de l'anatomie et de la physiologie) et l'inscription de la pathologie dans la matérialité du corps. Les prestations des étioopathes concernent essentiellement des troubles curables manuellement, et les praticiens ne semblent guère discuter la légitimité de la profession médicale dans la prise en charge des affections plus sérieuses. L'enquête statistique sur la nature des plaintes vient alors confirmer leur rôle de spécialiste dans le traitement de troubles relativement bénins, notamment ceux affectant l'appareil locomoteur. N'étant le dépositaire d'aucune sorte de mandat, l'étioopathe est néanmoins en mesure d'accorder une légitimité immédiate aux doléances des usagers, c'est-à-dire d'instaurer une relation de client. Ces premiers éléments ne constituent cependant qu'une ébauche partielle des besoins auxquels répondent les étioopathes. Les questionnaires ne fournissent que des indications sommaires quant à la nature des troubles ; ils ne disent rien de la façon dont ils ont recomposé le quotidien de l'utilisateur, ni de la trajectoire thérapeutique qu'a suivi ce dernier. En somme, ils ne permettent pas de comprendre dans quels termes se joue la concurrence qui se joue entre étioopathes et médecins, ni même d'établir s'il y a véritablement une concurrence. Comprendre le marché sur lequel se positionnent les étioopathes implique à présent de faire parler les usagers.

Chapitre 4

Du praticien de la dernière chance au praticien de référence

Dans ce quatrième chapitre, il s'agira de répondre aux questions : pourquoi va-t-on chez un étiope, et dans quels cas se rend-on plutôt chez un médecin ? Je montrerai qu'après avoir été généralement découvert à la suite d'un parcours médical chaotique, l'étiope se voit attribuer une compétence spécifique pour la prise en charge de troubles qui relèvent de la non-urgence et qui ne sont pas ou qui sont mal soignés par les médecins. À travers la présentation des trajectoires thérapeutiques de six usagers, on verra d'abord que la recherche d'une guérison plus efficace demeure le principal ressort des recours à l'étiope et que, pour « mineurs » que soient les troubles pour lesquels consultent les usagers, ceux-ci peuvent se révéler particulièrement gênants au quotidien. Trois formes de non-urgence pourront ainsi être décrites : la non-urgence « urgente », la non-urgence « lassante », et « l'urgence professionnelle ». Je m'arrêterai ensuite sur les rôles respectifs de l'étiope et du médecin. Je montrerai que si le premier se voit régulièrement consulté en première intention pour tout un ensemble de troubles étiquetés comme « bénins » – notamment des troubles de l'appareil locomoteur – le second reste néanmoins le praticien de référence dès lors qu'il s'agit d'une affection grave ou de nature incertaine. Les recours à l'étiope traduisent donc non pas une remise en cause de « l'institution médicale », mais simplement une redéfinition des compétences respectives des soignants. Des données sociographiques viendront ensuite démontrer la capacité des étiopes à recruter des clients aussi bien dans les milieux aisés que dans les milieux plus modestes. Les praticiens semblent même rencontrer un certain succès auprès des membres des classes populaires, dont le corps est davantage mis à l'épreuve au travail. On abordera enfin la question du coût de l'étiope. On verra que les recours à cette médecine dont les séances sont relativement onéreuses et non remboursées par la Sécurité Sociale peuvent s'avérer un investissement, voire une « nécessité », dans la mesure où ils peuvent permettre un réel soulagement et, dans certains cas, un maintien de l'activité professionnelle.

1. La non-urgence sous toutes ses coutures :

Dans ce chapitre, les réflexions de George Canguilhem vont être utiles à double titre. D'une part, le philosophe soulignait que la notion même de « guérison », loin d'être un simple « retour » à une norme antérieure, consiste bien souvent à instituer une nouvelle norme. « Aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique. Guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie » (CANGUILHEM, 1966, p. 156). C'est dans la droite ligne de ces réflexions que, dans son ouvrage *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Anne-Chantal Hardy envisage la guérison non pas comme un état, mais comme un processus normatif relativement indépendant de la maladie elle-même. « Le travail médical [écrit-elle] ne peut plus seulement être décrit en réponse à une plainte, il relève d'un métadiscours normatif. Le processus de guérison s'extrait de ce fait de l'état de maladie, il s'autonomise, il accède même, pourrait-on suggérer, à une forme d'indépendance. [...] L'effet de la médecine, ne consiste pas tant à ramener [l'individu] à la norme antérieure, mais à modifier la norme pour le rendre plus adaptable. [...] La médecine, à travers la guérison, poursuit un objectif d'adaptation des individus à des contextes morbides » (2013, p. 281-284). La démarche d'A-C. Hardy invite ainsi à ouvrir cette « boîte noire » qu'est la « guérison ». Elle suggère que la dissension entre le soignant et le soigné peut résider non pas seulement dans la reconnaissance même de l'état de malade, mais dans la manière dont la guérison est envisagée. Interroger ce que c'est concrètement qu'être « guéri » peut aider à comprendre les éventuels décalages entre les préoccupations du patient et celles du médecin et, *in fine*, à saisir les avantages et inconvénients des différentes formes de traitement. D'autre part, George Canguilhem a montré qu'une « norme » n'a de sens que si l'on considère la relation entre l'individu et son environnement : « Le terme de "normal" n'a aucun sens absolu ou essentiel. Nous avons proposé, dans un travail antérieur²⁶⁹, que ni le vivant, ni le milieu ne peuvent être dits normaux si on les considère séparément, mais seulement dans leur relation. C'est ainsi seulement qu'on peut conserver un fil conducteur sans la possession duquel on devra tenir nécessairement pour anormal – c'est-à-dire, croit-on, pathologique – tout individu anormal (porteur d'anomalies), c'est-à-dire aberrant par rapport à un type spécifique statistiquement défini » (CANGUILHEM, 2009, p. 207-208). Ainsi, du point de vue de l'usager, l'intérêt d'une médecine doit résider au moins en partie dans sa capacité à lui permettre de continuer à évoluer dans son environnement social particulier. C'est ainsi que des troubles considérés comme « bénins » par des médecins peuvent parfaitement constituer des « urgences » du point de vue des profanes, s'ils estiment ne pas pouvoir continuer à évoluer normalement dans leur milieu. Ci-dessous, on présentera donc différentes formes de non-urgence : la non-urgence « urgente », tout d'abord,

269 L'auteur fait ici référence à sa thèse *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*

entendue comme une forme de recours pour lesquels les clients sont gênés quotidiennement ou presque, par un trouble que la médecine n'est généralement pas parvenue à soigner. Le recours à l'étiopathe est alors envisagé comme une manière de sortir d'une « impasse médicale » plus ou moins complète. Puis, on s'arrêtera sur la non-urgence « lassante ». Elle diffère de la précédente en ce que les clients sont gênés moins fréquemment ou parviennent davantage à s'accommoder de leurs douleurs, parfois parce qu'ils peuvent être soulagés temporairement par les médecins ou paramédicaux. La différence vis-à-vis de la non-urgence « urgente » se fait donc essentiellement au niveau de la fréquence des maux et de la capacité de la personne à s'en accommoder (à ce titre, le classement des enquêtés dans l'une ou l'autre des deux catégories paraîtra peut-être quelque peu arbitraire). On abordera ensuite une autre forme de non-urgence que l'on qualifiera d'« urgence professionnelle », qui a pour caractéristique d'entraver le bon déroulement de l'activité professionnelle.

1.1. La non-urgence « urgente » :

M. Nanterre, 55 ans, modéliste dans une usine de chaussures, titulaire d'un baccalauréat, est le fils d'un mineur et d'une mère au foyer. Père de trois enfants désormais adultes, il est marié à une professeure de français et de théâtre qui exerce en collègue et en lycée. Environ un an et demi avant l'entretien, il commence à éprouver une douleur « *un petit peu dans l'aine, et après sur la hanche* ». Celle-ci finit par constituer un handicap quotidien : « *je n'arrivais plus à faire de sport [explique-t-il]. J'avais une douleur dans la hanche, constante, qui s'amplifiait toute la journée. Et à trois heures de l'après-midi, quand je me levais de mon bureau, je boitais et je partais cassé en deux* ». Les médecins diagnostiquent alors de l'arthrose, une pathologie pour laquelle M. Nanterre ne se voit proposer qu'un anti-douleur qui, en l'occurrence, se révèle inefficace :

M. NANTERRE : « *J'ai pu voir mon médecin, qui m'a dit que c'était de l'arthrose. Donc j'ai eu deux rendez-vous avec un rhumatologue, notamment un grand chirurgien²⁷⁰, le chef de service de l'hôpital d'Angers qui a regardé une radio de 2010 [nous sommes alors en octobre 2015] et qui m'a dit qu'il n'y avait rien à faire pour moi, que j'avais de l'arthrose, que je pouvais ne pas avoir plus de douleur jusqu'à 80 ans, mais qu'il fallait que je m'y fasse et comme j'avais des douleurs il fallait que je prenne trois Effergal par jour.*

MME NANTERRE : *Ça c'est le genre de consultation qui met mon mari hors de lui.*

M. NANTERRE : *Ouais, hors de moi. Et surtout de donner 50 € en plus ! (rire) Parce qu'on va à Angers, on attend une heure, ça dure dix minutes, on donne 50€, et le mec il dit "y a rien à faire". "Je vais vous dire mon pauvre monsieur : prenez des Effergal, ça va vous soulager !" Moi en plus j'ai un problème d'hémophilie légère. Donc je peux pas prendre d'anti-inflammatoire. Donc le seul remède que j'ai c'est l'Effergal. Mais quand j'avais ma douleur là, j'ai essayé de prendre trois Effergal par jour. C'était... J'en prenais pas c'était*

270 L'enquête confond ici les spécialités médicales, le rhumatologue n'étant pas un chirurgien. Cependant le travail du chirurgien orthopédiste et celui du rhumatologue portent tous deux sur les affections de l'appareil locomoteur.

pareil. Ça m'empêchait de dormir la nuit. Le matin ça allait mieux, puis ça empirait dans la journée. Donc j'ai été voir mon médecin, je lui en ai reparlé. Mon médecin il a pris le courrier du rhumato' et il n'a pas cherché plus loin. J'ai pris sur moi d'aller voir un neurologue, le neurologue m'a reçu. Il m'a fait un examen il m'a dit qu'il n'y avait rien qui le concernait. Donc il m'a dit "je ne vois pas l'intérêt de vous faire faire des tests supplémentaires" »

M. Nanterre décide alors de tenter sa chance avec l'étiopathe qu'il avait déjà consulté auparavant pour des douleurs aux cervicales. Le praticien lui délivre alors un tout autre diagnostic :

M. NANTERRE : « *[L'étiopathe] m'a dit : "vous avez mal, [or] l'arthrose ça ne fait pas mal. L'arthrose c'est gênant, c'est handicapant, mais ce n'est pas un mal continu. Vous ne pouvez pas vous lever le matin et avoir mal pendant quinze jours. Ce n'est pas de l'arthrose que vous avez". [...] Sur la hanche, on a mis cinq séances, espacées de trois, quatre semaines. Une fois par mois. [L'étiopathe] a cherché, il a cherché, on a essayé différentes choses, et un jour on est tombé sur le truc. Il a commencé à me faire un mouvement, et je me suis dit "tiens ! Ça va mieux". Je lui en ai parlé, et on a recommencé la fois d'après. Et je peux dire qu'en trois séances je suis revenu à 80%.*

ENQUÊTEUR : *Il a trouvé ce que vous aviez du coup... ?*

M. NANTERRE : *Non, il n'a pas trouvé. Hier soir on a revu le dossier et il m'a dit : "vraiment vous êtes un cas à part, c'est la première fois que je vois ça". Mais on a essayé dix choses différentes ! [...] Alors là j'ai toujours un petit point. C'est pour ça que j'ai été le voir hier, il me l'a traité. Mais c'est vraiment le dernier petit point qu'il me reste. »*

Au moment de l'entretien, Monsieur Nanterre ne ressent pratiquement plus aucune douleur.

Le cas de Monsieur Nanterre est particulièrement révélateur du décalage entre les préoccupations médicales et celles du patient. Pour le médecin, l'arthrose ne semble apparaître comme un problème : les options thérapeutiques sont plus que réduites, et le patient peut parfaitement vivre ainsi « *jusqu'à 80 ans* », sans que la douleur n'augmente. En outre, cette douleur peut *a priori* être contenue par un traitement médicamenteux. Pour le patient, en revanche, le problème prend une tout autre dimension puisqu'il se voit exposé à la perspective de vivre le restant de ses jours avec une douleur quotidienne, entravant ses moindres déplacements. La problématique plus générale à laquelle renvoie le parcours de cet enquêté est celle de la prise en charge de la douleur. En effet, même en revêtant une signification proprement médicale, la douleur n'a longtemps représenté qu'une conséquence « normale » de la maladie, si bien qu'elle ne faisait l'objet d'aucune prise en charge spécifique (BASZANGER, 1995)²⁷¹.

Ariane, 38 ans, vit en couple (la profession du conjoint n'est pas connue) et est mère de deux adolescentes. Fille d'un ouvrier et d'une comptable, elle est aujourd'hui titulaire d'un master en

271 Ce point sera réabordé au chapitre suivant.

géographie et directrice d'une école primaire. Cette enquêtée raconte avoir souffert d'infections urinaires chroniques pendant pas moins de sept années.

« Je faisais des infections urinaires à répétition. [...] Mais à grosse répétition hein, du style une fois par mois pendant sept ans. [...] Donc j'ai eu beaucoup de traitements médicaux très lourds. J'ai pris des antibiotiques pendant heu... ne serait-ce que pendant au moins une fois une année entière. Tous les jours. Et dès que j'ai arrêté, ça [recommençait]... [...] J'ai fait un an entier d'antibiotiques, et puis après à chaque fois que je faisais une cystite j'avais trois ou quatre jours d'antibiotiques. Donc en fait aucune évolution – ou de pire en pire... [...] Tous les mois, j'allais chez le médecin. »

Après s'être adressée à son généraliste puis à un urologue – lequel lui prescrit le traitement d'antibiotiques s'étalant sur une année entière –, elle s'essaye à de nombreuses formes d'automédication, incluant l'homéopathie et d'autres méthodes trouvées sur internet. *« J'ai tout testé moi, j'ai tout testé ! [raconte-t-elle]. J'ai testé du jus de cranberry toute la journée, non mais franchement j'ai... Sur internet j'ai tout regardé, ce que les médecins prescrivent, les avis de... (rire) les avis du public... J'étais au bout du rouleau. »* Parallèlement, Ariane ne fait appel à aucun praticien alternatif. Le peu d'intérêt qu'elle éprouve pour ces pratiques se double d'un manque de connaissance en la matière : *« Ah non mais je suis inculte dans la médecine ! À part mon médecin généraliste... »*. Elle découvre finalement l'existence de l'étiopathie en se liant d'amitié avec plusieurs praticiens – des hommes en l'occurrence. Au départ, elle se montre sceptique :

« Moi je savais pas du tout ce que c'était que l'étiopathie. J'avais une idée de ce que c'était que l'ostéopathie, mais pas l'étiopathie. Et puis en fait on a rencontré par hasard des amis, des gens qui étaient étiopathes. Donc à force on a discuté. Ils nous ont expliqué ce que c'était et donc voilà. A priori je trouvais pas ça transcendant mais... Avant de connaître je serais jamais allée voir un ostéopathe. Même un étiopathe. C'est pas des médecines qui me paraissaient heu... On va dire dignes de confiance. Et puis c'est vrai que l'ostéopathie c'est quand même un peu à la mode. Tous les... enfin pas "tous", mais tous les parents que je connais ils veulent... Voilà, dès qu'il y a la naissance, dès que leur enfant est né, avant ses un an, il faut aller voir l'ostéopathe parce qu'il remet tout en place (d'un air un peu moqueur). »

Assimilées à une « mode », l'ostéopathie et l'étiopathie n'apparaissent guère pertinentes aux yeux d'Ariane, ou, en tout cas, pas en mesure de répondre à des besoins légitimes. Celle-ci n'avait alors jamais consulté le moindre praticien de médecine alternative. À l'instar de ses parents, elle s'en remettait strictement à son médecin. Au final, elle ne s'y essaye cependant que *« deux ou trois ans »* plus tard, après avoir fait la connaissance de Magali, sa première amie étiopathe. C'est cette dernière qui, devinant ses problèmes de santé, lui explique que l'étiopathe peut intervenir pour ce type de problème. Elle lui propose alors ses services.

« Comme j'étais malade à peu près tous les mois, inévitablement, à force de se voir, elle a bien compris que j'étais malade. [...] Elle m'a dit "oh ben si tu veux, je peux peut-être voir". Je lui ai dit "ah ben tu soignes ça ?" Ce qui me paraissait complètement hallucinant ! Et elle me dit "ben oui". Je me suis tâté parce que voilà... Puis je suis allée la voir.

En fin de compte, l'étiopathe traite ces cystites en l'espace de trois séances. Au moment de l'entretien, soit environ un an après, Ariane n'a connu aucune rechute.

Le cas d'Ariane présente une configuration légèrement différente de M. Nanterre mais illustre tout aussi bien le décalage entre le point de vue médical et le point de vue profane. Ici, l'intervention médicale (le traitement médicamenteux) n'est pas complètement impuissante : elle permet de

« contenir » l'affection et de prévenir une éventuelle aggravation²⁷². Dès lors, malgré les récurrences ou la consommation quasi-permanente de médicaments, le « contrat médical » semble être rempli, au moins dans un premier temps (un premier temps qui s'étale sur de nombreux mois).

Chloé est une assistante de communication et commerciale de 26 ans exerçant dans le secteur public, titulaire d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus, en passe de devenir mère (au moment de l'entretien, elle entamait son arrêt de travail pour grossesse). Elle est fille d'un « responsable qualité dans la chaussure » et d'une « hôtesse d'accueil secrétariat en mairie ». Sa réponse à la (seule) question ouverte du questionnaire – qui porte sur « les avantages de l'étiopathie par rapport à la médecine classique » – est révélatrice du caractère chaotique de son parcours thérapeutique : « Elle soigne et comprend tout sans prendre un seul médicament. Jamais mon étiope ne m'a dit que mes soucis de santé étaient "dans ma tête" ou seraient impossibles à soigner contrairement aux autres médecins. Il y a toujours une explication ». Au début de l'entretien, Chloé affirme d'emblée représenter « un cas à part : elle présente depuis le collège des symptômes caractéristiques de la maladie de Crohn, sans pour autant être atteinte de cette maladie. Elle consulte d'abord des médecins, notamment un gastro-entérologue (on lui fait passer une fibroscopie et une coloscopie en 2005) ainsi qu'un allergologue, sans succès. Parallèlement, les diverses « poudres » et restrictions alimentaires n'améliorent en rien son état. Ainsi les médecins ont-ils commencé à suggérer l'étiologie psychologique. « Il y a beaucoup de médecins qui disaient "c'est dans la tête" », explique-t-elle. Un généraliste (qui n'était pas encore son médecin traitant à l'époque, et qui lui avait été conseillé par sa grand-mère²⁷³) finit d'ailleurs par lui prescrire des anti-dépresseurs. Elle ne les prit toutefois « qu'une semaine ou deux », son pharmacien lui ayant affirmé que « ce n'était pas sérieux de prendre ça à son âge ».

Lorsqu'elle commence à gagner son propre argent grâce à ses emplois étudiants, Chloé décide de consulter d'autres thérapeutes. En désespoir de cause, elle se rend d'abord chez un biomagnétiseur, en compagnie de sa mère et sur les conseils de celle-ci (elle achète des produits naturels auprès de la femme de ce praticien). « On ne sait jamais », résume-t-elle, résolue.

« Le biomagnétisme c'était 80€, j'en ai fait trois [séances]. Il me jetait des ondes négatives dans des poubelles imaginaires (sur un air moqueur). Je me suis dit "nan mais il est fou... Il est fou !" Mais après je me suis dit c'est un peu dommage d'en avoir fait une sachant qu'il en faut une autre pour que ça fonctionne bien... Et au final j'en ai fait une troisième aussi, et... Non. »

Elle consulte ensuite un ostéopathe ; seule cette fois (« c'est plus connu [l'ostéopathie], tout le monde disait que ça pouvait faire du bien »). Elle effectue plusieurs séances – elle ne peut dire combien précisément, celles-ci remontant à plusieurs années – mais rien n'y fait. Enfin, elle s'essaye à la réflexologie plantaire sur les conseils de sa tante, mais elle finit par arrêter, les soulagements s'avérant trop éphémères (elle devait y retourner tous les mois). En l'absence de résultat, sa famille finit par s'en remettre, à la longue, au diagnostic médical :

CHLOÉ : « Même mes parents hein : "oui, c'est dans ta tête"... J'ai jamais été vraiment trop prise au sérieux. Y a vraiment que [l'étiopathe] qui... Ben il voit ce que j'ai, donc du coup il me rétablit ça tout de suite et... Et ça fait plaisir d'avoir un spécialiste qui dit "non c'est pas

272 La cystite peut par exemple dégénérer en une affection du rein : la pyélonéphrite.

273 Il devint son médecin traitant suite à son déménagement. D'après Chloé, « c'est très difficile de trouver un médecin sur [sa commune] ».

dans votre tête, je vois ce que vous avez". D'être comprise, c'est rare.

ENQUÊTEUR : *Le fait que "ce soit dans votre tête", c'est quelque chose qui vous avait clairement été signifié ?*

CHLOÉ : *Ah ouais ouais ! Ah ouais "c'est le stress, vous êtes quelqu'un d'émotive... Donc les femmes ont souvent ce genre de maladies, colopathies fonctionnelles machin..." Ouais, enfin au bout d'un moment heu... »*

Chloé entend parler de l'étiopathe deux ans avant l'entretien, via son compagnon, après qu'un ami de ce dernier eût été soigné par ce praticien, également pour des problèmes de digestion.

« [L'étiopathe] c'est le premier qui m'a pas dit que c'était impossible à soigner. C'est le premier aussi qui m'a pas dit que c'était dans ma tête. Et j'ai pas eu d'interdictions alimentaires alors que les autres c'était "plus de laitage, plus de yaourts classiques..." Et du coup j'ai eu une consultation avec lui et y a eu du mieux tout de suite en fait. C'était la première fois. Et quand ça re craque – parce que le dos et les intestins c'est lié selon lui – eh ben j'y retourne. Tous les cinq mois à peu près. »

Par la suite, la tante de Chloé lui conseille encore la sophrologie pour ses problèmes de ventre, mais elle n'en fait rien, pour des raisons économiques et parce qu'elle estime aller mieux : *« On peut pas tout faire non plus et bon, je me plains pas non plus quoi. Ça va quand même beaucoup mieux qu'avant ».*

Contrairement aux deux cas exposés précédemment, celui de Chloé présente l'originalité de faire apparaître de façon très nette la « psychologisation » des troubles dont elle est atteinte, du fait de l'incapacité des médecins à leur déceler une origine organique. Cette tendance, comme on le verra au prochain chapitre, se retrouve en filigrane – quoique de façon plus ou moins explicite selon les cas – dans la prise en charge des pathologies dites « fonctionnelles », face auxquelles les professionnels de santé se trouvent souvent démunis, et qui sont parfois clairement qualifiées de « psychosomatiques ».

1.2. La non-urgence « lassante » :

Nadine, 41 ans, mariée et mère de deux enfants, est une ancienne préparatrice en pharmacie (titulaire d'une mention complémentaire et d'un brevet professionnel de préparation en pharmacie), désormais responsable chez Lidl. Son père était conducteur de bus, et sa mère employée libre service. Elle souffre de douleurs cervicales depuis « *une dizaine d'années* ». Celles-ci sont dues, selon elle, à son rythme de travail :

NADINE : *« On fait tout, tout non-stop en fait. Et on voit pas les journées passer hein. Le corps est vraiment sollicité de A à Z toute la journée.*

ENQUÊTEUR : *Vous m'aviez dit que vous étiez responsable du coup ? En quoi ça consiste ?*

NADINE : *Nous on est plus sur le terrain en fait. C'est-à-dire qu'on fait toutes les détails, le frais, les commandes, la gestion du magasin, la gestion des caissières... tout. Sauf que du*

coup maintenant, plus ça va, plus les Lidl font du chiffre, plus les caissières sont sollicitées à ne rester qu'en caisse, donc elles n'ont plus le temps, elles ne peuvent même plus sortir de caisse pour faire la détaille, ce qui fait que nous, en plus de notre job, on fait toute la détaille des filles. C'est ce qu'on disait au chef : on fait notre job et on fait celui des caissières donc heu... voilà. Par contre on n'est pas payés double hein, je précise ! »

Nadine, qui semble beaucoup s'investir dans son travail, estime que c'est « *une bonne chose* » d'être aussi polyvalente. Elle précise néanmoins qu'il est préférable de « *ne pas trop s'écouter* ». Elle affirme d'ailleurs ne s'être jamais mise en arrêt (« *il faut vraiment que je sois à l'article de la mort pour me mettre en arrêt* »). Pour ses douleurs aux cervicales, elle commence par suivre des traitements de kinésithérapie, mais leur efficacité se révèle de courte durée. « *Toutes les semaines, ça a duré des années, ça va quoi. Ça fait du bien sur le coup, mais euh... Je veux dire le lendemain hop ! C'est reparti !* ». Elle s'en retourne alors vers son médecin :

« Je suis retournée voir le médecin je lui ai dit "bah je vais pas passer mon temps à aller chez le kiné quoi ! il doit bien y avoir quelque chose de bloqué !" Alors il regardait, j'ai eu quelques temps un peu d'anti-inflammatoires. Mais bon, les anti-inflammatoires... Enfin moi je suis anti-médicaments déjà donc euh... J'ai travaillé huit ans en pharmacie du coup c'est vrai que je suis pas trop pour les médicaments. Du coup il m'a parlé de l'ostéopathie – le kiné aussi m'en avait parlé, parce qu'il était aussi ostéopathe en fait – donc on a attaqué sur les séances. Donc j'ai fait les séances d'ostéopathie régulièrement, toutes les semaines pendant... ouais, presque six mois²⁷⁴. Mais c'est pareil quoi, je veux dire deux trois jours après c'était reparti. Ça durait pas dans le temps en fait. »

Suite à ce traitement ostéopathique, Nadine ne consulte aucun autre praticien et ne cherche pas d'autre solution, résolue à vivre avec cette douleur qu'elle assimile davantage à une « *gêne* ». « *Je vivais avec. Je me couchais avec, je me réveillais avec, et puis c'est vrai qu'on s'habitue quelque part à la... Enfin au mal euh... c'est mal mais en même temps c'est plus de la gêne quoi. Je veux dire il y a beaucoup plus grave dans la vie aussi hein* ».

Une année plus tard, elle entend parler de l'étiopathie par l'intermédiaire de son beau-frère. Couvreur bardeur de métier, celui-ci éprouve régulièrement des douleurs dorsales. « *Ça lui arrivait souvent de rester coincé [explique Nadine]. Et il passait son temps sous anti-inflammatoires, médecin, séances de kiné, ostéopathie...* » Il découvre l'étiopathie quelques années plus tard, et obtient de bien meilleurs résultats : « *là du coup il y va deux fois par an. Pour faire une vérification et tout, mais du coup euh... c'est drôlement mieux quoi !* »

Pour Nadine également, l'intervention de l'étiopathe se révèle très efficace ; elle la qualifie d'ailleurs de « *radicale* ». « *On ne perd pas de temps [précise-t-elle]. Je veux dire c'est réparé directement, entre guillemets. On passe pas par une semaine où on a tout le temps mal, par des médicaments, par euh... voilà quoi* ». Aujourd'hui, et depuis environ quatre ans, Nadine déclare se rendre chez l'étiopathe « *tous les trois quatre mois à peu près* ».

Le cas de Nadine met en relief deux caractéristiques récurrentes du marché de la non-urgence, fréquemment observées chez les enquêtés : l'efficacité (très) temporaire des traitements médicaux et paramédicaux et l'impossibilité de multiplier indéfiniment les recours d'une part (contrairement à Ariane qui, elle, pouvait consommer des antibiotiques chaque jour, Nadine ne peut se rendre en permanence chez le kinésithérapeute ou l'ostéopathe), et la résolution à « *vivre avec* » ce qui est

²⁷⁴ Pour limiter les dépenses, Nadine put bénéficier des remboursements prévus pour son époux et ses enfants, soit 1 séance par membre de la famille (époux et enfants) par an.

davantage dépeint comme une « gêne » que comme une « douleur » (ou, à plus forte raison, que comme une « maladie »). Jusqu'à ce qu'elle se résolve à consulter un étiope, cette « gêne » quasi-permanente était vouée à demeurer dans l'invisibilité la plus stricte.

—

Mme Ayrault, mariée et sans enfant, est une soigneuse animalière de 29 ans (en recherche d'emploi au moment de l'entretien), titulaire du baccalauréat et pratiquante d'équitation. Depuis qu'elle « a commencé à travailler debout » (à « faire autre chose qu'être étudiante »), soit depuis une dizaine d'années, elle se dit régulièrement atteinte de douleurs articulaires. « C'était pas catastrophique mais euh... Pendant une époque [ça l'était] un petit peu plus. Donc voilà, c'était assez pour que je me dise "c'est quand même bizarre" ». En entretien, elle critique l'attitude de ses médecins traitants successifs face à ce type de douleurs :

MME AYRAULT : « [L'étiope] a un espèce de squelette [en plastique]. Je trouve ça génial parce que voilà, on s'intéresse un minimum quand même à son fonctionnement, et c'est vrai que souvent j'avais demandé des précisions, soit au médecin généraliste, soit euh... Et pffff, c'est... [bruit signifiant "non"]. Alors que lui il prend le temps.

ENQUÊTEUR : Le généraliste, c'est qu'il ne prenait pas le temps ?

MME AYRAULT : Bah ça n'aboutit pas et... ou alors c'est très très très succinct.

ENQUÊTEUR : C'est le sentiment que ça va trop vite ? Ou alors c'est que finalement il sait pas trop... ?

MME AYRAULT : Il sait pas trop. Et les deux ou trois généralistes que j'ai eu en médecins traitants, j'ai été déçue quand même hein.

ENQUÊTEUR : Pour des problèmes de dos également ?

MME AYRAULT : Pas que, pas que... De manière générale. C'est soit une... Pfff... Des petites douleurs par-ci par-là, et il va pas creuser : "ah bah c'est Efferalgan !". Oh bah super quoi... Vraiment ça... ça m'énerve. »

Au détour d'une visite chez son médecin traitant pour un tout autre problème²⁷⁵, Mme Ayrault évoque une douleur au coude survenue quelques jours avant, lors de travaux domestiques. En découle l'anecdote suivante :

MME AYRAULT : « J'ai une petite anecdote qui m'a fait rire, il y a pas très longtemps, justement avec un médecin généraliste : je faisais des travaux chez moi, j'ai beaucoup tapé au marteau pour des carrelages et tout ça, et au bout d'un moment j'ai commencé à avoir très mal. Donc j'ai une douleur qu'est apparue et j'ai pas compris, j'avais jamais eu ça, au coude en dessous, là. Donc bon, avant de [faire] quoi que ce soit, j'en ai parlé au généraliste et puis il se trouvait qu'elle avait un étudiant avec elle en fait, qu'était en stage ou je sais pas quoi. Du coup je lui en ai parlé elle me dit "ah oui tiens à ce niveau-là c'est assez étonnant, c'est pas habituel parce que d'habitude je sais pas quoi, c'est une tendinite... Bon, là on va voir, on va vous donner des Efferalgan, machin...". Et puis là c'est son stagiaire qui prend la parole et qui dit "vous avez mal à ce niveau-là vraiment ? Vous avez pas fait des travaux récemment chez vous ou quelque chose ? Un geste répétitif ?" Je dis "bah si". "Ah bah vous devez avoir le nerf je sais pas quoi, la bride coincée. Ça arrive. Bon, faut quand même surveiller." La généraliste elle était là... Bon... J'étais... scotchée quoi !

275 Madame Ayrault doit consulter son médecin traitant tous les trois mois pour une maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux. Elle n'a pas souhaité parler de cette pathologie, mais elle m'a assuré qu'elle n'avait « rien à voir » avec le champ de compétence de l'étiope.

ENQUÊTEUR : *C'était peut-être un très très bon stagiaire !*

MME AYRAULT : *Peut-être effectivement oui, mais bon enfin moi je trouve que c'est... (silence)*

ENQUÊTEUR : *...ça met pas en confiance ?*

MME AYRAULT : *Non, et puis je pense que les généralistes d'avant n'auraient pas su davantage. Voilà, c'est ça qui m'embête. »*

Aujourd'hui, Mme Ayrault s'en remet donc à l'étiopathe pour ces douleurs récurrentes liées au travail. S'il lui arrive de le consulter à la suite de légers accidents (comme une chute de cheval), elle explique qu'« *en règle générale, [elle y va] quand même une à deux fois par an sans avoir besoin de [se] faire mal quelque part. C'est sciatique et compagnie* », résume-t-elle.

Tandis que le cas de Nadine (tout comme ceux de M. Nanterre et d'Ariane) évoquait plutôt la relative inefficacité des traitements médicaux, ce qui ressort de l'expérience de Mme Ayrault, c'est d'abord l'attitude des professionnels face à ses problèmes, qu'elle juge dédaigneuse. En somme, l'enquêtée a le sentiment que les médecins ne cherchent pas réellement à comprendre les maux dont elle est atteinte. En définitive, ces troubles dont elle dit elle-même que « *c'était pas catastrophique* », relèvent exclusivement de la compétence de l'étiopathe.

—

M. Rimbaud, marié et père d'un enfant, est un ingénieur de 63 ans travaillant pour une entreprise fabriquant du textile (à deux mois de la retraite). Son père était conducteur de train, et sa mère sans profession. Au moment de l'entretien, il souffre d'une sciatique – survenue peu après un « *long voyage en voiture* » – depuis un peu plus de deux ans. Il a consulté son médecin traitant (un généraliste) « *dès qu'il a eu mal* ». La première visite donne lieu à une prescription d'anti-inflammatoires. Les douleurs réapparaissant sitôt le traitement terminé, son médecin lui prescrit une radiographie, sur laquelle on pouvait voir « *une usure du corps, un embryon de signes négatifs* ». Ces premiers signes débouchent sur la prescription d'un IRM et d'anti-inflammatoires dont l'efficacité, à nouveau, cesse sitôt le traitement terminé. Pendant cette période, M. Rimbaud consulte un premier kinésithérapeute qui lui laisse une impression mitigée : « *Il y a un peu une usine à kinés. Chacun son box, le gars il te cause même pas et crac crac, il te fait un quart d'heure de trucs et c'est fini. Donc j'ai pas trouvé, globalement, entre l'accueil, la prestation, le service... Voilà, vraiment pour moi ça m'a pas fait grand-chose* ». Parallèlement, M. Rimbaud fait « *une ou deux séances maximum* » chez un ostéopathe qui l'avait déjà soigné auparavant pour « *des maux de dos classiques, type cervicales, torticolis et des choses comme ça* », qu'il associe à ses déplacements professionnels fréquents. Il démarre également un traitement en acupuncture et en homéopathie auprès d'un autre médecin, mais envisage à présent d'arrêter, faute de résultats. Au final, de ce second médecin, M. Rimbaud retient surtout les conseils en matière d'étirements : « *c'est sûrement ça qui m'a fait le plus de bien, dans tout ce parcours. Et ça je le fais pratiquement depuis plus d'un an tous les jours, tous les matins. C'est ça qui rend la vie... qui me déverrouille le matin, qui me fait passer une bonne partie de la journée.* »

À la fin de l'année 2014, M. Rimbaud consulte encore deux rhumatologues sur prescription de son généraliste ; le premier à Cholet, le second à Nantes. « *Parce qu'à un moment [explique-t-il], on s'est dit que dans la panoplie des outils, il y a l'infiltration ; on parle toujours*

d'infiltration quand on a mal au dos. Bon, ça j'étais loin d'être favorable pour faire ce genre de trucs, mais je voulais me renseigner quand même ». Au final, ses douleurs n'apparaissent pas suffisantes pour envisager un tel traitement :

« C'est-à-dire que moi j'ai un mal de dos qu'est pas chronique, qu'est pas à se rouler par terre. Je vis normalement. Du moment que je ne suis pas trop longtemps assis, ça va. Donc ils me disent "bon bah à la limite il est urgent de rien faire" quoi ! [...] [les rhumatologues] me regardent, "baissez-vous", on regarde un peu la colonne vertébrale, on discute de quels exercices je peux faire ou ne pas faire, ils me donnent deux ou trois exercices à faire, et souvent j'en sors avec une ordonnance pour faire du kiné ».

Une dizaine de mois avant l'entretien, trois événements survenus *« un peu simultanément »* conduisent M. Rimbaud pour la première fois chez un étiopathe : l'expérience rapportée par un collègue de travail, la lecture d'un article dans *l'Express*, et les conseils de son épouse, qui avait elle-même consulté, lui semble-t-il, pour une douleur aux cervicales (elle en était revenue satisfaite). Il effectue deux ou trois séances qui lui laissent une impression positive, moins en raison du traitement de sa sciatique que du traitement d'une douleur au genou survenue entre temps : *« [L'étiopathe] a manipulé, c'est clai ! J'avais notamment ce petit pincement, cette douleur quand j'étais accroupi, et quand j'ai fini [la séance], j'avais plus mal [...] C'est le nerf hein ! Y a pas de mystère ! »*. Quant à son dos, M. Rimbaud estime que les manipulations de l'étiopathe lui firent *« régresser »* ses douleurs, ce qui lui permit *« d'avoir eu un bon été »*, sans pour autant le soulager complètement.

Au moment de l'entretien, M. Rimbaud consulte d'ailleurs un second kinésithérapeute, plus compétent que le premier selon lui :

« Il me manipule peut-être pas moins de la demi-heure grosso modo, et après il me remet un truc qui fait du chaud. Et là pendant ce temps-là, il a pris un autre client. Donc il a deux box dans sa maison, il alterne sur deux patients en même temps, mais là j'ai affaire à quelqu'un de bien. Pourquoi c'est bien ? C'est pas seulement parce qu'il a une bonne tête ou une mauvaise tête, c'est tout simplement parce qu'à un moment donné je sens que je suis moins raide, ça va mieux. Et il va en douceur, mais c'est efficace. »

Malgré *« l'efficacité »* de ce kinésithérapeute, la consommation de paracétamol de M. Rimbaud tend à s'accroître : hebdomadaire quelques mois plus tôt, celle-ci tend à devenir quotidienne.

À l'instar des enquêtés précédents, M. Nanterre s'est heurté à l'inefficacité des traitements médicaux. Toutefois son cas met encore en relief un autre cas de figure : celui où une solution thérapeutique existe (au moins potentiellement, en l'occurrence l'infiltration) mais s'avère finalement indésirable compte tenu de la bénignité de l'affection en cause et des effets secondaires potentiels. Confrontés à *« un mal de dos qu'est pas chronique, qu'est pas à se rouler par terre »*, et qui permet de vivre *« normalement »*, patient et médecin optent pour le *statu quo*, le traitement médical ne devenant véritablement une option qu'en cas d'aggravation.

1.3. L'urgence professionnelle :

Je vais à présent exposer successivement le cas d'Étienne, un ouvrier, et le cas des Neville, un couple d'agriculteurs exploitants. Ces derniers ont en commun d'exercer un métier physiquement éprouvant et qui engendre des troubles spécifiques, susceptibles de nuire au maintien de l'activité.

Étienne est opérateur sur ligne ; il fait les 3*8 sur un mélangeur dans une entreprise productrice de PVC. Âgé d'une quarantaine d'années, il est père d'une jeune fille de 11 ans et vit en union libre avec une aide-ménagère, elle-même mère d'un jeune garçon²⁷⁶. Il raconte avoir « *toujours plus ou moins mal au dos* » depuis une dizaine d'années. Selon lui, ces troubles sont liés en grande partie à son travail²⁷⁷ : « *Il y a du port de charges déjà. On porte des sacs qui font 25 kilos, qu'on met dans un espèce de gros mixeur. Il y a des nettoyages de machines où on n'est pas forcément dans des positions très confortables, tout ça c'est pas forcément l'idéal pour le dos. Il y a pas mal de chariots élévateurs, donc c'est très nocif pour le dos aussi à ce qu'on m'a dit, les montées, descentes, et puis les secousses* ». Ces sacs de 25 kilos, Étienne doit en mettre 18 dans sa machine tous les trois quarts d'heure. « *Et encore, précise-t-il, il y a des mélanges où on fait plus de sacs que ça* ». Au départ, il se fait « *remettre le dos* » par son médecin généraliste qui le soigne depuis l'enfance (il ne se rappelle pas si celui-ci avait une quelconque qualification « d'ostéopathe » ou autre). « *C'était un bon docteur* » assure-t-il, bien qu'il estime les manipulations de ce dernier « *beaucoup plus brutales* » que celles de l'ostéopathe qu'il consulte par la suite, alors que son omnipraticien est parti en retraite. Étienne s'en remet à cet ostéopathe « *sur les conseils de sa famille* », avant même de consulter un autre médecin. Les consultations de ce dernier ont systématiquement constitué un dernier recours, lorsque Étienne « *ne peut plus rien faire* » malgré une première consommation de médicaments.

« J'y vais pas régulièrement [chez l'ostéopathe] hein, c'est quand j'ai mal au dos et puis que je peux... Parce que j'ai fait plusieurs lombosciatiques, dont une fois où je pouvais plus du tout bouger. Donc là j'avais été le voir, il m'avait pris en urgence parce que je pouvais plus me lever ni rien, je pouvais même pas conduire, donc c'est quelqu'un qui m'avait emmené. Donc après, vous dire j'y vais tous les combien de temps, je peux pas du tout, parce que... J'y vais pas du tout régulièrement comme des fois il conseille, du genre "faudrait revenir me voir dans six mois ou..." [...] Ça m'est arrivé aussi d'avoir mal au dos et de pas aller chez l'ostéopathe. J'ai pas forcément le temps ou je prends des médicaments et puis ben ça se remet, ou la douleur disparaît, je sais pas trop. Là quand je vais chez l'ostéopathe c'est vraiment que ça me gêne trop et que je peux plus rien faire quoi. »

En définitive, chaque séance d'ostéopathie fut suivie d'une consultation chez son nouveau

276 Lorsqu'il remplit le questionnaire, Étienne alterna des réponses lui correspondant avec des réponses correspondant à sa fille. Ainsi, à la question sur le métier des parents, il précisa son propre métier et celui de son ancienne compagne, ce que je n'ai réalisé qu'après l'entretien.

277 Étienne soupçonne également son passage à l'armée (à la fin des années 1990) d'avoir favorisé l'apparition de ces douleurs. « *Je bossais à l'époque et puis je savais pas trop quoi faire, ça me faisait chier entre guillemets d'aller faire l'armée pendant dix mois. Et donc j'avais décidé d'essayer de faire quelque chose avec l'armée alors j'avais été à un stage de préparation parachutiste. Et après je me suis engagé, j'ai fait 24 mois. Un Volontariat Service Long ça s'appelait à l'époque. C'était pour gagner un peu de sous aussi parce que sur les dix mois on avait 500 francs par mois, mais moi je bossais à l'époque, donc j'avais déjà un petit train de vie organisé quoi. Donc je pense ça y a fait aussi pour le dos, c'est pas terrible quoi. [...] En général on s'écrase bien par terre, de nuit c'est encore pire parce qu'on voit rien... Et puis on monte sur des murs qui font deux mètres de haut puis on apprend à chuter en fait, on saute en arrière, ils nous apprennent à faire des roulades... »*

médecin traitant, afin que ce dernier délivre un arrêt de travail. « *De tout façon [l'ostéopathe] conseille du repos [précise Étienne]. Il m'a conseillé d'aller voir mon docteur pour avoir un arrêt sinon... C'est même lui qui m'a dit "ça peut re sauter demain..."* ». La première fois, son médecin traitant, un généraliste qui, contrairement au précédent, n'effectue aucune manipulation, lui prescrit des séances de kinésithérapie qui s'étalent sur plusieurs semaines. Mais, comparativement aux séances d'ostéopathie, Étienne estime que celles-ci n'offrent qu'un soulagement relatif. « *Je vais pas dire que ça m'a pas fait de bien [explique-t-il], mais de là à ce que... La preuve : quand je me re démetts quelque chose, c'est que c'était peut-être pas suffisant* ». Au final, il estime que les séances chez l'ostéopathe, en plus d'être moins chronophages, sont « *plus soulageantes sur le coup* ». Par la suite, Étienne ne suit plus de traitement de kinésithérapie. Chaque fois qu'il se met en arrêt, Étienne se voit néanmoins contraint de limiter son temps de repos : « *le souci c'est que là [le docteur] m'avait conseillé de prendre trois semaines. Et ben j'ai pas pris trois semaines... Parce que financièrement y a quand même un manque à gagner quoi. Donc j'ai pris une semaine. Normalement un lumbago il m'a dit c'est trois semaines de repos. [...] Puis après au boulot, bah vous savez bien... Je sais qu'au boulot ils aiment pas quand on est en arrêt donc heu... Ils ont rien à dire normalement mais bon... Les réflexions ça va bien...* » Bien qu'Étienne ait parlé de ses problèmes au médecin du travail (qu'il consulte tous les six mois), ces visites « *ne servent pas forcément à grand-chose* » selon lui, et n'ont aucunement impacté ses conditions de travail. Il estime par ailleurs que les conseils prodigués lors des formations en gestes et postures sont incompatibles avec les exigences du travail. « *C'est de la connerie leurs trucs. Tu peux pas travailler comme ça. Il faudrait, mais tu perds un temps fou quoi ! Moi je les mets au défi d'aller travailler comme ça une journée !* » Au moment de l'entretien, Étienne n'a consulté l'étiopathe qu'une seule fois, une dizaine de mois plus tôt. Il souffrait alors à nouveau de ses maux de dos. Sa fille se plaignait également de douleurs similaires ainsi que de troubles digestifs. Cette dernière avait déjà consulté un médecin, mais il n'avait « *rien vu de spécial* » et s'était contenté de prescrire du Spasfon. Étienne tente donc de prendre un rendez-vous chez son ostéopathe, pour lui-même et sa fille, mais celui-ci affiche complet et ne peut les recevoir avant plusieurs jours. Son amie lui parle alors de son étiopathe, qu'elle a consulté à plusieurs reprises pour son fils (pour « *des diarrhées des trucs comme ça* », ou encore lorsqu'il était « *tout le temps enrhumé l'hiver* »). Il peut cette fois obtenir un rendez-vous dans la semaine. Étienne se dit satisfait de sa séance chez l'étiopathe (il « *n'a rien à dire* »), quand bien même celle-ci se révèle beaucoup plus rapide que chez l'ostéopathe. Par la suite, il fait à nouveau appel à son ostéopathe habituel. « *J'ai même pas pensé à appeler plus l'étiopathe que l'ostéopathe [explique-t-il]. J'ai réagi comme ça quoi, je me suis pas dit "tiens je vais plutôt aller à [la commune où exerce l'étiopathe] que..."* ». Cette spontanéité à se rendre chez l'ostéopathe, consulté depuis maintenant plusieurs années pour le même problème, dénote un sens pratique – soit « *ce qui permet d'agir comme il faut sans poser ni exécuter un "il faut" (kantien), une règle de conduite* » (BOURDIEU, 2003, p. 201) – dans l'orientation vers tel ou tel praticien.

En définitive, pour Étienne, la consultation de l'étiopathe (ou, généralement, de l'ostéopathe) répond à la nécessité de reprendre rapidement l'activité en raison du « *manque à gagner* » et des « *réflexions* » de ses collègues. Le rôle du médecin se limite pratiquement à celui de prescripteur d'arrêts de travail et, accessoirement, d'anti-inflammatoires, la kinésithérapie s'étant révélée trop peu efficace tout en nécessitant plusieurs séances. Quant à son expérience de la médecine du travail, elle ne fait que confirmer les observations de Daniel Bachet sur son « *incapacité à produire un ensemble*

d'actions cohérentes au regard des objectifs affichés », à savoir préserver la santé au travail (BACHET, 2011). Au final, Étienne dit retourner chez l'ostéopathe en moyenne une fois par an.

Les Neville sont un couple de producteurs de lait âgés d'une cinquantaine d'années, autrefois éleveurs de porcs. Les parents de Monsieur étaient tous deux agriculteurs, quant à ceux de Madame, ils étaient respectivement plombier-chauffagiste et femme de ménage (tous deux salariés). Les Neville sont parents de quatre enfants, dont des jumeaux (l'aîné ayant 22 ans). M. Neville ne s'est jamais mis en arrêt ; quant à Madame, elle fut arrêtée une fois, « de force », suite à une fracture de fatigue :

« Pour ne pas que je pose le pied par terre heu... On m'a pas laissé le choix [explique-t-elle]. Au bout d'un an où je voulais pas m'arrêter, l'orthopédiste a dit "le seul moyen de vous arrêter Mme Neville, ça va être de vous plâtrer". J'avais mal pendant dix mois mais bon, j'avais pas consulté et [...] l'étiopathe me soignait quand je lui disais que j'avais mal à mon talon et à mon pied, et on pensait pas du tout que c'était une fracture de fatigue. »

Aujourd'hui, alors qu'elle ressent une douleur similaire à son autre pied, Mme Neville se garde bien d'en parler au médecin pour l'instant, de peur d'être de nouveau mise en arrêt. *« C'est parce que j'ai pas envie d'être à nouveau arrêté de suite. Quand on se retrouve cloîtrée deux mois dans la maison à rien pouvoir faire alors qu'on est quelqu'un d'assez actif, je préfère m'y préparer psychologiquement. »*

En somme, l'existence du couple est largement orientée par le travail et, par conséquent, les recours à l'étiopathe comme au médecin s'inscrivent systématiquement dans la perspective de limiter l'arrêt de l'activité. L'étiopathe est ainsi devenu le premier praticien consulté pour le traitement de divers maux articulaires – essentiellement du dos – dont les Neville se disent régulièrement atteints. Il estiment voir ce praticien « *trois ou quatre fois dans l'année chacun* ». Parallèlement, pour ce type de trouble, « *les trois quarts du temps* », le médecin n'est pas consulté, les Neville ne faisant appel à lui que s'ils estiment qu'un anti-douleur est nécessaire à l'intervention étiopathique. Du reste, en cas de pathologie, M. Neville affirme attendre que son état s'aggrave avant de consulter le médecin afin d'accéder directement à un remède « efficace », et éviter ainsi de perdre du temps avec une seconde consultation.

MME NEVILLE : *« On va chez le médecin parce qu'il faut absolument l'anti-inflammatoire, parce que l'étiopathe pourrait même pas me toucher. [À son mari] Toi pareil. Mais au bout de trois jours d'anti-inflammatoire, on va voir [l'étiopathe] et on est dépliés et on va au boulot.*

M. NEVILLE : *C'est pas 15 jours ou 3 semaines...*

MME NEVILLE : *On peut pas se permettre de prendre [que] des médicaments euh...*

[...]

M. NEVILLE : *La profession en agriculture, quand tu vas chez le médecin, t'y vas pas parce que t'as le nez qui coule. Quand on va chez l'étiopathe c'est pas pour le petit doigt qui coince quoi... En général c'est... C'est pas pour rien en fait.*

MME NEVILLE : *Et elle le sait de toute façon le docteur, quand elle nous voit arriver elle dit "ah, qu'est-ce qui vous arrive ?". Et quand on lui dit "ben oui ça fait déjà huit jours que ça tourne quoi..."*

M. NEVILLE : *Et même ça les inquiète ouais, parce que ça fait déjà quelques temps qu'on a quelque chose ou qu'on a mal.*

MME NEVILLE : *On est assez pénibles là-dessus. Toi t'y vas parce que t'es bronchiteux et que tu vois que la toux commence à s'infecter, et que tu dors plus trop la nuit. Donc là on sait qu'il va revenir avec l'antibiotique, mais bon ça fait déjà huit ou quinze jours que ça tousse.*

M. NEVILLE : *Je gagne du temps avec mon médecin, parce que quand je suis comme ça, elle me donne ce qu'il faut ! Parce que quand t'y vas au début que t'es... [imite une légère toux], ben huit jours après tu y retournes... Je lui dis "vous me connaissez : je vais pas revenir trois fois". Y a des patients qui viennent parce que ça leur fait une occupation dans la semaine. J'exagère, mais bon... Y a des gens c'est pas possible, c'est toutes les trois semaines, si il n'y vont pas, c'est une catastrophe ! »*

[...]

M. NEVILLE : *On n'aime pas aller chez le médecin. J'aime pas aller chez l'étiopathe moi ! J'y vais parce que j'ai besoin ! J'y vais pas parce que le gars est sympa ou je sais pas quoi.*

MME NEVILLE : *Même si on a une bonne relation, on n'y va pas par plaisir... Quand on y va c'est... parce qu'on peut plus. »*

Dans l'extrait suivant, M. et Mme Neville expriment successivement leur rejet des soins d'un ostéopathe, de l'acupuncture et de l'homéopathie (que Madame utilisait en l'occurrence pour les enfants en bas âge), trois formes soins qu'ils jugent « trop douces ».

MME NEVILLE : *« Je suis ressortie au bout de 45 minutes, et j'ai dit à mon époux "vite je reprends rendez-vous chez l'étiopathe", parce qu'il ne m'avait rien fait... Parce que moi quand on y va pour le dos c'est qu'il y a une vertèbre qu'est déplacée quoi, on le sent, je veux dire on n'y va pas pour le petit bobo ! Et nous dans le métier qu'on fait, faut que ce soit remis tout de suite quoi, on va pas se traîner à porter les seaux les trucs les machins... On n'a pas d'arrêt maladie, nous faut que ça urge !*

M. NEVILLE : *On peut pas être trois semaines arrêtés. Sur la durée peut-être qu'ils y arriveraient quoi, mais nous sur l'immédiat l'étiopathie est mieux.*

[...]

ENQUÊTEUR : *Et comment vous en êtes venus à essayer l'acupuncture ? C'est votre médecin qui vous en a parlé ?*

MME NEVILLE : *Non, c'est le bouche à oreille hein, quand tout le monde en parle, "tiens t'as pas essayé l'acupuncture... ?", donc heu... Ben voilà, c'est tout.*

M. NEVILLE : *Après ça aurait pu marcher mais bon faut être assidu et à un moment donné t'en as marre...*

[...]

ENQUÊTEUR : *C'est assez... discipliné, l'homéopathie, non ?*

MME NEVILLE : *Oui, très. Et sinon après y avait beaucoup d'oligo-éléments aussi, par petites ampoules, c'était des cures en fait quoi.*

M. NEVILLE : *C'est pas pour moi ça. Au bout de trois jours je... [signe "j'arrête"] »*

Contrairement à Étienne qui, à l'occasion, peut bénéficier d'une mise en arrêt, pour ces agriculteurs le maintien de l'activité est un impératif absolu. L'étiopathe prend une place d'autant plus grande dans leur recours au soins. Les autres thérapeutiques, quoique potentiellement efficaces à terme, sont finalement exclues de par la nécessité d'un soulagement rapide.

Cette « urgence professionnelle » mérite une attention spécifique dans cette étude du recours aux soins étiopathiques. En effet, parmi les 1114 répondants au questionnaire, près de 25% déclarent consulter pour un trouble lié en tout ou partie à leur emploi. Parmi eux figurent d'abord des agriculteurs (19 sur les 27) et des ouvriers (47,1%) ; les professions intermédiaires et les cadres et professions intellectuelles supérieures sont, pour leur part, largement protégées, avec respectivement 14,2% et 17,6% de réponses positives. D'une manière générale, l'essentiel des inégalités sociales en matière de santé est imputable au travail (CHANLAT, 1983 ; CAMBOIS ET AL., 2008). Les enquêtes menées par l'INSEE montrent plus spécifiquement que les pathologies « mécaniques » telles que l'arthrose et les douleurs dorsales – sur lesquelles, on va le voir, se positionnent particulièrement les praticiens comme les étiopathes – affectent davantage les ouvriers et les employés (BONNAL ET AL., 2009). Olivier Crasset a également montré que les statistiques relatives à la morbidité des artisans sont largement minorées par un « effet travailleur sain » (CRASSET, 2013)²⁷⁸. Les entretiens montrent que les guérisons proposées par les différents praticiens de santé se conjuguent plus ou moins bien aux nécessités (retraduites en *ethos*) auxquelles sont confrontés les travailleurs. Les étiopathes, eux, présentent l'avantage de permettre à certaines catégories, notamment les ouvriers, les agriculteurs, et probablement certains artisans²⁷⁹, de continuer à faire usage de leur principal outil de travail : leur corps, là où les prescriptions des médecins – généralement des médicaments, au moins dans un premier temps – tendent à apparaître comme une perte de temps. Le recours à ces praticiens doit apparaître d'autant plus idoine que les médecins, peu familiers des conditions de vie de leurs patients, ont tendance à sous-estimer certaines pathologies liées au travail industriel (PENEFF, 2005, p. 98). On peut en outre supposer que le contact régulier des étiopathes avec une clientèle différente de celle du médecin, en l'occurrence

278 Sur le plan physique, les exigences du travail de certains artisans sont telles que seuls ceux qui parviennent à se maintenir en bonne santé restent en activité, les autres étant contraints de se reconverter. Du reste, la culture somatique de ces artisans les incline à ne pas considérer comme des « problèmes de santé » tout un ensemble de troubles corporels.

279 L'usage des soins étiopathiques chez les artisans est l'une des grandes inconnues de notre enquête. Cette lacune a très probablement été favorisée par une faible disponibilité des membres de ce groupe social, couplée à une faible disposition à parler santé (à l'instar des agriculteurs). Seuls 35 enquêtés (3,2%) appartenant à la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » ont répondu au questionnaire, et, comme on le verra plus loin (voir le tableau 9 p. 204) les dossiers des clients n'ont pas toujours permis de déterminer leur statut (indépendant ou salarié). Il y a pourtant tout lieu de penser que cette catégorie est bien représentée parmi les clientèles. Olivier Crasset a en effet montré que le champ de l'artisanat est structuré par la possession d'un capital corporel qui, au fil des carrières, tend à être reconverti en capital social (ce qui permet aux artisans de sélectionner les chantiers les moins pénibles) et en capital économique (à travers l'embauche et l'achat de nouveaux outils de production) (CRASSET, 2017). Ainsi, en début de carrière, le corps de l'artisan se voit particulièrement sollicité, non seulement pour l'apprentissage de tâches spécifiques, mais également pour éviter tout arrêt de l'activité. Celui-ci développe donc une culture somatique valorisant l'effort physique et la résistance à la douleur (y compris, note l'auteur, lorsque l'effort n'est pas spécialement productif : il s'agit, pour le nouvel entrant, de montrer qu'il ne « rechigne pas à la tâche »). Même en fin de carrière, O. Crasset montre que l'artisan n'est pas complètement libéré de la pénibilité dans la mesure où il préfère parfois s'occuper des tâches les plus risquées plutôt que de les confier à ses salariés.

une clientèle qui consulte davantage pour des troubles liés au travail ou à une activité physique, a pour effet d'entretenir et d'accroître leur expertise en la matière – sachant que, comme on l'a vu au chapitre précédent, le champ de compétence de ces praticiens est d'emblée plus restreint que celui du médecin. Ainsi lorsqu'une étiopathe est interrogée sur la présence de travailleurs manuels dans sa clientèle, elle associe rapidement un ou plusieurs types de pathologies au secteur d'activité : « *oui, puis là on est dans le domaine des vignes donc il y a beaucoup de viticulteurs. Donc les mains, le dos...* » (Femme étiopathe, en exercice depuis 4 ans). Un autre, questionné sur la composition socioprofessionnelle de sa clientèle, répond d'emblée en termes de postures : « *Il y a beaucoup de travailleurs manuels, et beaucoup de gens malheureusement... enfin qui ont des mouvements ou des positions qui sont fréquentes. Ce sont des gens qui passent leurs journées assis, ou à genoux, ou debout... J'ai peu de métiers qui font un peu de tout : un peu à genou, un peu... Donc y a pas de métiers qui ressort, par contre y a des catégories de métiers, et notamment des métiers où on est statique* » (Homme étiopathe, en exercice depuis 4 ans). La connaissance du métier se double donc ici d'une connaissance des postures adoptées au quotidien, laquelle peut déboucher, à terme, sur une connaissance de leurs effets pathogènes. Une anecdote mettant en scène ma propre belle-mère témoigne d'ailleurs de cette « culture épidémiologique » des praticiens : professeure des écoles âgée d'une cinquantaine d'années, celle-ci consultait un étiopathe pour la première fois pour une douleur à la base interne du pouce. Perplexe, le praticien lui explique que ce type de douleur se retrouve habituellement chez les personnes pratiquant régulièrement le tricot, ce qui, en l'occurrence, était le cas de sa cliente. L'étiopathe apparaît ainsi comme le praticien d'une médecine populaire par excellence, incapable de prendre en charge des troubles vitaux, certes, mais proches des problèmes que les profanes rencontrent au quotidien, notamment dans le cadre de leur travail.

1.4. La recherche d'un soin efficace : premier moteur du recours à l'étiopathe

Les enquêtés qui viennent d'être présentés ont éprouvé, à leur manière, les limites des soins médicaux. La recherche d'une thérapeutique efficace fut au centre de leur recours à l'étiopathe. Ces parcours révèlent combien les troubles dont ils sont atteints, quoique « bénins », dans la mesure où ils ne constituent pas une menace vitale, peuvent s'avérer gênants voire handicapants, et ceux d'autant plus qu'ils affectent leur existence parfois quotidiennement, depuis plusieurs mois ou plusieurs années. Ils peuvent en outre entraîner une importante consommation de soins (Nadine), de

médicaments (Ariane), ou bien entraver sérieusement le bon déroulement de l'activité professionnelle à plus ou moins long terme (Étienne et le couple Neville). En somme, le seul critère de la gravité « biologique » ne permet pas – ou permet mal – d'apprécier les effets de la pathologie sur le patient. Il arrive alors qu'un fossé se creuse entre le point de vue du médecin, qui n'a rien d'autre sous les yeux qu'un symptôme banal et de peu de gravité comparativement à ce qu'il peut être amené à prendre en charge par ailleurs, et celui du patient, pour qui la « petite douleur » s'est progressivement muée en fardeau. Sophie, par exemple, une comptable de 48 ans atteinte d'un problème gastrique « gênant au quotidien » depuis « six à huit ans », raconte : « C'est comme si euh... Comme si c'était pas pris au sérieux. Une femme de plus de 40 ans c'est assez courant qu'elle ait ce genre de problèmes, donc ben ils se disent – enfin "ils se disent", c'est moi qui dit ça, c'est l'impression que j'ai – "on va lui donner quelques trucs et puis ça ira bien" quoi . J'avais consulté un gastro-entérologue y a longtemps et c'est pareil, il m'avait pas pris au... Enfin j'avais pas eu l'impression d'être prise au sérieux. C'est quelque chose qui est gênant au quotidien, et j'avais pas l'impression qu'en face de moi le toubib il... Ça lui posait pas de problème quoi. » C'est ce même hiatus qui est exprimé par Mme Ayrault lorsqu'elle mentionne ses « petites douleurs » qui ne méritent pas qu'on « creuse » (« ah bah c'est Efferalgan ! »). Les journées d'observation en cabinets ont également donné l'occasion d'entendre plusieurs clients se plaindre de douleurs qui les gênaient depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.

Une femme de 62 ans, retraitée, qui consulte l'étiopathe pour la première fois, dit-elle, sur les conseils de son médecin traitant, car celui-ci « ne sait plus trop quoi faire ». « J'ai toujours un point très haut dans le dos », « insupportable ». « Ça fait des années hein... » Elle explique avoir fait des « crises » et dû se mettre plusieurs fois en arrêt de travail. Auparavant, ces crises finissaient par s'estomper mais, dorénavant, rien n'y fait, pas même les traitements anti-inflammatoires. Le praticien touche un point de sa colonne vertébrale ; la cliente grimace. Il mentionne alors une « dorsale bloquée », et précise qu'il ne semble pas y avoir eu de mécanisme de « compensation », ce qui expliquerait l'intensité et la persistance de la douleur. La cliente ressort du cabinet au bout de neuf minutes.

Un boucher de 35 ans consulte l'étiopathe pour la première fois. Il déclare une douleur au nerf sciatique qui le gêne depuis sept ans. Il explique avoir suivi un ou plusieurs traitements de kinésithérapie, et également avoir consulté un podologue et porté des semelles orthopédiques. Le praticien le manipule au niveau du genou puis au niveau des cervicales. Le client déclare d'emblée une amélioration : « J'ai plus mal », dit-il en effectuant quelques pas, un peu éberlué. Il ressort au bout d'une quinzaine de minutes.

Une femme, d'environ 35 ans consulte pour un « check-up complet », ce qui, contrairement aux apparences, ne renvoie pas à une visite préventive mais bien curative. Elle commence par mentionner une déchirure musculaire au mollet survenue quatre mois plus tôt (sans préciser

ce qu'elle a fait jusqu'ici pour soigner cette blessure), une douleur à l'épaule gauche ainsi qu'une douleur à l'omoplate. Puis elle déclare une infection urinaire récidivante, en précisant cette fois que, « *là, concrètement c'est pas bien, mais je ne vais même plus chez le médecin parce que ce serait antibiotiques tout le temps* ». Elle explique que ces infections urinaires ont débuté quatre ans plus tôt, et qu'elle a connu une période « *tranquille* » d'un an et demi avant que ça ne la reprenne.

Une femme de 47 ans, qui consulte l'étiopathe pour la première fois, déclare plusieurs troubles : elle raconte s'être blessée aux côtes et aux cervicales huit mois plus tôt, mentionne une douleur au talon droit « *venue un matin* », signale un « *souci de jambes lourdes* » et, enfin, ajoute qu'elle est « *de nature à être constipée depuis des années* ».

Chez les enquêtés entendus en entretien, cependant, le sentiment que les médecins ne prennent pas la mesure de leur souffrance est loin d'être systématique. Plusieurs dépeignent même d'assez bons rapports avec leur médecin traitant. Ariane, malgré ses cystites répétées, trouve son médecin « *très professionnelle* ». « *Je trouve qu'elle fait bien son travail [ajoute-elle]. Après c'est pas très objectif, mais je trouve qu'elle prend son temps, c'est pas à la chaîne, et ce que je trouve intéressant aussi, qu'est à noter, c'est que si on y va parce qu'on a mal à un endroit, si on y va et qu'on lui dit que finalement on a mal à un deuxième endroit, elle va pas non dire "oui ben ce sera l'objet d'une deuxième consultation", comme y en a plein qui le font !* » Quant à Nadine, elle explique que son médecin « *ne va pas hésiter à poser des questions par rapport aux symptômes qu'on lui a donné. On sent qu'il a tout de suite de l'intérêt pour ce qu'on a* ». Dans les questionnaires, seule une trentaine d'enquêtés (sur 1114) ont mentionné « l'écoute » du praticien parmi les avantages de l'étiopathie. En fait, le nœud du problème apparaît avant tout d'ordre thérapeutique : face aux patients, les médecins semblent avoir avant tout éprouvé des difficultés à appréhender leurs symptômes et/ou à leur apporter un soulagement durable. Les critiques peuvent dès lors concerner non pas le médecin mais « la médecine », et s'avèrent compatibles avec de bonnes relations avec les praticiens. Ainsi Madame Nanterre, qui déplore que les douleurs comme celle qui handicapa son mari « *ne sont pas entendues par la médecine traditionnelle* »²⁸⁰, se dit par ailleurs très satisfaite des relations avec son généraliste : « *On a [notre médecin] depuis 34 ans, il a connu nos trois enfants... Y a pas de soucis !* ». Les écueils d'ordre « relationnel », soit l'impression de l'usager de ne pas avoir été entendu, ne constituent en somme qu'un symptôme ponctuel découlant de cette insuffisance thérapeutique. Ceci étant, au-delà du ressenti du patient vis-à-vis de la réception de sa plainte par le professionnel, le risque que le médecin se désintéresse d'un symptôme et, éventuellement, finisse par lui imputer (explicitement ou non) une origine psychologique, doit être plus important dans les cas où il ne consiste qu'en une douleur légère ou

280 Par « traditionnelle », Madame Nanterre désigne ici la médecine officielle « classique ».

moyenne. En effet, puisqu'en situation d'incertitude une douleur intense est davantage susceptible d'indiquer un trouble « objectif » (DESFONTAINES, 2012) et, ce faisant, de retenir l'attention du praticien, réciproquement, une douleur de faible intensité combinée à une absence de signe aura tendance à être évacuée du champ de la compétence médicale²⁸¹.

L'étude des recours à cette thérapeutique « naturelle » qu'est l'étiopathie posait inmanquablement la question du rapport aux médicaments. Il s'avère que si la volonté de limiter les consommations médicamenteuses n'est pas toujours absente des préoccupations des enquêtés, elle n'explique guère la majorité des consultations de l'étiopathe. Seulement 40,8% des répondants au questionnaire ont mentionné l'absence de médicaments parmi les avantages de l'étiopathie, auxquels on peut ajouter 5,7% qui évoquent l'idée d'une thérapeutique « naturelle », sachant que ces réponses ne reflètent pas nécessairement une hostilité réelle et prononcée à l'égard des traitements médicamenteux²⁸². Le reste des réponses renvoie plutôt à l'efficacité même du traitement : 17,1% signalent sa rapidité, 13,7% affirment son « efficacité » ou sa « précision », 8,7% déclarent qu'il « soigne la cause », et 2,6% répondent, enfin, que l'étiopathe « guérit », sans plus de précision (NR = 20,6%). Par ailleurs, 23,0% des répondants déclarent ne jamais avoir recours à l'homéopathie ou à une quelconque automédication naturelle, et 45,8% déclarent en consommer « de temps en temps » ; seulement 23,2% disent en utiliser « souvent », et 7,1% « presque exclusivement » (NR = 1,0%). Le rejet du médicament et la recherche d'une thérapeutique plus « naturelle » n'apparaissent donc pas particulièrement prégnants dans notre population d'enquête. Et quand bien même ils le seraient, il conviendrait encore de déterminer ce que les recours à l'étiopathe devraient spécifiquement au fait de pouvoir se passer du médicament ou à celui d'apporter un soulagement là où la médecine a été impuissante. En l'occurrence, les entretiens ne laissent guère apparaître de cas où l'efficacité de traitements médicamenteux est véritablement sacrifiée au profit d'un traitement moins agressif mais moins opérant. Ce qui ressort de façon plus nette, c'est plutôt la relative inefficacité des traitements médicamenteux, ou, pour être plus exact, leur efficacité temporaire.

281 Ce point sera à nouveau abordé au chapitre suivant.

282 En effet, elles peuvent tout aussi bien signifier « qu'à tout prendre », il reste préférable de se passer de substances qui présentent inmanquablement des effets secondaires potentiels. On peut encore supposer d'autres avantages pratiques, comme le fait de ne pas avoir à se déplacer en pharmacie, de ne pas avoir à ingérer ou à faire ingérer des pilules ou des sirops peu ragoûtants, ou encore le fait de s'épargner des dépenses supplémentaires ou d'en épargner à la sécurité sociale. Six enquêtés ont par exemple signalé explicitement sur leur questionnaire le caractère « économique » de l'étiopathie : « *Non prise de médicaments, divers examens (radio, scanner-etc...), en quelques mots l'étiopathie réduit très certainement le déficit de la sécurité sociale* » ; « *De nombreux avantages car généralement le problème est pris en charge rapidement et les effets sont quasi instantanés. Cela évite de prendre des anti-inflammatoires et antidouleurs et examens qui n'ont parfois aucun intérêt et coûtent très cher* » ; « *Elle apporte des solutions rationnelles, simples à comprendre par le patient, efficaces, naturelles et peu coûteuses !* » ; « *Plus rapide, plus efficace dans le temps donc moins coûteux pour nous et l'État et plus naturelle* » ; « *Gain de temps, gain d'argent pour la sécu', moins de médicaments* » ; « *Naturelle, sans médicaments, moins coûteux car plus besoin de médecin classique* ».

Au final, penser la maladie comme un processus, c'est-à-dire avant tout comme quelque chose qui se déroule dans le temps et ce au sein d'un ensemble de contraintes auxquelles l'individu est inmanquablement confronté, apparaît indispensable pour penser l'efficacité des soins telle qu'elle est conçue par les usagers. Dans plusieurs des parcours présentés, l'étiopathe est régulièrement consulté, à quelques mois d'intervalle, pour le même problème. Cette efficacité temporaire suffit parfois à discréditer les médecines non-conventionnelles : « Sur le plan pratique, [écrivent par exemple Nicolas Pinsault et Richard Monvoisin], la technique la plus saugrenue peut donner l'illusion d'être efficace : l'écoute, le toucher et l'empathie contribuent à produire certains bénéfices de l'effet placebo. Sans bienfaits spécifiques démontrés scientifiquement, beaucoup de gestes semblent "marcher" et satisfont les patients... à court terme » (2015). Les trajectoires thérapeutiques des enquêtés révèlent néanmoins que ce « court-terme » est parfois nettement moins « court-termiste » que les traitements médicaux, et qu'il permet à l'usager de composer à nouveau (ou presque) avec les exigences de son quotidien.

2. À chacun son rôle :

2.1. « Le médecin, il prescrit anti-inflammatoires et repos » : l'étiopathe en première intention

En 2005, Elizabeth C. J. Pike publiait un article pour l'*International review for the sociology of sport* intitulé « Doctors just say "rest and take Ibuprofen" »²⁸³, dans lequel elle décrivait la relative incompétence des médecins face aux blessures de rameuses de haut-niveau, et le recours de ces dernières à des médecines alternatives. Cet article devait trouver un écho remarquable chez les clients des étiopathes, tant pour son titre que pour les difficultés que rencontrent les médecins face aux troubles de l'appareil locomoteur. Ainsi Mme Martin, une conductrice de bus de 31 ans fort éloignée de la pratique sportive de haut-niveau, a déclaré au sujet du traitement médical dont elle a bénéficié à la suite d'une violente sciatique : « *Le médecin, il prescrit anti-inflammatoires et repos !* »²⁸⁴ D'autres enquêtés ont tenu des propos similaires :

M. Neville, exploitant agricole, alors âgé d'une quarantaine d'années, se rend aux urgences à la suite d'une chute qui lui vaut un trauma crânien.

283 Le titre complet de l'article est « "Doctors just say "rest and take ibuprofen". A Critical Examination of the Role of 'Non-Orthodox' Health Care in Women's Sport ».

284 L'Ibuprofène mentionné par E. Pike appartient précisément à la catégorie des anti-inflammatoires.

M. NEVILLE : « *J'ai été aux urgences en fait ; [à son épouse] tu m'as emmené. Donc ils m'ont gardé 48 heures. Puis je dis "j'ai un mal de dos atroce". J'ai passé des radios, et on m'a dit : "mais... vous n'avez rien monsieur !" Alors que je ne tenais pas quoi ! Alors j'ai dit "c'est bon", j'ai même pas insisté, mon épouse est venue me chercher le lendemain soir. J'ai dit "tu me prends rendez-vous [chez l'étiopathe], dès que je sors je vais là-bas". Puis ben... impeccable ! [Aux urgences] ils m'avaient dit "y a rien du tout". Ils m'avaient montré la radio ils m'avaient dit "non, voyez, y a rien"...* »

ENQUÊTEUR : *Pourtant aux urgences ils voyaient bien que vous souffriez j'imagine ?*

MME NEVILLE : *Ah oui mais bon, eux c'est médical hein c'est...*

M. NEVILLE : *"Prenez du paracétamol et puis bah... ça va se passer" »*

—

Mme Geslin, un agricultrice âgée de 55 ans au moment de l'entretien, avait vu que sa fille, alors bébé, s'était tordue la cheville dans sa chaise haute. Elle commence par l'emmenner chez le médecin :

MME GESLIN : « *Je l'avais montrée au docteur, et il m'avait dit "non non, elle a rien". Mais bon elle marchait pas à ce moment-là. C'est quand elle a voulu marcher, elle arrivait jamais à poser le pied par terre, elle marchait bizarrement quoi.* »

ENQUÊTEUR : *ah oui donc elle a traîné ça longtemps...*

MME GESLIN : *Ouais, elle a traîné longtemps et puis le docteur disait "mais non..." ! Un jour on a été voir l'étiopathe et il me dit "ben elle a une entorse votre fille !" Il l'a "cric crac" [mimant une manipulation] Et dans les jours qu'ont suivi elle marchait hein ! Il l'a manipulée et...*

ENQUÊTEUR : *Et le médecin n'avait rien prescrit du coup ?*

MME GESLIN : *Non, rien. Il m'avait dit "mais si vous verrez elle va marcher !" »*

Alors que je m'appête à clore mon entretien avec Mme Geslin, son époux rentre du travail. Ancien agriculteur désormais chauffeur routier, celui-ci consulte régulièrement l'étiopathe pour des douleurs au niveau du dos et des épaules.

M. GESLIN : *Le problème c'est au niveau du dos et des épaules. À monter dans le camion, j'ai toujours un... Et puis à faire les manœuvres on est toujours à [se retourner]... C'est toujours là, au milieu [se touchant la colonne] Donc bon... Ça guérira pas hein ! Mais bon, faut faire avec, c'est comme ça.*

ENQUÊTEUR : *Et vous le voyez tous les combien de temps l'étiopathe ?*

M. GESLIN : *Oh ben quand je suis vraiment bloqué. Plusieurs fois l'année, sûrement. Mais la dernière fois il m'avait fait du bien, il m'avait soulagé quoi. Même à mettre ma ceinture, quand je... Ah ben c'est... [difficile] J'aime bien oui. C'est impressionnant au départ parce que ça craque dans tous les coins, mais on ressort heu... Oui oui, moi ça me fait du bien. De toute façon c'est... Y a rien à faire, parce qu'un toubib classique heu... Ben il va donner des anti-inflammatoires et des conneries comme ça, mais bon c'est mécanique, on résout pas le problème hein ! Nan, vaut mieux aller plusieurs fois l'année voir [l'étiopathe] »*

Souvent découvert en tant qu'ultime recours à la suite d'un parcours plus ou moins chaotique auprès de la médecine officielle, l'étiopathe tend à devenir rapidement un praticien de référence pour la prise en charge des troubles musculo-squelettiques ou ostéo-articulaires, soit pour tout ce

qui est de l'ordre du « déplacement » ou du « blocage » :

« Moi je vais le voir pour des choses très ponctuelles. Je vais faire une cruralgie, ou j'ai tapissé des trucs et je me suis coincée une cervicale... »

(Mme Nanterre, 55 ans, professeure de français en collège et lycée)

—

« Là si j'ai un blocage quelque part je crois que j'irai pas voir le médecin pour qu'il me dise "ben on va voir, ce serait peut-être bien de faire un peu de kiné".

(M. Nanterre, 55 ans, modéliste dans une usine de chaussures)

—

« L'année dernière qu'est-ce qu'on a eu dans la maison... ? Ma fille qui grandit, là, qui a des petits soucis de genou, pour ça on n'a pas été voir le docteur. Moi pareil j'y suis allée chez l'étiopathe pour des soucis de dos. »

(Chantal, 42 ans, responsable pédagogique dans une école de management)

Ces recours concernent pour une large partie des troubles dont les usagers sont familiers :

« On connaît la douleur en fait, quand on fait une sciatique ou un lumbago, étant donné qu'on en a déjà fait... Donc si on y va dès le début, avant que ce soit trop enflammé, on va directement chez [l'étiopathe] en fait [...] Les trois quarts du temps pour les problèmes de dos moi je vais pas chez le médecin.

(Mme Neville, 47 ans, agricultrice)

—

« C'est toujours un peu le dos, un peu le cou, parce que je travaille beaucoup sur ordinateur. C'est les maladies du bureau quoi. Ça je trouve une réponse parfaite avec l'étiopathie. Je fais une révision et ça repart. »

(Olga, 53 ans, organisatrice d'événements)

—

« [Pour des douleurs cervicales] ce sera l'étiopathe direct, je ne passe plus avant par le médecin. Quand je vois que c'est vraiment bloqué... Parce que c'est vrai que on apprend à se connaître quand même aussi ».

(Mme Ayrault, 29 ans, soigneuse animalière)

Dans les situations les plus douloureuses, la consultation du médecin peut être envisagée préalablement à un traitement étiopathique, afin d'accéder à des anti-douleurs.

« Des fois [l'étiopathie et la médecine] ça peut être un peu complémentaire. Parce que si on a un lumbago, on va aller voir le médecin parce qu'il va nous prescrire en fin de compte des myorelaxants ou des anti-inflammatoires qui peuvent effectivement aider après à la pratique étiopathique. On va éliminer les phénomènes douloureux et l'étiopathe va s'occuper du fond. Une inflammation ça peut être un cycle infernal quoi. Donc le fait d'avoir des anti-

inflammatoires permet aussi de retrouver une posture, même si elle est un peu artificielle, un peu masquée, mais qui va aider après au traitement étiopathique. [...] Et donc moi c'est plutôt le cycle médecin, anti-inflammatoires, antalgiques et puis après étiopathe quoi. »
(Gérard, 53 ans, responsable informatique)

Luc Boltanski a montré, il y a de cela près de 50 ans, que les membres des différentes classes sociales disposent toujours d'un savoir qui leur permet d'appliquer des soins sans avoir recours au médecin, généralement au sein de la sphère familiale. Les nosographies profanes et le répertoire des remèdes associés aux affections courantes sont constitués par la simple imitation du professionnel (BOLTANSKI, 1968). L'enquête montre ici que ces savoirs ne se cantonnent pas aux diagnostics et aux traitements qui apportent une guérison : ils peuvent aussi concerner les insuffisances voire les échecs des médecins. En somme, les confrontations à la profession médicale qui jalonnent l'existence des individus structurent leur perception de sa compétence et, ce faisant, leur permettent d'anticiper – plus ou moins selon les cas, et toujours à tort ou à raison²⁸⁵ – les réponses que le professionnel va apporter. Il n'est donc pas étonnant, compte tenu des anecdotes qui ont été rapportées, de rencontrer des personnes qui, dans certaines situations, ne consultent le médecin qu'avec pessimisme, voire ne le consultent pas du tout. Sarah, par exemple, une ambulancière de 41 ans, fille d'un mécanicien et d'une gérante de commerce, est l'une des rares enquêtés à avoir découvert l'étiopathie sans être passée par un médecin au préalable. Elle s'était en l'occurrence « *tordue le pied dans une ornière* », et a par la suite « *traîné son mal* » plusieurs mois durant, sans même consommer d'anti-douleurs selon ses dires. Pourtant, une fois qu'elle eût pris connaissance de l'étiopathie, elle consulta un praticien la veille de son départ en vacances. Si les analyses de L. Boltanski sur l'*ethos* et la culture somatique des classes populaires peuvent expliquer que Sarah ait « *traîné son mal* »²⁸⁶, une question demeure néanmoins : pourquoi celle-ci s'est-elle rendue chez un étiopathe plutôt que chez son médecin ? Avait-elle pressenti que celui-ci serait davantage compétent pour soigner ce type de douleur ? Le praticien manuel n'était en tout cas pas plus accessible : de par son métier, Sarah voit régulièrement ses journées de travail se prolonger inopinément, ce qui rend délicat la planification des rendez-vous et l'incite à privilégier son médecin. En outre, lorsque son fils se blessa au pied, Sarah l'emmena directement chez son

285 « Le fait que les réponses que l'habitus engendre sans calcul ni projet apparaissent, le plus souvent, comme adaptées, cohérentes et immédiatement intelligibles, ne doit pas conduire à en faire une sorte d'instinct infaillible, capable de produire à tout coup des réponses miraculeusement ajustées à toutes les situations. L'ajustement anticipé de l'habitus aux conditions objectives est un *cas particulier*, sans doute particulièrement fréquent (dans les univers qui nous sont familiers), mais qu'il faut se garder d'universaliser » (BOURDIEU, 2003, p. 229).

286 « Si l'établissement d'un rapport réflexif au corps est incompatible avec une utilisation intense, professionnelle et purement utilitaire du corps, on peut se demander dans quelle mesure les normes morales qui, dans les classes populaires, régissent le rapport des individus à leur corps et, en majorant la "dureté" physique, exigent que l'on ne prête pas attention à son corps, n'ont pas, essentiellement, une fonction de régulation, visant à interdire à ceux qui doivent agir physiquement, l'établissement d'un rapport réflexif et conscient au corps » (BOLTANSKI, 1968, p. 144).

généraliste, en expliquant que « *l'étiopathe, il doit être à 30 km ; notre médecin traitant, on est à 10 minutes. Donc dans un premier temps on va voir le médecin traitant* ». Au tout début de l'entretien, Sarah avait également cru se rappeler que, la toute première fois, elle avait consulté l'étiopathe pour des douleurs dorsales récurrentes :

SARAH : « *Je me suis dit "tiens pourquoi pas faire un bilan ?" J'ai toujours plus ou moins mal au dos, donc je me suis dis je vais aller faire un tour voir ce qu'il va me dire.*

ENQUÊTEUR : *Ça fait longtemps que vous avez des douleurs dorsales ?*

SARAH : *Ça fait peut-être trois ans maintenant. Ouais, guère plus. Mais avant je connaissais pas hein, j'avais jamais entendu parler d'étiopathe.*

ENQUÊTEUR : *Et est-ce que vous aviez déjà consulté le médecin pour ces douleurs dorsales ?*

SARAH : *Non, pas vraiment, non non non.*

ENQUÊTEUR : *C'est que vous pensiez qu'il n'y aurait pas grand-chose à faire à ce niveau-là ?*

SARAH : *Pffff... [réfléchissant] Je vivais avec hein. Oui oui tout à fait je vivais avec heu... C'était supportable, donc je vivais avec. »*

Cet extrait montre que, pour Sarah, il apparaît cohérent de « *faire un bilan* » auprès d'un étiopathe pour des douleurs dorsales sans se rendre chez le médecin au préalable. L'enquêtée semble donc anticiper le fait que consulter ce dernier s'avérerait infructueux. Si elle manifeste une sorte « d'auto-censure » – ses symptômes ne lui paraissant pas suffisamment graves ni handicapants pour mériter une consultation médicale (« *c'était supportable, je vivais avec* ») – cette auto-censure, pour être pleinement comprise, doit être mise en rapport avec la compétence (perçue) du médecin, puisqu'elle cesse dès lors qu'il est question de consulter un étiopathe. Autrement dit, si son trouble ne méritait pas un avis du médecin, ce n'est pas parce qu'il était trop bénin « en soi », mais bien plutôt parce qu'il était tel que cet avis médical se révélerait *a priori* inutile. Dans le cas d'une douleur ou d'un handicap plus avéré, les prescriptions médicales (médicaments, arrêt de travail etc.) auraient pu en revanche se révéler salutaires. Mme Deloire (63 ans, aide-soignante retraitée), une enquêtée atteinte de sinusites récidivantes, fournit un exemple analogue : celle-ci n'a « *fait quelque chose* » que lorsqu'il lui apparut fortuitement que l'étiopathe proposait un traitement pour ces affections répétées. « *En feuilletant le [livret d'étiopathie], j'ai vu que [l'étiopathe] agissait aussi sur la sinusite [raconte-t-elle]. J'ai dit "alors ça !" Parce que je ne l'avais pas feuilleté tout de suite. Et j'y pensais pas parce que vous savez, ça fait pas assez... C'est gênant mais c'est pas encore assez gênant pour faire quelque chose. On le supporte. Enfin moi toujours je supporte facilement des trucs...* » Là encore, la résistance de Mme Deloire n'a de sens que si on la met en rapport avec ce que la médecine officielle a à lui offrir (et ce qu'elle est capable d'en tirer compte tenu des capitaux

dont elle dispose), car on constate que celle-ci n'a plus lieu d'être dès lors que la découverte de l'étiopathie vient reconfigurer « l'espace des possibles thérapeutiques », et que la guérison de ces maux « *pas assez gênants* » devient soudainement accessible. Une autre enquêtée, Camille (53 ans, secrétaire de communication), a également découvert l'étiopathie à la suite d'une douleur au coccyx, survenue longtemps auparavant, et pour laquelle elle n'avait jamais consulté quiconque :

CAMILLE : « *Dans la conversation avec [un ami étiopathe] – on devait être à table ou je sais plus quoi – et je lui dis que depuis l'âge de 14 ou 15 ans j'ai un problème au coccyx. Et il me dit "raconte-moi". Alors je lui raconte comment c'est arrivé. En fait je me suis assise en tailleur brutalement, "clac", sur des cailloux ou je sais pas quoi, et j'ai eu du mal à m'asseoir et donc un truc a dû bouger. Et donc de façon récurrente – j'avais pas mal tout le temps mais enfin comme y avait un très petit déplacement, j'avais quand même des douleurs sérieuses, surtout quand je faisais des trajets en voiture, des choses comme ça, de longues immobilités, c'était catastrophique. Il me dit "tu vas voir, confie-moi ton coccyx je vais te régler ça en deux coups de cuillère à pot". Et c'est ce qui s'est passé. C'est-à-dire qu'après toutes ces années où j'avais eu mal et où je voyais pas du tout comment m'en sortir, je crois qu'un seule séance a suffi pour qu'il replace ça correctement. Et j'ai plus de problème.*

ENQUÊTEUR : *Vous n'aviez été voir personne ? Pas même un généraliste ?*

CAMILLE : *Mais non. En fait j'étais restée avec ma douleur en me disant "ben voilà je vais avoir mal tout le temps" Mais c'est vrai que j'ai... J'ai jamais pensé à me faire manipuler pour ça, c'est vrai. J'aurais pu hein effectivement. Si j'avais été à la campagne peut-être que des gens m'auraient dit "va voir le rebouteux du coin", c'est possible. Mais moi j'étais dans le 16^{ème} arrondissement de Paris et à l'époque j'entendais jamais parler de rebouteux, de quoi que ce soit et... Donc voilà. Et je suis restée avec cette douleur euh... qu'était pas une douleur invalidante ! Et qui faisait pas que... Enfin j'avais pas mal tout le temps non plus, parce que je pense que là j'aurais fait quelque chose. C'était de loin en loin mais c'est vrai que ça revenait fort et vraiment c'était quand même gênant quoi. »*

La douleur n'a pas poussé Camille à rechercher activement une thérapeutique dans la mesure où celle-ci n'était qu'intermittente et non « *invalidante* ». Tout comme Sarah avec ses douleurs dorsales, Camille « vivait avec » cette douleur coccygienne. Mais désormais, elle n'hésite pas à se rendre chez l'étiopathe pour ce type de problème. À ces exemples, on pourrait encore ajouter celui de Robert (75 ans, crêpier retraité), qui s'est d'abord rendu chez un rebouteux puis chez un chiropracteur (relativement onéreux) lorsqu'il s'est retrouvé le dos « *bloqué* », avant d'aller finalement trouver un médecin praticien de médecine manuelle ; ou celui de Madame Martin (31 ans, conductrice de bus) qui, lors de sa première sciatique, ne s'est rendue chez son généraliste que parce qu'il lui fallait un arrêt de travail, assurant que, dans le cas contraire, « *[elle] n'aurait pas été le voir* ». En fin de compte, au-delà des différences entre les habitus, qui autorisent une résistance plus ou moins importante à la douleur, le caractère « supportable » d'un symptôme peut aussi traduire le sentiment d'une absence de perspective thérapeutique. Les éléments qui viennent d'être

exposés tendent alors à rejoindre les analyses de S. Fainzang sur les ressorts de l'automédication²⁸⁷. Cette dernière éclaire un aspect dont, « curieusement, il n'est pas fait état dans la littérature existante sur le sujet », à savoir « les doutes que le patient peut nourrir à l'égard de la compétence de son médecin traitant » (2010). À une différence près, de taille : l'automédication des enquêtés de S. Fainzang « s'enracine dans une volonté d'évitement du généraliste, ou plus exactement de son contournement », laquelle n'exclut pas un éventuel recours au spécialiste. Ainsi « l'objet de la méfiance peut se porter non pas tant sur la médecine ou l'institution médicale que sur les personnes qui l'incarnent, sans que cela remette nécessairement en question l'institution ». Les clients des étioopathes, eux, ne cherchent pas tant à « éviter le généraliste » qu'à redéfinir les compétences respectives des praticiens. Les « doutes à l'égard de la compétence » ne concernent donc pas le seul médecin traitant mais l'ensemble des généralistes et, parfois, le reste de la profession²⁸⁸. Ceci étant, cette remise en cause de la compétence médicale ne s'applique qu'à la prise en charge de certains troubles, dont la caractéristique commune est d'être perçue comme relativement bénins. Les recours à l'étiopathe rejoignent en cela les recours à l'automédication (LAURE, 1998 ; STEUDLER, 1999 ; BUCLIN & AMMON, 2001 ; RAYNAUD, 2008).

2.2. *Le diagnostic médical comme garde-fou :*

Si l'étiopathe est rapidement consulté en première intention en cas de troubles de l'appareil locomoteur, en particulier lorsque ceux-ci sont déjà connus, la possibilité de s'en remettre à ce praticien manuel lors d'épisodes fiévreux ou infectieux est moins évidente²⁸⁹. Leur traitement est généralement associé à la consommation de médicaments et donc, souvent, à la consultation du médecin. En outre, si elle n'est pas d'emblée synonyme de maladie grave, la fièvre, en particulier lorsqu'elle touche les enfants, tend à apparaître comme un symptôme à prendre au sérieux, donc à placer de préférence sous surveillance médicale, et ce sans attendre (comme le soulignent notamment Mme Martin et Carole ci-dessous)²⁹⁰.

287 Sylvie Fainzang envisage l'automédication « comme l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne » (FAINZANG, 2010). Cette définition, ici restreinte à la consommation d'un médicament, peut inclure les recours à un étioopathe lorsqu'ils ne font pas suite à une suggestion médicale.

288 Chez Chantal, par exemple, qui a fini par pointer l'inutilité des examens radiographiques.

289 Les étioopathes affirment pouvoir prendre en charge des pathologies telles que les rhinites, les rhino-pharyngites, les bronchites ou les sinusites (LOCCHI, 2013).

290 Ce traitement spécifique des enfants coïncide avec ce qui a été observé par ailleurs concernant les usages du médicaments en automédication : « Le recours à un médicament non prescrit pour un enfant de moins de 5 ans intervient plus souvent que pour les autres classes d'âge, en suivant les conseils d'un médecin, et plus rarement en l'absence de tout conseil spécialisé » (RAYNAUD, 2008).

FAUSTINE : « *Pour des maladies infectieuses j'irais pas voir l'étiopathe.*

ENQUÊTEUR : *Spontanément c'est plutôt pour des choses disons mécaniques ?*

FAUSTINE : *Oui, pour des choses mécaniques je vais voir l'étiopathe, et pour le reste j'irais plutôt voir le médecin. »*

(Faustine, 46 ans, professeure des écoles)

« *Si c'est un mal de gorge ou un rhume ou une angine ou quoi que ce soit, là on n'a pas le choix, on est obligé d'aller chez le docteur parce que l'étiopathe, bon, déjà un rendez-vous, j'imagine qu'il est très pris, ça va être dans les trois semaines ou un mois. Après si c'est des douleurs de dos, ou d'articulation ou quoi que ce soit, là moi je prends rendez-vous avec l'étiopathe et voilà. Si ça peut attendre, je prends rendez-vous avec [l'étiopathe], si ça ne peut pas attendre, je prends rendez-vous avec le Docteur. »*

(Carole, 44 ans, cuisinière en restaurant scolaire et animatrice en périscolaire)

« *Quand tu faisais la grippe t'avais des médicaments pour la fièvre, point. Un sirop... Comme nous on fait avec nos enfants : on va vraiment chez le médecin quand on voit que le gros rhume il se trimballe en bronchite et qu'il y a vraiment besoin des antibio'. »*

(Mme Neville, 47 ans, agricultrice)

« *Mon fils là il a été chez le médecin mais c'était des rhino[-pharyngites], pas en urgence mais presque quoi. Je sais pas si pour la rhino [l'étiopathe] aurait pu faire quelque chose mais... À chaque fois qu'il a été c'était parce qu'il avait une forte température. Avec 39 de fièvre on va plus voir un médecin qu'un étiopathe. »*

(Mme Martin, 31 ans, conductrice de bus)

Dans l'extrait suivant, Gérard, qui est un ami de longue date d'un étiopathe, et de loin le plus au fait des compétences de ces praticiens, distingue le phénomène infectieux « aigu », qu'il faut traiter « par tous les moyens » – de fait par la médecine officielle –, du phénomène « chronique », lequel peut être redevable d'un traitement étiopathique.

« *On a fait un peu la séparation entre des symptômes, en disant que pour ça on sait qu'à part pour du confort, on va pas aller voir un médecin mais plutôt un étiopathe, puis pour d'autres on pense qu'a priori c'est pas l'étiopathe qu'on va aller voir, pas en premier lieu tout du moins, parce que c'est de l'infection, c'est du domaine de l'infectieux. Même si effectivement, dans les cas chroniques, comme les enfants qu'ont souvent des otites etc, là oui, on sait que l'étiopathie peut résoudre des phénomènes chroniques. Y a des phénomènes chroniques et des phénomènes aigus. La première fois on ne sait pas trop, on va voir un médecin etc., mais si ça se renouvelle, on se dit c'est pas la médecine pour tout ce qu'est chronique, qui va résoudre le problème. On va plutôt voir un étiopathe là. Quand y a une infection qu'est installée... Ce qu'il faut c'est éviter l'aspect répétitif, c'est de toujours soigner la même chose par des antibiotiques. Parce que c'est là, c'est installé, on va prendre des antibiotiques, mais en amont c'est : pourquoi on a eu cette affection ? Oui, effectivement y a un blocage quelque part et donc on va traiter le mal à sa source, si je puis dire. Mais c'est pour ça je vous dis il faut bien faire la distinction entre ce qui est chronique, que l'étiopathie, là, dans beaucoup de*

cas, peut apporter des choses, et puis le phénomène aigu. Vous avez 40 de fièvre, l'étiopathe va jamais vous dire "ne prenez surtout pas d'aspirine". Là y a un truc aigu, faut le traiter quoi, par tous les moyens. »

(Gérard, 53 ans, responsable informatique)

Mais plus généralement, malgré les lacunes de la profession médicale, et quel que soit le degré de compétence dont s'auto-investissent les usagers, le médecin reste largement apprécié pour ses compétences diagnostiques et sa capacité à écarter les pathologies graves, y compris, parfois, lorsqu'elles sont de nature ostéo-articulaires. Les symptômes bénins étant, dans les faits, largement assimilables aux symptômes déjà éprouvés par les usagers (FAINZANG, 2010), symétriquement, ces situations pour lesquelles les enquêtés privilégient le recours au médecin impliquent souvent des situations inédites.

M. Nanterre (55 ans, modéliste dans une usine de chaussures), malgré une première expérience iatrogène, maintient sa confiance dans le corps médical :

M. NANTERRE : « À un moment je me rappelle, pour une fois où j'avais été pour des douleurs de cervicales, un mec aux polycliniques pour la médecine du sport, lui il m'avait fait faire des examens. Je ne dormais pas la nuit. Lui il m'a dit "écoutez, je vais vous donner quelque chose, ça vient de sortir, il paraît que c'est très très bien, les grands sportifs en prennent, ça les fait dormir, ça calme la douleur. Ça s'appelle du Rivotril" – c'est interdit maintenant, depuis l'année dernière c'est interdit –, une petite bouteille comme ça où on met une goutte pour dix kilos. Et effectivement, on dort comme un bébé ! (rire) On est nickel ! Et puis au bout de quelques semaines, j'étais pas bien du tout, parce que j'avais l'impression que je me foutais de tout.

MME NANTERRE : Tu commençais à avoir des oublis aussi.

M. NANTERRE : Je commençais à avoir des pertes de mémoire, légères. Je ne me reconnaissais pas. Et j'avais pris ça pendant un mois hein ! Et là après je vais voir le médecin, et le médecin je lui dis : "moi, j'arrête !"

MME NANTERRE : Vous vous doutiez que c'était ça ?

M. NANTERRE : Ah ouais, je m'en doutais, je prenais que ça, je prends jamais de médicaments. Je prends jamais rien. Je dis "j'arrête, il y a quelque chose". Alors il me dit "ces gouttes j'en ai entendu parler, c'est un truc qui était donné en asile psychiatrique pour les faire dormir le soir". Et ils se sont rendus compte qu'en en donnant aux sportifs ça les aidait à passer quelques nuits où ils étaient très fatigués, des choses comme ça. Donc on était plusieurs à en avoir, d'ailleurs j'ai connu quelqu'un d'autre qui en a eu. Et là où ça s'est compliqué c'est que pour arrêter, ça ne se fait pas comme ça : il faut enlever une goutte par semaine... Et donc ça met deux mois pour arrêter, on ne peut pas arrêter du jour au lendemain. Parce qu'il y a une accoutumance. Et donc j'en ai à nouveau entendu parler de ce produit parce que justement, depuis l'année dernière seulement, on n'a plus droit d'en donner. Alors quand on voit ce genre de choses, on se dit qu'on va aller chez [l'étiopathe], il va nous faire une ou deux séances, je suis aussi bien pour les deux mois qui vont suivre... Moi j'ai vite choisi. »

Bien qu'il dise « avoir choisi [l'étiopathe] », lorsque sa douleur à la hanche se manifesta une quinzaine d'années plus tard, M. Nanterre s'en remit d'abord à son généraliste et à des

spécialistes pendant plus d'un an. Ainsi qu'on l'a vu un peu plus haut, il s'est finalement fait soigner par un étiopathe pour ce qui devait, selon les médecins, être de l'arthrose. Malgré cela, il maintient l'importance de consulter un médecin, ne serait-ce que pour bénéficier de son diagnostic.

M. NANTERRE : *« Je pense que ce qui est bien quand même c'est... Faut peut-être un diagnostic médical. Par exemple si on a un diagnostic pour une cruralgie, si le médecin il dit c'est ça, je pense qu'on peut aller le voir. Des fois... Parce que je pense une fois [l'étiopathe] s'était un peu trompé là, quand il t'avait... »*

MME NANTERRE : *Oui, moi une fois il m'avait remis une vertèbre en place et en fait c'était pas ça.*

ENQUÊTEUR : *il s'était un peu trompé de diagnostic pour le coup ?*

MME NANTERRE : *Oui.*

ENQUÊTEUR : *Et donc vous pensez donc que c'est préférable d'aller voir du côté du médecin, au moins pour avoir un diagnostic ?*

M. NANTERRE : *Ben quand on a mal et qu'on sait pas trop... »*

—

« Je dirais que [ma généraliste], elle, elle va me donner des analyses, elle va chercher.. Puis elle va me poser un diagnostic aussi. Il y a des fois je sais, surtout quand c'est de la sinusite ou de la trachéite. Mais bon, il y a des fois où on ne sait pas forcément ce qu'on a, on n'est pas bien. Et elle elle est compétente en plus. »

(Mme Deloire, 63 ans, aide-soignante retraitée)

Chez les enquêtés qui utilisent régulièrement des médecines alternatives, plusieurs disent même explicitement avoir recours au généraliste afin d'obtenir un premier diagnostic, pour ensuite bifurquer vers des thérapeutiques jugées moins iatrogènes, et tout aussi efficaces.

FAUSTINE : *« Bien souvent je vais chez le médecin, il me fait une ordonnance mais je vais pas chercher les médicaments.*

ENQUÊTEUR : *Le but étant simplement d'obtenir le diagnostic ?*

FAUSTINE : *Ben exactement, d'être sûr qu'on passe pas à côté d'autre chose. »*

(Faustine, 46 ans, professeure des écoles)

—

« En gros je me sers de la médecine classique pour faire les examens, parce qu'ils ont un matériel médical énorme, mais après je dévie si je peux vers les médecines traditionnelles qui viennent apporter une solution plus naturelle et des conseils plus utiles. »

(Olga, 53 ans, organisatrice d'événements)

—

CAMILLE : *Ah ben c'est-à-dire que, dans la foulée on les a tout de suite mis [les enfants] entre les mains d'un étiopathe hein. Alors j'avais un homéopathe, j'avais quand même un médecin traitant parce que faut quand même suivre les enfants de près, faut quand même des*

diagnostics etc.

[...]

ENQUÊTEUR : *Et vis-à-vis de la consommation de médicaments de vos enfants, est-ce que pareil vous évitiez de donner... ?*

CAMILLE : *Ah ben oui ! Les antibiotiques et les machins comme ça, le moins possible. À partir du moment où... En fait moi ce que je faisais c'est qu'à partir du moment où j'avais un diagnostic, le médecin me disait telle chose, j'allais voir [l'étiopathe], je lui disais "le médecin il me dit ça, qu'est-ce que je fais ?" Il me disait "écoute on va faire ci et ça, et si ça passe pas..." ou "tu continues tes petites boules – parce qu'ils prenaient de l'homéopathie mes enfants – tu continues tes petites boules, moi je te fais ça, et puis on voit". Donc très souvent je faisais les deux.*

[...]

ENQUÊTEUR : *Tout à l'heure vous parliez de l'autre médecin, le "classique". Vous n'avez jamais essayé d'aller en voir un autre ? Peut-être qu'un autre médecin aurait une approche différente ?*

CAMILLE : *Eh bien j'aimerais bien, mais non, parce qu'à chaque fois que je tombe sur un médecin ils proposent tous les mêmes trucs je trouve. Là j'en ai trouvé un autre – parce qu'on est venus habiter ici en 2004 – donc moi je voulais pas retourner à [ville précédente] – là où était le médecin – donc j'en ai trouvé un là du côté de [ville actuelle]. Un type adorable mais c'est pareil, enfin... (silence) Remarquez je suis peut-être un peu incohérente, je vais les voir et ensuite je prends pas leurs médicaments parce que ça m'agace, c'est sûr c'est pas très... (rire) c'est pas très motivant pour eux, après ils doivent se dire "ben qu'est-ce qu'elle veut ?" Parce qu'en fait je leur demande un diagnostic... Y a quand même le diagnostic qu'est important. »*

(Camille, 53 ans, secrétaire de communication)

Finalement, alors que la rhétorique de légitimation des étiopathes est largement centrée sur l'originalité de leur diagnostic, on constate que c'est bien plutôt le médecin qui demeure une référence en la matière. La raison de ce paradoxe est simple : déterminer l'origine exacte d'une douleur plus ou moins diffuse et handicapante est une chose, mais être en mesure d'affirmer qu'il n'y a « rien de grave » en est une autre. Le diagnostic médical a donc une valeur de garde-fou, bien qu'il ne soit pas toujours à même de déboucher sur une guérison satisfaisante. C'est ainsi que certains enquêtés, comme Camille, très consciente de « l'incohérence » de son attitude, oscillent entre une posture critique à l'égard du diagnostic médical, tout en ressentant constamment le besoin de s'y référer à titre préventif. La « crise de confiance en la médecine » (AÏACH ET AL., 1994) demeure donc, du côté de ces usagers, tout à fait partielle. Il s'agit bien plutôt, si l'on peut dire, d'une « critique sur fond de reconnaissance », révélatrice d'un décalage entre ce qui constitue un problème aux yeux du professionnel et ce qui constitue un problème aux yeux du patient.

Si les enquêtés semblent sincèrement accorder une compétence diagnostique au médecin, il

n'en reste pas moins que cette compétence doit être plus facilement accordée du fait que les recours à ce dernier sont remboursés. En effet, S. Fainzang fait remarquer que le sentiment de « connaître » un médicament ou la propension à le considérer comme « bénin » – donc la disposition à consommer ce médicament de son propre chef – est en réalité indissociable des « aspects pratiques » de l'automédication, lesquels renvoient généralement « aux préoccupations de temps et d'argent ». Autrement dit, « il n'est pas possible de séparer les raisons cognitives des raisons pratiques, comme le font de nombreuses études qui, à partir de leurs questionnaires, tentent de dresser une typologie des facteurs de l'automédication » (Fainzang, 2010). On peut donc supposer que les enquêtés sont d'autant plus enclins à reconnaître une compétence aux médecins que leur consultation demeure dans tous les cas peu coûteuse. Réciproquement, on peut se demander quelle légitimité conserveraient ces derniers si, pour accéder à leurs diagnostics, les patients devaient dépenser la même somme que ce qu'ils déboursent habituellement pour consulter un étiope. Ariane, par exemple, aurait-elle trouvé que sa doctoresse « *fait bien son travail* » si elle avait dû payer de sa poche les prescriptions répétées d'antibiotiques pour ses cystites ? Le tiers-payant apparaît en définitive comme un puissant vecteur de légitimité. Il renforce le monopole des médecins et facilite le contrôle social exercé par ces derniers. Dans le même temps, il complique l'émergence d'alternatives thérapeutiques en augmentant leur coût relatif pour les usagers²⁹¹.

2.3. Une concurrence limitée :

La structure des plaintes décrite au chapitre précédent montre d'emblée que le terrain de l'étiope et celui du médecin généraliste se recoupent assez peu. Parmi les enquêtés, les troubles de l'appareil locomoteur (douleurs rachidiennes comprises) ont constitué pas moins de 87,9% des motifs de consultation du premier, parmi lesquels, on l'a vu, 63,4% de douleurs dorsales. Or d'après la base de données de l'observatoire de la médecine générale (DUHOT ET AL., 2009), les lombalgies ne représentent que 6,57% des résultats de consultation des généralistes²⁹²-, et les arthropathies et périarthropathies 5,53%²⁹³. Dans l'ouvrage *Singuliers Généralistes*, François-Xavier Schweyer rapporte encore que les problèmes rhumatologiques représentent environ 9% de l'activité des

291 Ainsi, contrairement aux médecins, les étiope se voient parfois contraints à quelques accommodements concernant le règlement de leurs séances. Ce point sera abordé au chapitre 6.

292 Par ailleurs, d'après D. Olivier (2002), la part des lombalgies serait plutôt de 9%.

293 À l'aide de données extraites des dossiers médicaux de 160 médecins généralistes français, l'observatoire dresse un tableau des 15 résultats de consultation les plus fréquents. Ces données concernent « la période de 1993 à février 2008 et comportent 690 000 patients pris en charge au cours de 6 millions de séances pour 8 millions de problèmes de santé » (DUHOT ET AL., 2009). On précisera à toute fins utiles que, d'après les mêmes, la proportion de « douleurs non-caractéristiques » s'élève à 4,03%.

généralistes (SCHWEYER, 2010, p. 59). Et, au milieu des années 1980, Paule-Andrée Scheder établissait que les symptômes relevant de la catégorie « muscles, articulations, mal de dos, rhumatisme, arthrose, nerf coincé... » représentaient 21,5% de l'ensemble des plaintes parvenant au médecin (SCHEDER ET AL., 1986). Par ailleurs, trois scénarii se dégagent des trajectoires thérapeutiques des enquêtés : le premier, et le plus fréquent, est celui où l'étiopathe est consulté pour des problèmes pour lesquels le médecin n'est pas ou est peu sollicité, les usagers ayant fini par anticiper les limites de la compétence médicale et considérer la consultation inutile. La moitié des répondants au questionnaire (50,4%) déclare ne jamais consulter le médecin avant d'aller chez l'étiopathe, et 28,2% déclarent le consulter « rarement » au préalable. En outre, la consommation d'actes étiopathiques n'augmente pas avec le nombre de consultations du médecin, ce qui indique que les deux praticiens sont globalement vus pour des troubles distincts. Le second scénario est celui où l'étiopathe est consulté à la suite de symptômes inconnus ou en tout cas mal identifiés, et pour lequel le médecin a déjà été consulté au préalable afin qu'il délivre un premier diagnostic. Il n'y a, dans ce cas, aucune concurrence. Le troisième est celui où les deux consultations apparaissent d'emblée « complémentaires », l'issue de la consultation médicale ayant là aussi été plus ou moins anticipée, et le médecin étant consulté afin d'obtenir des médicaments pour accompagner le traitement étiopathique ou un arrêt de travail. La concurrence entre les deux groupes de praticiens demeure donc très limitée. D'ailleurs, les répondants au questionnaire, qui déclarent en moyenne 2,9 séances chez l'étiopathe au cours des 12 derniers mois (médiane = 2), comptabilisent parallèlement 3,7 consultations chez le médecin – spécialiste compris – (médiane = 3), soit une consommation médicale légèrement inférieure à la moyenne nationale – près de quatre consultations annuelles d'un généraliste (BARLET ET AL., 2012). Du reste, la base de données de l'observatoire régional des territoires permet de constater que sur les 159 cabinets d'étiopathie sis (en décembre 2017) dans les régions Pays de la Loire et Bretagne ainsi que dans les départements de l'Orne, de la Manche et du Calvados, 128 (80,5%) sont situés dans les 20% des communes qui présentent les équivalents temps plein (ETP) en médecine générale les plus élevés, et seulement 5 (3,1%) se situent dans les 60% de communes présentant les ETP les plus faibles. En d'autres termes, on trouve des étiopathes là où l'on trouve également des omnipraticiens. Et si l'ETP présente l'inconvénient de ne pas prendre en compte la disponibilité des médecins et les besoins de la population locale – contrairement à l'indicateur de l'accessibilité potentielle localisée²⁹⁴ –, on peut ajouter qu'aucun des enquêtés

294 « Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il est donc plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement. Développé en 2012, il a été mobilisé depuis par plusieurs ARS pour définir leurs zones fragiles et sa pertinence est désormais reconnue » (VERGIER ET AL., 2017).

interviewés n'a déclaré de réel problème d'accessibilité à son médecin traitant. Ainsi les recours à l'étiopathie ne sauraient être associés à la prolifération de « déserts médicaux »²⁹⁵.

2.4. *Étiopathe et médecin : une collaboration improbable*

S'agissant des médicaments, les recours à l'automédication ont été longtemps perçus comme une forme de déviance, et tendaient de ce fait à être cachés au médecin (FAINZANG, 2001). Aujourd'hui, cependant, cette pratique est encouragée par les pouvoirs publics, ce qui tend à la légitimer malgré la crainte des professionnels qu'elle n'entraîne des retards de diagnostic (FAINZANG, 2010). Le recours à l'étiopathe, lui, n'est encouragé en aucune manière. En outre, on l'a vu au précédent chapitre, ce praticien apparaît (ou n'apparaît « que ») comme un praticien « semi-officiel ». Ainsi, certains enquêtés anticipent une forme de réprobation de la part de leur médecin, et préfèrent éviter le sujet. Cette précaution peut découler d'une expérience antérieure négative, ou simplement d'une perception d'un praticien trop « orthodoxe ».

OLGA : *« Je lui parle pas d'étiopathie, ni d'ostéopathie, ni de shiatsu. Lui il comprend pas. C'est un médecin pur et dur.*

ENQUÊTEUR : *Vous n'avez même pas essayé du coup ?*

OLGA : *Pfff... (silence) Non, je sens pas une oreille ouverte à ça. Pourtant il est jeune hein, il est super sympa et tout ça. Mais bon, pour lui si j'achète un truc à la pharmacie qu'est pas sur ordonnance, c'est de la poudre de perlimpinpin quoi. Tout ce qui n'est pas sur prescription, okay c'est peut-être des médicaments un peu... (rire) pas assez concentrés, ou un peu nuls, mais bon... On sent qu'il y a quand même un cadre qu'il veut pas dépasser. »*
(Olga, 53 ans, organisatrice d'événements)

—

« Mais le médecin il ne sait pas que je vais voir l'étiopathe. Ils sont pas trop pour hein ! (rire). Mon mari il l'a dit, lui, qu'il allait voir un étiopathe. Comme il dit mon mari : "on fait ce qu'on veut hein !" Moi je lui ai pas dit. Je ne sais plus ce qu'il a dit à mon mari mais il était pas très chaud. »

(Mme Geslin, 55 ans, agricultrice)

295 Un rapport de la DRESS, publié en mai 2017 afin d'éclairer cette notion fort usitée mais finalement assez peu définie de « désert médical », conclut que « les inégalités d'accès aux médecins généralistes sont à l'heure actuelle d'une ampleur limitée : 98% de la population réside à moins de 10 minutes de route d'un médecin généraliste et un rapport de 1 à 3 distingue les 10% de la population ayant le meilleur accès aux soins des 10% de la population ayant l'accès le plus faible. Les inégalités sont plus marquées concernant l'accès aux spécialistes, ce rapport variant de 6 à 19 selon la spécialité considérée, mais plus des trois quarts de la population réside à moins de 20 minutes du spécialiste le plus proche, quelle que soit la spécialité considérée » (VERGIER ET AL., 2017). Au final, seuls 8% de la population présentent une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant.

La majorité des enquêtés a toutefois eu l'occasion d'évoquer l'étiopathe auprès d'un médecin. Une réaction alarmiste ou une condamnation trop ferme de la part de ce dernier peuvent s'avérer contre-productives : Mme Geslin, par exemple, a décidé de ne plus retourner voir une docteure qui lui avait « interdit » de consulter un kinésithérapeute également praticien d'ostéopathie, assimilé à un « charlatan » :

« Dans les années 90 ma généraliste [actuelle] n'était pas là, c'était une docteure que j'avais été voir pour un mal au dos, et qui m'avait donné de la kiné. Elle m'a dit "quel kiné vous êtes allée voir ?" Je lui ai dit que j'avais été voir [un kinésithérapeute pratiquant également de l'ostéopathie]. Eh ben dis donc ! Elle a sauté haut comme ça ! "Je vous interdis d'aller voir des charlatans pareils !" C'était épouvantable ! Et moi je me suis dit "ah mon p'tit mais je ferai bien ce que je veux ! Et je n'irai plus voir la docteure !" Et depuis ce temps-là je ne suis jamais retournée la voir ! »

(Mme Geslin, 55 ans, agricultrice)

Ainsi, chez les médecins, la réaction qui prédomine s'apparente plutôt à une forme de réserve, voire à du mépris.

ENQUÊTEUR : *« Quelle a été la réaction de votre médecin quand vous lui avez parlé de l'étiopathe ?*

NADINE : *Un peu fermé. Parce que c'est un médecin qui est jeune mais qu'est assez vieux jeu. Lui il est pour le médicamenteux, le... Il a pas l'esprit heu... [C'est] "médecine médecine". Et puis il dit "oui bon, ben si ça vous fait du bien..." »*

(Nadine, 41 ans, ancienne préparatrice en pharmacie, responsable chez Lidl)

« J'avais du bout des lèvres dit au docteur – parce qu'elle aime pas les étiopathes mon docteur – "hé, vous savez, on a été voir [l'étiopathe], et [ma fille] s'est remise d'aplomb..." J'ai eu droit à zéro commentaire. Elle m'a pas dit "vous avez bien fait". Non : "passons à la suite, hop...". Elle a pas voulu s'avouer vaincue, même si... »

(Chantal, 42 ans, responsable pédagogique dans une école de management)

Sans nier ce que la réaction du médecin doit à ses socialisations antérieures aux thérapies non-conventionnelles ou, au contraire, à une formation médicale caractérisée par son « absence de relativisme » (PENEFF, 2005, p. 278), on peut supposer qu'elle est étroitement liée à son rapport de dépendance à l'égard du patient. Les médecins traitants, qui, dans notre enquête, sont systématiquement des généralistes exerçant en libéral, c'est-à-dire des praticiens exerçant sous le contrôle des clients (FREIDSON, 1984), se voient contraints de tolérer les préférences de ces derniers, au risque de les froisser, d'entacher durablement une relation idéalement basée sur la confiance (HARDY, 2013) et, finalement, de ne plus pouvoir les compter au sein de leur clientèle. En somme, il

s'agit pour ces médecins de ne pas encourager les recours à un étiopathe, voire de manifester leur réticence, mais sans pour autant donner l'impression de condamner ces recours (et encore moins essayer de les empêcher). À ce rapport de dépendance peut aussi s'ajouter un rapport de classe : comme l'a montré Boltanski, les rapports entre le médecin et son patient vivent d'autant plus à la relation d'imposition que ce dernier est issu des basses classes (BOLTANSKI, 1968 ; 1971). Les patients appartenant à la même classe sociale que leur médecin ont donc probablement moins de chance d'être concernés par des réactions de condamnation teintées d'infantilisation comme celle relatée par Mme Geslin (une agricultrice en l'occurrence). Enfin, un élément qui mérite d'être noté – quoique je ne dispose guère de matériaux sur ce point –, c'est que la réaction des médecins semble d'autant plus forte que l'action du praticien alternatif s'immisce dans leurs traitements. Ainsi la fille de Mme Geslin qui, adolescente, se faisait régulièrement prescrire des lavements après s'être faite opérer pour une imperforation anale, finit par consulter un ostéopathe sur les conseils de l'infirmière. Lorsque sa mère rapporta au chirurgien qu'elle avait cessé ces lavements à la suite du traitement ostéopathique, ce dernier réclama le nom du thérapeute manuel et prit contact avec lui dans la foulée pour lui intimer de ne pas interférer. Étant au fait de la situation d'illégalité des étiopathes, Mme Geslin a en revanche évité de mentionner celui que sa fille avait également consulté pour ce même problème²⁹⁶. Au final, aucun des clients enquêtés n'a rapporté de situation de collaboration, même ponctuelle, entre un médecin et un étiopathe. Quant aux praticiens entendus en entretien, certains (et certains seulement) ont mentionné quelques cas de patients explicitement redirigés vers eux par un médecin²⁹⁷, mais ils admettent à l'unanimité que ces cas relèvent de l'exception. Dans cette configuration, le marché de la non-urgence a d'autant plus de chance de rester dans l'ombre, malgré son ampleur.

3. Un vaste recrutement social :

Démontrer que les recours à l'étiopathe reposent sur la recherche d'un soin plus efficace n'est pas encore suffisant. Il se peut, en effet, que cette recherche de soins « efficaces » tendent à se cantonner à certaines classes sociales dont les « besoins de santé » sont définis par une culture somatique spécifique (BOLTANSKI, 1971)²⁹⁸. L'hypothèse que ces praticiens se positionnent sur un

296 Cet étiopathe faisait en l'occurrence partie de sa belle-famille.

297 Ce point sera à nouveau abordé au chapitre 6.

298 « Les déterminismes sociaux n'informent jamais le corps de façon immédiate par une action qui s'exercerait directement sur l'ordre biologique mais sont relayés par l'ordre culturel qui les retraduit et les transforme en règles, en obligations, en interdits, en répulsions ou en désirs, en goûts et en dégoûts » (BOLTANSKI, 1971). Ainsi les besoins thérapeutiques, loin d'être le produit d'un « besoin primaire directement subordonné aux exigences du corps »,

vaste marché thérapeutique laissé vacant par la médecine officielle invite à étudier la sélectivité de leurs clientèles, notamment par le biais d'un éclairage statistique. Jusqu'ici, les travaux portant sur les « médecines non-conventionnelles » (considérées dans leur ensemble) démontrent régulièrement la surconsommation relative des femmes, des membres des catégories aisées et moyennes et, à l'inverse, la faible représentation des métiers agricoles et ouvriers (ELZIÈRE 1986a ; SCHEDER, 1986 ; LAPLANTINE & RABEYRON, 1987, p. 29 ; QUÉNIART, 1990 ; BÉGOT, 2010, p. 16). À travers une sociographie reposant, d'une part, sur les questionnaires provenant des cabinets d'étiopathie et, d'autre part, sur des dossiers de clients ayant permis de dresser des statistiques quasi-exhaustives (cf. chapitre 2), on souhaiterait montrer que les étiopathes parviennent à recruter leurs clients au sein d'un spectre social plus vaste, incluant davantage les hommes et les membres des catégories modestes.

3.1. Un taux de féminisation proche des patientèles des généralistes :

« La consommation [de soins médicaux] selon le sexe [écrivait Pierre Aïach et Dominique Cèbe] se traduit pour pratiquement tous les types de services par une sur-utilisation féminine, notamment à partir de 8/10 ans. Concernant le nombre de recours au médecin, l'écart entre les femmes et les hommes n'a cessé de grandir, en particulier entre 20 et 60 ans » (AÏACH & CÈBE, 2000, p. 78). Plusieurs travaux ont également montré que les femmes recourent davantage à l'automédication (LAURE, 1998 ; RAYNAUD, 2008 ; BRUTUS & MARQUIS, 2015) et, pour ce qui concerne la consommation de soins non-conventionnels, Pierre Elzière notait, là-encore, une « nette prédominance des femmes parmi les utilisateurs déclarés des médecines naturelles : 50% contre 41% d'hommes dans l'enquête SOFRES de 1984, la consommation féminine globale de séances de médecins étant d'environ 30% supérieure à celle des hommes » (ELZIÈRE, 1986a). Sans aller jusqu'à remettre en cause cette surreprésentation des femmes dans les clientèles des étiopathes, les résultats de la présente enquête permettent néanmoins de nuancer cette tendance. Tout d'abord, rien n'indique une consommation réellement plus importante des femmes lorsqu'il s'agit d'étiopathie : les hommes déclarent en moyenne 2,95 consultations au cours des 12 derniers mois, et les femmes 2,87 ; et si la médiane est respectivement de 2 contre 3, le tableau 5 montre qu'il s'agit davantage d'un artefact, la consommation des hommes n'étant en réalité guère plus éclatée que celle des femmes²⁹⁹. Du reste, le

tendent à varier d'une classe sociale à l'autre. Ces variations en recourent d'autres qui engagent également le corps, comme les pratiques alimentaires, les pratiques sexuelles, les pratiques de soins corporels, ou encore les pratiques ludo-sportives.

299 Ont été ôtés pour la construction de ce tableau les enquêtés dont c'était la première consultation.

tableau 6, construit sur la base de dossiers de clients, indique au niveau des quatre premiers cabinets des taux de féminisation relativement proches des clientèles de généralistes. En effet, d'après G. Labarthe, chez les omnipraticiens, 54% des consultations sont consacrées à des femmes et, chez les omnipraticiennes, 59% (2004). Le taux de féminisation supérieur des clientèles du sixième cabinet s'explique potentiellement par son ouverture plus récente : de par leur rapport au corps et à la santé, mais également leur rôle de « gardiennes de la santé au foyer » (SCHEDER, 1989, p. 154 ; CRESSON, 2001), les femmes semblent souvent découvrir l'étiopathie avant les hommes et, par la suite, inciter ces derniers à la consultation³⁰⁰.

Tableau 5 : Nombre de séances d'étiopathie déclarées au cours des 12 derniers mois selon le sexe

Nombre de séances	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
0	24	9,3	49	8,1
1	50	19,4	105	17,3
2	61	23,6	147	24,2
3	46	17,8	114	18,8
4	27	10,5	96	15,8
5	20	7,8	42	6,9
6 et plus	30	11,6	55	9,0
Total	258	100,0	608	100,0

Tableau 6 : Distribution sexuée des patientèles de six cabinets d'étiopathie

Cabinet et sexe du praticien (H/F)	Hommes		Femmes		Indéterminé ³⁰¹		Totaux	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Cabinet 1 (H)	1403	46,5	1540	51,0	76	2,5	3019	100,0
Cabinet 2 (H)	5577	44,5	6883	54,9	68	0,5	12528	100,0
Cabinet 3 (H)	10248	45,1	12153	53,0	297	1,3	22698	100,0
Cabinet 4 (H)	4711	44,9	5687	54,2	95	0,9	10493	100,0
Cabinet 5 (F)	1811	41,6	2452	56,3	93	2,1	4356	100,0
Cabinet 6 (F)	624	34,7	1134	63,0	42	2,3	1800	100,0

Dans son article sur les recours aux soins de rameurs de haut niveau, E. Pike explique la

300 Il arrive également que les femmes consultent avant leurs enfants afin de s'assurer de la compétence du praticien (ce fut le cas de Carole).

301 Cette colonne comprend la part des prénoms mixtes.

surconsommation de médecines alternatives des femmes athlètes par la configuration des traitements :

« Among rowers in the current study who had sought medical treatment, males predominantly chose traditional pathways of doctors and surgeons, whereas females were more likely to use selected forms of complementary medicine (59% of females had used CAMs compared with 10% of males). This gendering of the pain/injury/illness experience is consistent with findings which suggest that women rather than men are more likely to use non-orthodox practitioners (Sharma, 1992). It may be as a result of the ‘femininity’ of treatments such as massage and aromatherapy (Hardey, 1998), and the holistic approach to health balancing body, mind and spirit. [...] The nature of non-orthodox therapy requires active involvement of the client in the collaborative nature of the treatment process (Cant and Sharma, 2000; Hardey, 1998; Lupton, 1998) ».
(PIKE, 2005)

Le traitement étiopathique, pour sa part, n'apparaît pas spécialement « féminin » : ainsi qu'on l'a vu au premier chapitre, il relève moins du « massage » que de la « remise en place », le plus souvent à travers des gestes brefs ; il ne requiert pas une « implication » particulièrement active du client ; quant à sa dimension « holistique » – entendue comme la recherche d'un équilibre entre un « corps » et un « esprit » – elle demeure pratiquement inexistante.

3.2. Clientèles urbaines et clientèles rurales :

Les tableaux 7 et 8, construits sur la base des questionnaires, présentent respectivement les recrutements en termes de PCS et les recrutements en termes de niveau de diplôme au niveau de cinq cabinets situés dans des environnements très différents³⁰². Si la question sur le métier des parents a donné lieu à des réponses trop imprécises et surtout trop incomplètes pour qu'il apparaisse pertinent d'en faire un tableau³⁰³, il fut néanmoins possible de dégager des tendances assez nettes.

302 Ces cabinets sont ceux qui m'ont fourni le plus de questionnaires.

303 Concernant le métier du père, 8,9% des enquêtés n'ont pas répondu et 12,1% des réponses se sont avérées inexploitable.

Tableau 7 : PCS des répondants au questionnaire dans cinq cabinets

	Agriculteurs exploitants		Artisans, commerçants, chefs d'entreprise		Cadres et professions intellectuelles supérieures		Professions intermédiaires		Employés		Ouvriers		Retraités		Autres personnes sans activité professionnelle		PCS indéterminée		Non renseigné (NR)		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	0,0	nb	0,0	nb	0,0	nb	0,0	nb	0,0	nb	0,0
Cabinet 1	0	0,0	3	3,5	21	24,4	28	32,6	13	15,1	6	7,0	3	3,5	4	4,7	7	8,1	1	1,2	86	100,0
Cabinet 2	0	0,0	4	4,4	12	13,3	15	16,7	24	26,7	6	6,7	7	7,8	5	5,6	12	13,3	5	5,6	90	100,0
Cabinet 3	3	3,2	2	2,1	7	7,4	22	23,2	25	26,3	18	18,9	8	8,4	4	4,2	5	5,3	1	1,1	95	100,0
Cabinet 4	6	5,0	3	2,5	9	7,5	18	15,0	29	24,2	19	15,8	13	10,8	5	4,2	5	4,2	6	5,0	120	100,0
Cabinet 5	8	3,0	13	4,9	11	4,2	40	15,2	68	25,8	46	17,4	28	10,6	12	4,5	22	8,3	16	6,1	264	100,0
Total	17	2,6	25	3,8	50	7,6	123	18,8	159	24,3	95	14,5	59	9,0	30	4,6	51	7,8	29	4,4	655	100,0

Tableau 8 : Niveaux de diplôme des répondants au questionnaire dans cinq cabinets

	Aucun diplôme, certificat d'étude ou BEPC seul		CAP/BEP		Bac		BTS		DUT/DEUG		Bac+3 et plus		NR		Autres		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Cabinet 1	4	4,7	15	17,4	7	8,1	10	11,6	3	3,5	40	46,5	0	0,0	7	8,1	86	100,0
Cabinet 2	5	5,6	18	20,0	20	22,2	13	14,4	3	3,3	27	30,0	1	1,1	3	3,3	90	100,0
Cabinet 3	7	7,4	22	23,2	24	25,3	20	21,1	1	1,1	13	13,7	2	2,1	6	6,4	95	100,0
Cabinet 4	12	10,0	32	26,7	23	19,2	16	13,3	4	3,3	20	16,7	5	4,2	8	6,7	120	100,0
Cabinet 5	35	13,3	86	32,6	45	17,0	30	11,4	5	1,9	36	13,6	13	4,9	14	7,3	264	100,0
Total	63	9,6	173	26,4	119	18,2	89	13,6	16	2,4	136	20,8	21	3,3	38	5,7	655	100,0

Au final, ces cabinets ruraux et urbains présentent des clientèles assez spécifiques :

- le cabinet 1, sis dans le centre-ville d'une grande agglomération A, recrute d'abord chez les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires. On constate une forte proportion de diplômés bac+3 et plus. Au sein de cette population dominant les enfants de professions intermédiaires et d'employés. On compte en revanche peu d'enfants d'ouvriers.
- Le cabinet 2 est situé dans la banlieue d'une grande agglomération B. La structure de sa clientèle tend à se rapprocher de celle du cabinet 1 mais demeure globalement plus modeste. Elle comprend moins de cadres et de professions intermédiaires, et davantage d'employés ; la proportion de diplômés bac+3 et plus, quoique relativement forte, est également moindre. En outre, cette population compte majoritairement des enfants d'employés et d'ouvriers, et très peu d'enfants de cadres et de professions intermédiaires (et d'agriculteurs).
- Le cabinet 3, situé dans le centre-ville d'une agglomération C de taille moyenne située au cœur d'un bassin industriel, se caractérise par un fort recrutement en ouvriers et en professions intermédiaires. Il affiche la plus forte proportion de titulaires d'un BTS, et capte d'abord des enfants d'ouvriers et d'agriculteurs.
- Le cabinet 4 est établi dans une commune de moins de 20 000 habitants, relativement isolée. Il recrute un peu moins chez les cadres et, surtout, chez les professions intermédiaires, et davantage chez les agriculteurs exploitants et les ouvriers. Globalement, les niveaux de diplôme sont légèrement inférieurs à la moyenne. Tout comme le cabinet 3, il reçoit principalement des enfants d'agriculteurs et d'ouvriers (cette tendance est ici plus marquée, avec très peu d'enfants de cadres et de professions intermédiaires).
- Les cabinet 5 est sis dans une commune rurale de 7 000 habitants relativement proche d'un bassin industriel. Il capte nettement plus d'ouvriers et, semble-t-il, de membres de la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Il recrute en revanche très peu chez les cadres. Les titulaires d'un CAP ou d'un BEP ou de sans diplômés (ou de titulaires du seul BEPC ou du certificat d'études) sont surreprésentés. À l'inverse, on retrouve très peu de diplômés de niveau bac+3 et plus. Ce cabinet recrute beaucoup chez les enfants d'agriculteurs et d'ouvriers.

Le tableau 9, construit cette fois à partir des dossiers des clients de deux cabinets situés dans

des communes rurales, présente la structure réelle de leurs clientèles en termes de PCS³⁰⁴. Il montre que les étiopathes parviennent relativement bien à recruter parmi les membres des basses classes : au sein du cabinet 1, les ouvriers (en activité) représentent ainsi 13,3% à 18,9% des clientèles totales, et au sein du cabinet 2, entre 10,3% et 17,5% ; quant à la part des agriculteurs exploitants (également en activité), elle est respectivement de 3,6% et 4,5%³⁰⁵. Les questionnaires montrent par ailleurs que les membres de ces classes modestes présentent une consommation d'étiopathie semblable voire supérieure à ceux des catégories sociales plus aisées : les ouvriers et les membres des professions intermédiaires arrivent en tête avec une moyenne de 3,2 consultations chez l'étiopathe au cours des 12 derniers mois (médiane = 3) ; arrivent ensuite les agriculteurs exploitants avec une moyenne de 3,1 consultations (médiane = 2,5), puis les cadres et les employés avec une moyenne de 2,6 (médiane = 2) et, enfin, les artisans, commerçants et chefs d'entreprises avec une moyenne de 2,3 (médiane = 2). Ainsi, sans pour autant délaisser les classes aisées, les étiopathes rencontrent un succès assez singulier auprès des ouvriers et des agriculteurs, d'autant plus marquant que, d'ordinaire, ces PCS présentent une consommation de soins inférieure aux autres – à l'exception des artisans, commerçants et chefs d'entreprise – en particulier au niveau des soins peu couverts (AÏACH & CÈBE, 2000)³⁰⁶. Ainsi, alors que les médecines non-conventionnelles apparaissent comme un phénomène essentiellement urbain (ELZIÈRE, 1986a ; LAPLANTINE & RABEYRON, 1987), les étiopathes parviennent également à s'implanter dans des zones rurales. Il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter par exemple la liste des cabinets des Pays de la Loire et

304 Le manque de précision des intitulés des professions ainsi que l'absence fréquente du secteur d'activité et du niveau de qualification a rendu délicate cette codification, d'où l'existence de catégories hybrides telles que « artisans ou ouvriers ». Néanmoins, dans un article analysant les conditions sociales de la production statistique, Charles Soulié a montré que ce type de codage, quoique grossier, demeure en fin de compte relativement efficace. « La marge d'interprétation des personnes chargées des opérations de codage est relativement importante, ce qui doit notamment être rapporté au manque de précision des intitulés de profession. Ayant eu le même problème, les reclassements que nous avons effectués sont, au final, relativement minimes, et ont été faits essentiellement entre PCS contiguës. Ainsi par exemple, nous n'avons quasiment jamais rencontré d'ouvriers classés chez les cadres, ou l'inverse. En revanche, la frontière entre cadres et professions intermédiaires est plus poreuse. Il en est de même pour celle entre professions intermédiaires et employés, les autres PCS (agriculteurs, artisans, commerçants et ouvriers) étant mieux identifiables. Au total, c'est-à-dire après prise en compte des reclassements par le bas et par le haut, l'exercice aboutit à un solde au profit des PCS les moins élevées d'environ + 5 % (c'est-à-dire essentiellement des cadres vers les professions intermédiaires, et de ces dernières vers les employés) » (SOULIÉ, 2000).

305 Cette faible proportion des agriculteurs exploitants est à indexer à la faible représentation de cette PCS en général. D'après les données de l'INSEE de 2016, dans le département concerné la part des agriculteurs exploitants *à la fois actifs et retraités* s'élevait à seulement 2,4%. Quant à la part globale des ouvriers (actifs et retraités), elle était alors de 28,1% (Source INSEE).

306 Le fait que les agriculteurs exploitants et les ouvriers soient en l'occurrence légèrement mieux couverts que les membres des professions intermédiaires et que les cadres et professions intellectuelles supérieures (respectivement 44,4% et 39,7% à déclarer une mutuelle contre 35,0% et 33,3%) ne saurait expliquer cette tendance. En réalité les enquêtés disposant d'une mutuelle déclarent moins de consultations au cours des 12 derniers mois que ceux qui n'en bénéficient pas (2,7 séances en moyenne contre 3,0, la médiane étant de 2 contre 3). Sur ce point, un étiopathe exerçant depuis six ans avança l'hypothèse suivante : « ceux qui ont une mutuelle, ils vont faire le nombre de séances remboursées et ils n'en feront pas une de plus. Alors que ceux qui ne sont pas remboursés, si il faut quatre séances ils feront les quatre séances, s'il en faut cinq ils en feront cinq ». On peut effectivement supposer que, pour certains, la consultation tient essentiellement au fait qu'elle soit remboursée.

de la Bretagne : que l'on considère les communes de Machecoul, Savenay, Chalonnes-sur-Loire, Beaufort-en-Vallée, Montfort-sur-Meu (moins de 7 000 habitants), de Oudon, Tinténiac (moins de 4 000 habitants), de Messac (aujourd'hui Guipry-Messac), Broons, Plénée-Jugon (moins de 3 000 habitants), ou encore celles de Plessala, Braspart, Saint-Segal, et Gosne (moins de 2 000 habitants). Toutes se situent à plus de 25 kilomètres de Rennes, Nantes, Angers, Cholet, La Roche-sur-Yon ou Saint-Brieuc. Les cabinets de Beaupréau-en-Mauges (environ 7 000 habitants), Guiclan (environ 2 500 habitants) et Paimbœuf (environ 3 200 habitants) sont également assez isolés, respectivement à une vingtaine de kilomètres de Cholet, Morlaix, et Saint-Nazaire³⁰⁷.

307 On utilise ici la liste des cabinets mise à jour en septembre 2013.

Tableau 9 : Distribution de la totalité des patients de deux cabinets ruraux selon leur PCS

	Agriculteurs exploitants		Artisans, commerçants, chefs d'entreprise		Artisans ou ouvriers ³⁰⁸		Artisans ou employés ³⁰⁹		Ouvriers		Employés		Ouvriers ou employés ³¹⁰		Employés ou Professions intermédiaires ³¹¹		Cadres et professions intellectuelles supérieures		Professions intermédiaires		Cadres ou professions intermédiaires		Retraités		Autres personnes sans activité professionnelle		Inexploitables		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Cabinet 1	814	3,6	551	2,4	1023	4,5	218	1,0	3001	13,3	3072	13,7	255	1,1	91	0,4	452	2,0	1917	8,6	686	3,0	4911	21,8	3862	17,2	1651	7,3	22504	100,0
Cabinet 2	190	4,5	96	2,3	291	6,8	8	0,2	438	10,3	595	14,0	19	0,4	40	0,9	95	2,2	420	9,8	93	2,2	961	22,5	716	16,8	301	7,1	4264	100,0
Total	1004	3,8	647	2,4	1314	4,9	226	0,8	3439	12,8	3667	13,7	274	1,0	131	0,5	547	2,0	2337	8,7	779	2,9	587 2	21,9	4578	17,1	1952	7,3	26768	100,0

308 Cette catégorie comprend majoritairement des maçons, des charpentiers, des électriciens, des mécaniciens, des menuisiers, des paysagistes, des plombiers chauffagistes, des peintres en bâtiment, des bouchers et des boulangers.

309 Cette catégorie comprend essentiellement des coiffeuses, des esthéticiennes et des fleuristes.

310 Cette catégorie comprend presque exclusivement des cuisiniers et des femmes de ménage ou agents d'entretien.

311 Cette catégorie comprend presque exclusivement des secrétaires comptables.

4. Nécessité, investissement et privation : l'étiopathie entre coût et bénéfices

La majorité des étiopathes concernés par l'enquête par questionnaire auprès des usagers facturent la séance une quarantaine d'euros ; quelques praticiens en réclament 50. Certains proposent des réductions pour les mineurs (une trentaine d'euros par exemple). Parmi les 1114 répondants, seulement 39,4% disposent d'une mutuelle couvrant une ou plusieurs séances d'étiopathie, dont 18,0% qui n'ont qu'une séance remboursée, 50,0% qui en ont deux ou trois, et 24,2% en ont 4 ou 5³¹². En outre, tous ne sont pas remboursés intégralement : plusieurs enquêtés ont indiqué en marge de leur questionnaire que leur mutuelle ne les couvre qu'à hauteur de 50% ou 75%, ou encore qu'ils bénéficient d'un montant fixe (100€ remboursés sur l'année par exemple). On observe que les enquêtés qui ne bénéficient pas d'une mutuelle déclarent légèrement plus de séances que ceux qui en ont une (3,0 séances en moyenne contre 2,7, la médiane étant de 3 contre 2). S'il en est ainsi, c'est probablement que, pour une partie des clients, qui sont soit limités sur le plan économique soit peu disposés à investir de telles sommes dans cette médecine, ces remboursements – qui excèdent donc rarement 3 séances – s'avèrent déterminants. Une enquêtée écrivait ainsi en marge de son questionnaire « *qu'elle irait davantage si sa mutuelle la remboursait* ».

Pour la majorité des enquêtés, l'étiopathie constitue donc une dépense, et une dépense parfois considérable. Mais, pour cette même majorité, on a vu au cours de ce chapitre que cette thérapeutique représente souvent le seul moyen d'obtenir un soulagement. Les dépenses se voient ainsi justifiées sur le registre de la nécessité. Ainsi Mme Ayrault affirme : « *forcément, on se dit bon, faut pas en abuser. Quarante euros euh... Après voilà quoi, quand il y a pas le choix, y a pas le choix hein* ». Parfois, cette dépense prend la forme d'un investissement, dans la mesure où elle permet d'éviter une mise en arrêt.

ENQUÊTEUR : « *Sur le plan financier, ça n'a jamais été un frein ?* »

M. NEVILLE : *Ah ben quand on n'a plus mal euh... c'est pas un frein !*

MME NEVILLE : *Ouais, on sait que c'est 40 ou 45€ qui vont partir, mais quand on revient et qu'on est bien...*

M. NEVILLE : *De toute façon je vous ai raconté : t'es 48h aux urgences et t'as toujours mal hein... Mais t'es remboursé ! Mais t'as toujours mal... Bah sur le plan financier, si, c'est-à-dire que c'est de l'argent hein ! On va pas dire que ça fait pas une somme : si. Mais derrière on y va pour être soulagé aussi hein. »*

312 Avec 46,9% de bénéficiaires, les employés sont les plus nombreux à déclarer une mutuelle. Arrivent ensuite les ouvriers (39,7%) et les agriculteurs (12 sur les 27). Les professions intermédiaires et les cadres, soient les deux autres groupes les plus représentés, sont respectivement à 35,0% et 33,3%.

MME NEVILLE : *À choisir, nous, même si c'est pas remboursé, on va pas prendre l'ostéopathe. On va prendre l'étiopathe.*

Si les Neville, qui cumulent à eux deux entre six et huit séances annuelles (sans compter les enfants), « font le choix » de privilégier l'étiopathie alors même qu'ils disposent d'une mutuelle remboursant les soins en ostéopathie, c'est probablement que, pour ces producteurs de lait dont la situation financière demeure précaire³¹³, ces dépenses sont, à tout prendre, moins pénibles qu'un arrêt de l'activité. En outre, les enquêtés parviennent d'autant mieux à composer avec ces dépenses qu'elles peuvent en éviter d'autres – notamment celles liées à des consultations ou à des médicaments non remboursés ou partiellement remboursés – et, surtout, que les traitements étiopathiques demeurent relativement courts et espacés. « *L'étiopathe c'est 40€ mais comme on n'y va pas tous les 15 jours, ça vaut le coup d'essayer* », estime ainsi M. Rimbaud. En outre, comme il s'agit de troubles bénins, les enquêtés peuvent aussi faire preuve d'un sursaut de résistance afin de retarder les consultations et d'étaler les dépenses : « *Après on n'y va pas tous les mois non plus. Mais bon on essaie de pousser le plus loin possible, jusqu'où on peut attendre... Bon les enfants on y va un petit peu plus facilement, parce qu'on veut pas qu'ils souffrent de trop, mais nous on va attendre un ou deux mois. On va dire "on va voir". Et à un moment donné quand on voit que ça va pas du tout on prend rendez-vous* » (Carole)³¹⁴. Ainsi, malgré un coût qui contraste avec ceux des soins officiels et qui, dans certains cas, constitue effectivement un obstacle à la consultation, les recours à l'étiopathie ne sont pas l'apanage des classes aisées³¹⁵. Confrontés à une forme de nécessité, les membres de classes plus modestes parviennent à faire en sorte que ces soins « non-urgents », parfois appréhendés comme un investissement, demeurent relativement accessibles.

Conclusion du chapitre 4 :

Les usagers des étiopathes sont avant tout mus par la recherche d'un soin efficace et d'un soulagement, comme l'a observé Jean Benoist au sujet des recours aux médecines différentes (1996). « [Ce dernier] rappelle à juste titre que l'anthropologue a tendance à surestimer le poids de

313 - « *On n'a pas une trop grande exploitation donc c'est gérable à nous deux [explique M. Neville]. Après, financièrement, on n'a jamais fait de folie, et je pense qu'on n'en fera jamais.*

- *On ne part pas en vacances déjà, glisse Madame Neville.*

- *Si on arrive à tenir la marée en ferme, on capitalise, c'est tout. Mais en argent réel on n'en a pas des tonnes. Pour retirer un salaire, payer nos charges et vivre, il nous faudrait 330€ les 1000 litres de lait. Aujourd'hui on est à 270€ [...] Le prix du lait est le même qu'il y a 30 ans. Quelle profession a le même salaire qu'il y a 30 ans ? »*

314 D'une manière générale, les enquêtés semblent beaucoup moins regardants à la dépense dès lors qu'il s'agit de soigner leurs enfants.

315 Quoique de tels coûts excluent très probablement les personnes les plus précarisées.

la quête de signification dans les itinéraires pluralistes des malades – recherche du sens du mal "qui est bien plus périphérique et secondaire qu'on ne le dit souvent"» (HAMMER, 2010, p. 214)³¹⁶. Dans leur démarche, les médecines manuelles non-conventionnelles sont d'ailleurs relativement proches de la médecine officielle, comme le notait déjà E. Pike au sujet des chiropracteurs : « [they] are considered as more akin to orthodox biomedicine, being very short (approximately 15 minutes) and more suited to the pragmatic patient who simply wants relief of a symptom rather than the more holistic care offered by other alternative therapies » (2005).

Si les étiopathes campent sur une position spécifique dans la division du travail thérapeutique, revendiquant essentiellement la prise en charge de troubles d'une gravité limitée, pour lesquels le corps, une fois « remis d'équerre », peut recouvrer son potentiel « naturellement », force est de constater que cette position est relativement bien perçue par les usagers. En effet, ces derniers appréhendent l'étiopathie selon un schème que Raphaël Hammer qualifie « d'homéopathique », par opposition au schème « allopathique » qui, lui, caractérise la médecine officielle.

« Le schème allopathique est associé aux maux aigus, touchant des organes vitaux et exigeant une réponse efficace et rapide. La notion d'urgence en constitue le paradigme, évoquant simultanément la nécessité d'une mesure énergique, immédiate agissant physiquement à l'intérieur du corps. À cet égard, les médicaments et traitements de la médecine officielle apparaissent comme "plus puissants". [...] À l'inverse, le schème homéopathique englobe des maux mineurs qui appellent des remèdes doux et "gentils". Il s'agit surtout de problèmes fonctionnels ("maux estomac", "sommeil"), de troubles mineurs (on parle de "bobos", de "petites maladies" telles que le rhume ou l'angine), de maux situés à la surface du corps ("problèmes de peau", eczéma), et/ou dont le caractère chronique nécessite un traitement pour la durée (l'asthme par exemple). Si l'urgence caractérise le schème allopathique, c'est la notion de "superficiel" qui signifie le mieux le schème homéopathique. »
(HAMMER, 2010, p. 177)

À l'étiopathe revient donc la prise en charge de troubles « légers » qui, à la longue, peuvent empoisonner l'existence et entraîner une forte consommation de soins ou de médicaments. Au médecin, en revanche, reviennent les troubles d'une nature plus incertaine, ou dont on sait d'ores et déjà qu'ils sont susceptibles de dégénérer, et qui nécessitent une thérapeutique plus puissante, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse. Si, dans l'éventail des recours aux soins, l'étiopathe apparaît comme un atout fort appréciable sur le plan thérapeutique, le diagnostic médical constitue un garde-fou permanent. En cas de doute, c'est bien souvent lui qui « autorise » indirectement l'intervention de l'étiopathe. Ce praticien manuel occupe ainsi une place proche de celle du guérisseur décrite par Guillaume Fernandez, une place qui ne concurrence que très peu le médecin :

316 Citant BENOIST, J. (1996), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Éditions Karthala, p. 495.

« Le guérisseur occupe une place bien précise dans la gamme des recours de la famille. N'étant pas médecin et ne disposant pas d'une réelle légitimité dans l'administration des soins, il n'a pas une grande liberté d'action. Sa pratique est strictement limitée et encadrée sous divers aspects. Il n'agit tout d'abord, que sur l'extérieur du corps, ne procédant que par massages ou manipulations. Il ne prend donc en charge qu'une gamme limitée de problèmes qui sont essentiellement des douleurs dorsales chez [l'enquêtée de l'auteur], des douleurs dentaires chez les enfants ou des allergies ne demandant qu'une forme superficielle d'intervention sur le corps » (2000, p. 276).

L'enquête statistique révèle que les soins étiopathiques atteignent davantage les hommes et les membres des basses classes que ne le laissent supposer les études portant sur les médecines non-conventionnelles. Les besoins auxquels répondent les étiopathes sont donc largement partagés par les différentes classes sociales. Anne Quéniart avait déjà fait remarquer que la sélectivité des médecines alternatives tend à s'effacer dès lors que l'on considère essentiellement les personnes atteintes d'un mal de dos : « Au Québec [écrit-elle], les données du sondage effectué pour la commission Rochon montrent que les personnes qui, pour soigner un mal de dos, font appel à un praticien alternatif, ne présentent pas de profil socio-démographique particulier : il y a autant de femmes que d'hommes, d'actifs que d'inactifs, d'instruits que de moins instruits » (QUÉNIART, 1990). Le succès particulier que rencontrent ces praticiens auprès des classes modestes réside en partie dans ce que la compétence linguistique, qui tend habituellement à pénaliser ces classes auprès du corps médical, n'apparaît plus – ou apparaît moins – déterminante dans la qualité de la relation et de la thérapeutique. Elle réside également dans ce que le traitement manuel des étiopathes s'avère compatible avec la culture somatique des milieux populaires. En outre, l'étiopathe, par sa prise en charge des petits maux du quotidien, apparaît comme un thérapeute de choix auprès des travailleurs, et plus particulièrement du travailleur manuel, qui évite ainsi une dégradation de ses capacités physiques et une éventuelle mise en arrêt.

Chapitre 5

La profession médicale et le marché de la non-urgence : les conditions sociales d'une incongruence

Ce cinquième chapitre consistera à mettre en perspective le « marché de la non-urgence » sur lequel se positionnent les étioopathes avec ce que l'on sait par ailleurs de la profession médicale, non seulement grâce à la littérature sociologique, mais également grâce à la littérature médicale elle-même. Il s'agira de montrer qu'en raison de la place centrale de l'hôpital (dans l'enseignement et dans la construction des savoirs valorisés et valorisables) et du fait de son rapprochement avec l'État, la profession médicale éprouve des difficultés à prendre en charge ces « petits maux » qui composent le marché de la non-urgence. Je rappellerai dans un premier temps que la thérapeutique n'a jamais constitué qu'un aspect de l'exercice de la médecine, et que celle-ci n'est aucunement au principe du monopole légal dont bénéficie les médecins. Leurs moyens thérapeutiques sont en fait demeurés relativement faibles jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle. Puis, on verra que dès les années 1960, sitôt l'offre médicale devenue largement accessible, les médecins, et notamment les généralistes, se sont retrouvés confrontés à une nette augmentation des troubles dits « fonctionnels » pour lesquels ils ne décèlent aucune lésion organique. Aujourd'hui encore, ces troubles représentent une part considérable des prises en charge en médecine générale et, globalement, les professionnels font état de difficultés à formuler des diagnostics. Si, pour pallier à ces difficultés, certains d'entre eux ont travaillé dès le début des années 1980 à la promotion d'un modèle « biopsychosocial », la spécificité de la médecine générale reste largement à objectiver. Se pose ainsi la question de la pertinence d'un système d'enseignement fondé sur des savoirs spécialisés pour des praticiens chargés de recevoir les doléances en « première ligne ». On effectuera ensuite un détour par les kinésithérapeutes, relativement proches des étioopathes. Si, en tant que praticiens manuels, ces paramédicaux prennent en charge des troubles non-urgents, le développement de leur compétence en la matière reste entravé par le corps médical. Les médecins, en effet, s'intéressent peu à la kinésithérapie, et ne permettent pas aux kinésithérapeutes de mener leurs propres recherches. Il s'avère au final que bon nombre des techniques utilisées par ces derniers n'ont jamais fourni la preuve de leur efficacité. Enfin, on verra qu'au-delà des écueils cliniques et thérapeutiques auxquels sont confrontés les médecins, leur intervention tend à être bornée par l'objet du travail médical, qui ne consiste pas à « répondre à la demande du patient ». La protection du monopole médical par l'État a eu pour contrepartie la maîtrise des dépenses publiques, or cette maîtrise impacte la

conception même des maladies et les prises en charges qui en découlent. On observe dès lors des décalages entre les problèmes « médicaux » et les problèmes des usagers qui constituent autant d'espaces sur lesquels les praticiens non-conventionnels peuvent se positionner.

1. De l'hôpital à la médecine de ville : la profession médicale entre succès et échecs

1.1. Jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle : une efficacité thérapeutique limitée

La thérapeutique, soit le traitement des maladies, n'a jamais constitué qu'un versant de l'activité médicale, et celui-ci n'est pas au principe du monopole légal dont jouit la profession en matière de diagnostic et de prescription. Le mandat des médecins, en effet, s'est constitué à une époque où leur rôle relevait essentiellement de la surveillance et de la prévention (LÉONARD, 1978 ; 1981 ; FAURE, 1994). « La bataille de l'hygiène est absolument décisive dans l'appréciation de l'œuvre des médecins du XIX^e siècle. [...] Cette notion doit être entendue dans le sens le plus large ; au-delà de la propreté, elle étend son empire sur tout ce qui concerne la santé ; elle coïncide avec ce que nous appelons maintenant la défense de l'environnement et la qualité de vie. La logique de l'hygiéniste élargit le champ d'action du corps médical ; la protection de la population implique une politique de prophylaxie systématique qui transformerait le médecin en conseiller intime de l'homme d'État, pour dessiner les linéaments d'une cité aseptisée (LÉONARD, 1978, p. 173). Cet hygiénisme se développe « dans les lacunes de la thérapeutique. Faute de pouvoir guérir, il importe de prévenir » (LÉONARD, 1978, p. 173). « Les médecins du XIX^e siècle, persuadés que l'hygiène publique et privée détient une efficacité supérieure à leurs techniques curatives, consacrent des efforts à convaincre les élites et à transformer les mentalités. Sans être une science positive, l'hygiène se présente comme un discours sur le bien-être matériel et psychique » (LÉONARD, 1981, p. 149)

Les travaux de Patrice Pinell offrent une vue d'ensemble de la genèse du champ médical entre 1795 et 1870 (PINELL, 2009). Celui-ci s'organise autour de trois espaces en interrelation : la médecine clinique, la médecine sociale, et la médecine biologique, l'ensemble du champ étant dominé par l'élite hospitalière de la médecine clinique. Après la Révolution de 1789 et la fermeture des facultés de médecine et de chirurgie, un nouvel ordre médical voit le jour avec la création de trois écoles publiques de santé à Paris, Strasbourg, et Montpellier. Les métiers de médecin et de

chirurgien, auparavant distincts, sont à présent unifiés. Quant à l'hôpital, il devient « un lieu voué à la science, à l'enseignement et aux soins » (PINELL, 2009). C'est autour de cet hôpital que se constitue l'espace, dominant, de la médecine clinique, qui consiste à produire des connaissances sur la maladie, à en décrire les lésions et les symptômes, et à en recenser les fréquences. En revanche, « dans la médecine anatomo-clinique, la question de l'étiologie de la maladie est écartée de la définition des entités pathologiques et reléguée dans l'univers des spéculations théoriques. Autrement dit, pour acquérir de l'autorité scientifique, un clinicien doit prioritairement contribuer au travail de description et de classement des maladies et faire reconnaître son apport. [...] L'autorité médicale se joue peu sur les compétences thérapeutiques, à une époque où l'idée selon laquelle la *vis medicatrix naturae* est le principe déterminant de la guérison reste très largement partagée par les membres de l'élite³¹⁷ » (PINELL, 2009). La médecine sociale consiste, pour sa part, en « une médecine au service de la société prenant en charge la lutte contre les maladies épidémiques ». Celle-ci permet aux médecins « d'exercer [leur] influence dans de nombreux domaines : l'urbanisme, l'alimentation, la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, le cancer, les conditions de travail, l'école, l'éducation physique, la pratique du sport et de l'exercice » (MONET, 2003, p. 87-88). Quant à la médecine biologique, elle produit « des recherches "fondamentales" concourant à la compréhension du vivant (et sources potentielles de progrès pour la médecine) et des travaux susceptibles de donner lieu à des applications médicales (comme l'analyse chimique d'une plante et l'isolement de son principe actif) » (PINELL, 2009). Cette médecine se développe « en marge des hôpitaux et des facultés de médecine, dans les laboratoires (de fortune) de quelques institutions prestigieuses (Collège de France, Muséum d'histoire naturelle) » (PINELL, 2005).

La domination exercée par les cliniciens hospitaliers obère le développement d'une médecine articulée avec ces sciences biologiques. Une institution comme la Société de biologie contribue certes à rapprocher médecine clinique et médecine biologique mais, dans les faits, « les cliniciens interviennent peu, les communications émanant dans leur grande majorité des "scientifiques" » (PINELL, 2009). Le programme promu par Claude Bernard dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (publié en 1865) suppose une articulation entre laboratoire de recherche et service clinique que la structure du champ ne permet pas encore. En effet, le rôle majeur que les expérimentalistes entendent conférer à la physiologie dans la définition de la

317 L'acte thérapeutique n'est guère valorisé que chez les chirurgiens hospitaliers, encore que c'est davantage la virtuosité du praticien qui est estimée plutôt que son efficacité thérapeutique. À une époque où il n'existe ni anesthésie ni antiseptie, le chirurgien se voit contraint d'opérer rapidement, et les taux de mortalité opératoire et post-opératoire restent très élevés.

pathologie suppose une reconfiguration profonde des rapports entre les deux espaces. Ainsi C. Bernard, quoique révérend, a peu d'influence sur le monde hospitalo-universitaire. Ce n'est qu'avec le pasteurisme que la médecine biologique prendra véritablement son essor, encore que le succès des travaux de Pasteur ne doit rien à leur impact sur la thérapeutique médicale, mais à l'activisme des hygiénistes qui, faisant fi des précautions scientifiques d'usage, se sont empressés d'en diffuser et d'en généraliser les résultats (LATOURE, 1984)³¹⁸. Le pasteurisme ne mettra d'ailleurs pas complètement fin à l'étanchéité entre le monde hospitalo-universitaire et le laboratoire. Ainsi dans les communications présentées à l'association française pour l'étude du cancer, créée en 1906, les médecins cliniciens ignorent largement les travaux des expérimentalistes sur les radiations (PINELL, 1992, p. 90-101). La médecine hospitalière est donc longtemps restée descriptive et, sur le plan thérapeutique, l'élite tâtonnait avec un empirisme qui ne les distinguait guère de leurs concurrents illégaux. Malgré les prodigieuses avancées scientifiques du 19^{ème} siècle, « les thérapeutiques médicales sont encore peu efficaces et la pauvreté de la pharmacopée qui n'est pas encore industrialisée ne permet pas de répondre à la demande sociale de soins (MONET, 2003, p. 86). Les progrès notables de la fin de ce siècle concernent essentiellement la chirurgie avec l'introduction de l'asepsie et de l'antisepsie, ainsi qu'avec la maîtrise de l'anesthésie. Globalement, la compétence thérapeutique de la profession médicale est demeurée relativement faible jusqu'à l'introduction massive des antibiotiques après la Seconde Guerre mondiale (ILLICH, 1975 ; ADAM & HERZLICH, 2007 ; PINELL, 2009). Dans leur étude sur les évolutions de l'exercice de la médecine entre 1930 et 1980, C. Herzlich et ses collègues rapportent d'ailleurs que « pour [les] médecins qui ont commencé à pratiquer avant la révolution des antibiotiques, le recours à l'homéopathie ou l'acupuncture pouvait à leurs débuts leur apparaître comme un moyen de sortir de l'impuissance thérapeutique » (HERZLICH ET AL., 1993, 175).

La disparition des grandes épidémies des siècles précédents ainsi que l'élévation globale de l'espérance de vie sont donc dues à d'autres facteurs que la thérapeutique médicale (ILLICH, 1975 ; ADAM & HERZLICH, 2007). En effet, « dès le début du XVIII^{ème} siècle, l'enfant français a une espérance de vie supérieure à celle de ses parents. L'écart entre génération s'accroît encore entre 1899 et 1920. [...] Pendant le dernier demi-siècle, cet écart s'est rétréci. Chez certaines populations hautement industrialisées, l'écart a disparu et les jeunes ont à craindre de ne pas durer aussi longtemps que leurs ancêtres » (ILLICH, 1975, p. 21). Les mortalités par tuberculose, par dysenterie, par choléra et par typhoïde se sont abaissées bien avant que l'acte médical ne s'en mêle. D'après

318 En effet, ces derniers accordèrent d'emblée du crédit à une thèse susceptible de les sortir d'une situation délicate : devoir tout assainir sans disposer des moyens pour y parvenir.

Ivan Illich, le premier déterminant de l'état de santé global d'une population est son environnement général et son mode de vie, à commencer par son alimentation, ses conditions de logement, et ses conditions de travail. Loin derrière, le second déterminant réside dans les activités sanitaires de la population, comme le traitement des eaux, la fosse septique ou l'utilisation du savon. « Ce n'est qu'au troisième rang qu'il faut placer l'impact de l'acte médical sur la santé globale. Contrairement à l'environnement et aux techniques sanitaires non professionnelles, les soins médicaux que "consomme" une population ne sont nulle part ni jamais liés de façon significative à un allègement du poids de la morbidité ou à une prolongation de l'espérance de vie » (ILLICH, 1975, p. 28)³¹⁹.

1.2. À partir des années 1960 : explosion de l'offre et mutation des « besoins »

« Avant la Seconde Guerre mondiale encore, on ne consulte le médecin que si l'on juge la maladie suffisamment grave » (ADAM & HERZLICH, 2017, p. 24). Cet état de fait devait rapidement connaître un profond bouleversement, sous l'impulsion de plusieurs facteurs. Le premier réside dans la création de la Sécurité Sociale et l'institution du régime général de l'Assurance Maladie, à travers les ordonnances d'octobre 1945. Ainsi, « la France des années 60 offre l'image d'une société où les salariés sont assez largement couverts par rapport à leurs dépenses de santé » (ARLIAUD, 1987, p. 33). En outre, « juste après la Seconde Guerre mondiale, la multiplication des visites a été facilitée par l'urbanisation, la facilité de circuler, une prise de conscience des "besoins" médicaux réguliers (soutenus par la diffusion à l'école de connaissances anatomiques et corporelles). [Puis] dans les années 70, l'invention chimique a entraîné l'arrivée des prescriptions médicamenteuses à grande échelle et coïncidé, vers 1980, avec la bureaucratisation des services médicaux provoquant un grand nombre de prestations individualisées » (PENEFF, 2005, p. 101). Parallèlement à cette accessibilité croissante, les médecins ont connu une véritable explosion de leurs effectifs : « la croissance de la population médicale, qui n'avait été que de 14% entre 1955 et 1960 et de 19% entre 1965 et 1970 passe subitement à 39% dans la période 1975-1980 » (ARLIAUD, 1987). Et, entre 1975 et 1990, l'augmentation du nombre de médecins est de 76% (BROCLAIN, 1994, 147). Au 1^{er} janvier 2018, l'Ordre recense 198 081 médecins en activité régulière, dont 87 801 (soit 44,3%) de généralistes (tous modes d'exercice)³²⁰.

319 P. Pinell affirme également qu'« on observe bien une baisse progressive de la mortalité infectieuse pendant la première moitié du XIX^{ème} siècle, mais celle-ci est due à une intrication complexe de facteurs (amélioration des conditions de vie, progrès de l'hygiène, impact des politiques antituberculeuses) et non pas à une efficacité thérapeutique nouvelle qui, elle, ne devient manifeste qu'avec l'invention des antibiotiques » (PINELL, 2009).

320 Ordre national des médecins, « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018 ».

Cette accessibilité accrue aux soins a eu pour effet de confronter rapidement les membres de la profession médicale, et plus particulièrement les médecins généralistes³²¹, à de nouveaux « besoins »³²². Dès les années 1960, « de multiples demandes s'expriment, jusque-là contenues. La médicalisation gagne en extension tant dans ses objets que dans son marché. On attend beaucoup de la médecine. La division du travail médical en spécialités, longtemps réservées aux seuls secteurs hospitaliers, connaît des développements importants et la circulation des malades dans le système de soins se substitue en partie au modèle du médecin de famille subitement incapable de répondre à lui seul à tant de besoins et à tant de fantasmes » (ARLIAUD, 1987, p. 33). Les auteurs de l'enquête sur les évolutions de l'exercice de la médecine entre 1930 et 1980 notent que « l'accord est grand pour reconnaître une évolution globale de la clientèle » et une « montée des attentes » : « les malades sont devenus au cours du temps plus informés et aussi moins fatalistes et plus douillets » (HERZLICH ET AL., 1993, p. 185). Si ces demandes renvoient globalement à des troubles moins graves, leur appréhension sur le plan clinique n'en demeure pas moins problématique. Témoin de cette difficulté, la nette augmentation, dès cette période, des « malades fonctionnels »³²³ : une étude, publiée en 1969 et menée auprès d'un échantillon représentatif de 235 médecins, montre que 42% d'entre eux déclarent dans leur clientèle 10 à 30% de malades fonctionnels, et que les autres en dénombrent de 30% à 85% (BOLTANSKI, 1971). D'autres travaux mettent en évidence un taux d'accroissement de 82% des malades fonctionnels entre 1963 et 1966 (BOLTANSKI, 1971 ; BRAMS ET AL., 1972). Plus récemment, une étude française (réalisée par des médecins) a estimé entre 15% et 30% la prévalence des « symptômes biomédicalement inexplicables » en médecine générale (MOREAU ET AL., 2004). Plus généralement – c'est-à-dire au-delà des seuls troubles pour lesquels les professionnels ne décèlent aucune lésion organique – certains acteurs issus du monde médical soulignent la difficulté des généralistes à formuler des diagnostics. « D'après l'étude de ce qu'elle appelle des "résultats de consultation", la Société française de médecine générale estime que les deux tiers environ des consultations de médecine générale ne se terminent pas par un diagnostic au

321 « La logique du développement de la spécialisation consistant à autonomiser les zones où apparaît un savoir ou un savoir-faire efficient et standardisé, la médecine générale est devenue, en quelque sorte, *ce qui reste* parce que ne correspondant pas suffisamment à ce critère, au moins aux yeux de ceux qui ont le pouvoir de définir. Toutefois, cette définition de son objet *par la négative* ne facilite guère l'exercice et l'accomplissement professionnels. La médecine générale s'oppose à la médecine spécialisée sur le double plan de l'étendue de la tâche et de l'adéquation de la méthode à l'objet. Un médecin généraliste peut, en effet, tout voir en matière de pathologie. Une façon de dire que la probabilité de ne pas voir, un jour, ce qu'il faut – tant peut être grande l'imprévisibilité d'un événement – est ici plus forte qu'ailleurs » (ARLIAUD, 1987, p. 104).

322 D'autant plus que « la baisse de la mortalité ne s'est pas accompagnée d'une baisse de la morbidité en général » (AIACH ET AL., 1994, p. 24).

323 « La classe des "maladies fonctionnelles" ou plutôt des "malades fonctionnels" n'a de définition que négative : elle réunit parmi l'ensemble des sujets qui ont une morbidité ressentie et présentent des symptômes au médecin tous les malades chez qui le médecin, avec ses procédés d'investigations habituels, ne peut déceler de lésion organique » (BOLTANSKI, 1971).

sens strict. La majorité de ces troubles sans étiquette diagnostique en fin de consultation n'en recevra pas davantage à l'issue de consultations ou examens ultérieurs. D'où, sans doute, le succès qu'a pu connaître un temps auprès des omnipraticiens la notion de "*maladie inorganisée*" de Balint » (BLOY, 2008). En 1986, une étude menée par un médecin suisse, P. Landolt-Theus, dressait un tableau similaire : « un diagnostic précis, scientifiquement posé et sans ambiguïté, ne peut être établi que dans 1 cas sur 10 environ. Dans 1/3 des cas, les troubles peuvent être attribués à des tableaux pathologiques supposés, sans que cette relation ait parfaitement la valeur d'un diagnostic. Dans plus de la moitié des cas, l'interrogatoire dirigé et un examen clinique soigneux ne permettent de parvenir ni à un diagnostic, ni à l'élaboration d'un tableau nosologique précis, et l'on s'en tient à une description de groupes de symptômes et de symptômes. Dans ces cas-là, il s'agit surtout d'éliminer tout d'abord toute évolution dangereuse et évitable et d'observer le malade » (LANDOLT-THEUS, 1986). Notons que ces difficultés ne concernent pas que la médecine française : d'après une étude américaine, un tiers des symptômes somatiques demeureraient inexpliqués, et pas moins de 20 à 25% seraient chroniques (KOENKE, 2003).

Aux yeux des médecins, ces nouveaux types de besoins peuvent s'avérer peu légitimes. Ainsi, dans l'article de L. Brams, un généraliste estime être consulté « *pour des broutilles* » et ne plus recevoir de « *vrais malades* ». Dans une thèse de médecine, une étudiante introduit son étude de la réception des « symptômes biomédicalement inexpliqués » par des généralistes en expliquant que « ce terme de "pathologies fonctionnelles" reste très employé par les professeurs de spécialités d'organes qui le transmettent avec une connotation péjorative. Les maladies sont ainsi ordonnées en une sorte de classification hiérarchique qui s'applique également aux patients qui s'y rattachent. Ce diagnostic empêche de conférer un statut "respectable" au patient, et le médecin n'acquiert aucune "fierté" à le poser »³²⁴(BRABANT, 2006, p. 14). Les plaintes pour lesquelles aucune lésion organique n'est décelée peuvent également être renvoyées vers le domaine de la psychologie (cf. le cas de Chloé). Plusieurs des médecins entendus par L. Brams confondent ainsi « malades fonctionnels », « dépressions nerveuses », « troubles psychiques », « problèmes psychologiques », « anxiété », « histoires bénignes subjectives ». Les étiologies oscillent alors entre inadaptation à la « vie urbaine », « drames psychiques » et autres « problèmes familiaux », « traites à payer », « surmenage », etc. (BRAMS ET AL., 1972). Dans l'une des études citées plus haut (MOREAU ET AL., 2004), les praticiens usent également de formulations traduisant des conceptions plus ou moins psychogènes pour qualifier ces symptômes biomédicalement inexpliqués : 34% des médecins

324 L'auteure s'appuie ici sur les travaux de Balint, M. [1957] (1988). *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris : Payot.

parlent de « troubles psychosomatiques », 30% de « troubles fonctionnels », 10 % de « troubles de somatisation », 7% de « troubles de conversion », 5,5% de « troubles somatoformes»³²⁵, et 3,5% de « troubles psychosociaux » (reste encore 10% d'appellations « autres »). Et, dans leur enquête sur les évolutions de la pratique médicale entre 1930 et 1980, C. Herzlich et ses confrères notaient que, pour tous les médecins, « les "contacts humains", qui pour certains d'entre eux s'identifient à "la prise en compte de la dimension psychologique chez le patient", ont été l'un des aspects essentiels de leur activité. [...] Les patients qu'ils ont connus en ville voulaient un autre type d'attention. [...] Le recours plus fréquent aux médecins a sans doute accru cette exigence en même temps que, parallèlement à une consommation médicale croissante, les affections graves laissaient aussi plus de place aux "maux de l'imagination" pour lesquels rien ne vaut l'écoute et l'attention » (HERZLICH ET AL., 1993, p. 178).

Face à cette transformation de l'exercice de la médecine, certains acteurs ont proposé dès le début des années 1980 le développement d'un modèle dit « biopsychosocial » (ENGEL, 1980), qui « considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires » (BERQUIN, 2010). Si, d'après certains praticiens, celui-ci reste « mal compris et mal utilisé » (BERQUIN, 2010), c'est néanmoins dans le créneau de la relation soignant-soigné que les médecins jouent le jeu de la spécialisation de la médecine générale, « discipline médicale émergente en quête de reconnaissance, cherchant à se doter en positif d'une identité propre » (BLOY, 2010, p. 189). Certaines facultés proposent ainsi à leurs étudiants de troisième cycle des consultations simulées en complément du stage chez le praticien³²⁶. « Le message est que loin d'être des opérations gratuites, le supplément d'attention ou d'empathie, l'effort de mise à portée réciproque des préoccupations professionnelles et profanes, sont des déterminants de la qualité toute médicale de la prise en charge réalisée » (BLOY, 2010, p. 197). À terme, l'objectif de ces consultations est la consécration d'une « approche globale » exigeante et indissociable de la pertinence du diagnostic du généraliste. Cependant, les objectivations des qualités attendues chez les étudiants lors de ces consultations simulées demeurent partielles : outre l'axe « médical pur », les étudiants sont évalués sur un second axe comprenant « tout le reste », or ce « reste », qui est au fondement du dispositif, est évalué d'une façon ostensiblement subjective (BLOY, 2010, p. 202).

325 « Selon la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, les troubles somatoformes ont pour caractéristique essentielle l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. D'autre part, s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet pas de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet » (DEMONDION ET AL., 2000).

326 Selon les facultés, ces consultations constituent des évaluations finales ou de simples formations. « Il s'agit d'un dispositif inspiré d'épreuves en vigueur dans des facultés de médecine nord-américaines » (BLOY, 2010, p. 190).

« Le mode d'intégration des connaissances en vue d'une formalisation aboutie de ce qui fait la qualité de pratique spécifique en médecine générale reste [donc] largement à définir » (BLOY, 2010, p. 202). Dans les pays anglo-saxons, cette approche biopsychosociale a d'ailleurs donné lieu à une tradition de recherche associant des généralistes et des sociologues qui sont recrutés par les départements de médecine générale et qui prennent part à l'enseignement. En France, en revanche, « depuis le décret de 1992 imposant l'enseignement des sciences humaines en premier cycle de médecine, les sciences sociales ont très sporadiquement droit de cité dans les facultés de médecine. Les enseignants en sciences sociales ne sont pas associés de façon intégrée à la formation des médecins généralistes élaborée récemment » (HAXAIRE ET AL., 2010).

À cet écueil de définition de la pratique du généraliste s'ajoute celui de son intégration au sein d'un système de formation organisé sur la base de savoirs spécialisés. Comme le fait remarquer A-C. Hardy, la construction de cette « approche globale » repose sur une socialisation professionnelle différente de celle correspondant à l'exercice des autres spécialités. « Comme certains le font remarquer, ils doivent "apprendre à l'envers", puisqu'il s'agit de partir du patient pour trouver la maladie. Ainsi, durant le troisième cycle des études médicales, une attention plus importante est portée, par les enseignants universitaires, à l'arbre décisionnaire, à l'écoute des signes, à l'environnement du patient, aux inégalités sociales, *etc.* – autant d'éléments qui ne figurent plus dans l'enseignement général de la médecine, ou sous des formes standardisées (comme les sciences humaines et sociales [SHS] dont le statut reste très flou, ou l'éthique, parfois relayée au rang de discipline optionnelle). Cette situation paradoxale place la médecine générale dans une situation proche de l'anomie » (HARDY, 2015). Cette relative inadéquation de la formation médicale hospitalo-centrée à l'exercice de la médecine de ville a été soulignée dès le début des années 1980 par Isabelle Baszanger³²⁷ : « cette non-correspondance entre les catégories de pratique et les études n'est pas, s'agissant de médecins généralistes, un hasard. Elle correspond à une réalité : la médecine générale n'est pas seulement la médecine hospitalière en moins bien, elle a des caractéristiques spécifiques (dont un rapport au malade particulier) que les étudiants n'ont pas pu appréhender à l'hôpital » (BASZANGER, 1981). « [Le généraliste] est "au contact des gens" et de leurs conditions de vie qui favorisent l'émergence d'une "pathologie de tous les jours" qui peut différer de celle rencontrée à l'hôpital. [...] Le poids [que les généralistes] accordent aux répercussions de l'environnement sur la santé et aussi sur les traitements envisageables les conduit à élaborer des procédures d'utilisation du savoir universitaire différentes de celles enseignées dans les C.H.U. Et

327 La « réforme Debré » de 1958 a fait de l'hôpital un lieu central de la formation des futurs médecins avec la création des centres hospitalo-universitaires (CHU) (JAMOUS, 1969).

en ce sens il y a bien spécificité de la médecine générale. L'objectif est alors non la substitution d'un système explicatif par un autre, mais la constitution d'une zone pertinente de savoir qui utilise le savoir médical universitaire en fonction de la réalité de la médecine générale » (BASZANGER, 1983). En 1987, Michel Arliaud posait à son tour la question : « Le savoir médical est-il adéquat à son objet ? Qu'a-t-on véritablement appris face à ces troubles fonctionnels, souvent d'origine psychosomatique, qui inondent les cabinets de demandes incompréhensibles ? » (ARLIAUD, 1987, p. 36-37). « La logique d'une formation strictement hospitalo-universitaire, spécialisée et technique, constitue sans doute la préparation la plus contestable – et, en tout cas, très contestée – à un type d'exercice qui suppose primordialement de démêler ce qui, dans une demande profane, relève effectivement de ce que la médecine peut aujourd'hui décrire et traiter comme étant son objet et ce qui relève de phénomènes totalement extra-médicaux. Il existe en effet, dans les consultations des généralistes, une proportion élevée (entre 30 et 100 pour cent selon les appréciations) de problèmes que l'on qualifie souvent, faute de mieux, de psychosomatiques. Le mal de vivre prend le chemin qu'il peut. Or, de cette "pathologie", d'une part, on ne connaît pas grand-chose et, d'autre part, l'université n'apprend rien ou presque » (ARLIAUD, 1987, p. 104). À l'occasion, cette critique a pu être exprimée par les médecins eux-mêmes : « Si les médecins sont assez bien formés à la maladie aiguë, ils le sont mal à la pathologie chronique, organique ou plus encore fonctionnelle, bien qu'elle soit à l'origine des trois quarts des consultations. La responsabilité en incombe à la faculté. Emportés par l'enthousiasme des progrès médicaux, nombre de médecins de CHU pensent que l'hôpital universitaire a pour mission première la recherche. Si tel est le cas, il faut le dire publiquement, puis en tirer des conséquences : les CHU devraient alors être dessaisis de la mission de la formation »³²⁸. La domination de la médecine hospitalière, en effet, n'est pas sans lien avec les difficultés auxquelles se trouvent confrontées les médecins libéraux, et tout particulièrement les généralistes. « Cumulant tous les rôles et tous les pouvoirs – notamment celui de produire et de définir le savoir légitime et de mesurer, à son aune, la compétence des candidats aux titres de l'exercice professionnels –, le CHU matérialise et symbolise une conception scientifique et technique de la médecine à partir de laquelle, aujourd'hui, tout s'ordonne » (ARLIAUD, 1987, p. 90). Dans ce contexte, le généraliste est « de moins en moins “découvreur” de maladies ou auteur de diagnostics intéressants » (PENEFF, 2005, p. 115), et les connaissances susceptibles d'émaner du cabinet libéral, notamment celles relatives à « l'expérience du malade dans son environnement naturel », sont dévaluées (PENEFF, 2005, p. 279). Le travail des généralistes tend ainsi à se confondre avec celui de gardes-frontières dont on attend qu'ils répondent à deux exigences difficilement

328 Blétry, O., Grimaldi, A., & Janse-Marec, J. « Réforme de système de santé : pour une troisième voie », *Le Monde*, 19/06/1996, cités par PENEFF J. (2005). *La France malade de ses médecins*, Paris : Seuil, p. 278-279.

conciliables : réguler un afflux de patients aux demandes infiniment variées, tout en conservant une posture scientifique structurée de plus en plus finement par des normes de bonnes pratiques définies par d'autres. Ces médecins de première ligne « ne font plus de recherche biologique, physiopathologique ou clinique. [...] Ce ne sont plus des agents du progrès scientifique mais les transmetteurs mécaniques de malades vers les organisations (quand ils ne sont pas réduits au rôle de simple distributeur de médicaments, attestations, et de services non médicaux). L'intelligence créatrice, le sens du concret disparaissent devant le savoir abstrait que l'on doit, dit-on, ingurgiter pendant dix ans » (PENEFF, 2005, p. 280). Relégués à une position proche de celle des officiers de santé du XIX^{ème} siècle (Jaisson, 2002a), les généralistes ne peuvent que « tâtonner » – pour reprendre le mot de J. Peneff – dans la recherche d'alternatives, à l'instar des groupes Balint ou de ceux qui s'engagent dans les médecines parallèles. Quant à la médecine hospitalière spécialisée, « [elle est] elle-même écrasée par le scientisme dispensé dans la formation universitaire aboutissant à faire confiance à une science "bernardienne" poussée à son extrême pour contrer toutes prétentions venues de sciences voisines. Ainsi des énigmes qui seraient à prendre en considération dans un traitement n'intéressent pas. Les effets placebo (ou nocebo) sont présentées comme des fantaisies. Les succès des médecines douces sont, au mieux, considérés comme de douces illusions. Dans l'enseignement médical, il n'y a pas de place pour le doute, la relativité, l'ignorance ponctuelle, mais une fuite vers la technicisation à outrance. Et quand les jeunes thérapeutes se trouvent confrontés à la réalité, on les engage à utiliser des concepts comme celui "d'incertitude médicale" qui est un paravent idéal à notre ignorance, ou "d'aléa thérapeutique" qui protège au nom de la complexité du vivant » (PENEFF, 2005, p. 282).

Le processus de spécialisation de la médecine générale demeure donc, sur le fond, inachevé. Dès lors, il n'est guère étonnant de constater que les généralistes ont été les premiers à se réfugier dans des modes d'exercice particuliers (MEP), à plus forte raison si l'on considère les praticiens exerçant des médecines alternatives à titre exclusif (ARLIAUD, 1986)³²⁹. « Il s'agit, pour ces médecins généralistes, d'ajuster leur pratique et le type de soins offert à une demande "de première ligne" marquée par la fréquence de troubles de type psychosomatique ou fonctionnel. Dans ce contexte, les médecines différentes sont perçues comme plus performantes et plus adaptées – parce qu'estimées "globales", "lentes", "d'écoute", "non iatrogènes", etc. – pour comprendre et prendre en charge les diverses manifestations somatiques d'un mal-à-vivre d'origine psychologique ou sociale » (BOUCHAYER, 1994, p. 204). Les médecines hétérodoxes, parfois moins investies pour elles-mêmes

329 Pour une analyse des diverses façons dont les médecines alternatives sont investies par les médecins pour s'assurer une place dans l'espace professionnel et sur le marché thérapeutique, voir notamment CHATEAURAYNAUD (1986).

que pour l'opportunité qu'elles offrent de « faire du relationnel », sont l'occasion pour ces généralistes de « réenchanter » leur pratique professionnelle. Les principales thérapeutiques investies, l'acupuncture et l'homéopathie, ont d'ailleurs connu un intérêt croissant. L'équipe de C. Herzlich a en effet observé que « les attitudes favorables [à leur égard] augmentent régulièrement : de la génération la plus ancienne à la plus récente, elles passent de 32% à 48% pour l'acupuncture et de 20 % à 44 % pour l'homéopathie. Ces deux méthodes rencontrent la faveur de presque un médecin sur deux parmi ceux qui ont été formés le plus récemment » (HERZLICH ET AL., 1993, p. 175). Mais l'explosion des MEP met aussi en relief le cruel manque d'unité de la profession médicale et la prolifération anarchique d'une offre de soins pourtant souvent remboursée. « Il y a quelques années [écrivait J. Peneff en 2005], il n'en existait que 3 ; il en existe 54 aujourd'hui ! Ayant éliminé hier les empiriques, la profession a dû également s'ouvrir à d'autres offreurs de guérison et de soulagement aux pratiques considérées comme non scientifiques par les tenants d'une stricte orthodoxie (l'homéopathie a été ainsi jugée peu légitime)³³⁰. Les administrateurs des caisses de l'Assurance maladie ont le droit d'être ébahis devant les savoirs controversés, les spécialités éparpillées, les règles mal rédigées et ambiguës. Seule la confidentialité permet de sauvegarder les apparences d'un ensemble cohérent » (PENEFF, 2005, p. 32).

Il est en définitive bien établi que l'incertitude dans laquelle évoluent les médecins généralistes constitue une part importante et peut-être même prépondérante de leur exercice. Pourtant, les sociologues semblent en avoir assez peu exploré les tenants et aboutissants, en termes de répercussion sur le quotidien et les pratiques des patients. Aucune enquête sociologique n'a, à notre connaissance, abordé frontalement la question de « l'efficacité médicale » pour ce qui concerne les recours aux soins « ordinaires ». Dominique Broclain notait encore en 1994 qu'« en l'absence de travaux de recherche rigoureux et approfondis, d'ampleur nationale et périodiques, sur l'évolution des domaines d'intervention de la médecine générale, l'histoire du contenu de l'activité des médecins généralistes reste aujourd'hui entièrement à faire, de même que la description détaillée et l'analyse de leur champ actuel d'activité selon les praticiens et lieux d'exercice (BROCLAIN, 1994, p. 132). Le secret médical, « outil utilisé de manière systématique pour empêcher tout débat sur le contenu des dépenses de santé » (PENEFF, 2005, p. 154), explique probablement en grande partie cette lacune. Mais le tropisme des chercheurs n'y semble pas étranger non plus : pour Jean Peneff, la « deuxième offre médicale », « celle des hôpitaux, des institutions préventives, curatives, des centres de moyen séjour, [qui] représente la moitié du volume des dépenses » et qui « a l'objectif de

330 De fait, l'efficacité de l'homéopathie au-delà du placebo n'a jamais pu être prouvée malgré les multiples études dont elle a fait l'objet.

toujours améliorer ses performances scientifiques [...] a fasciné les chercheurs en sciences sociales qui ont, en revanche, négligé la première », à savoir celle « des généralistes et des spécialistes de ville qui voient les patients en tant que prescripteurs primaires isolés » (PENEFF, 2005, p. 77). Une étude menée en 2000 sur un échantillon d'assurés à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Vienne a pourtant montré que la consommation unitaire d'actes médicaux de patients atteints de troubles somatoformes « approche le triple de celle de la population générale, et égale la consommation moyenne de patients atteints de pathologies lourdes » (DEMONDION ET AL., 2000). Le travail de formulation des diagnostics mériterait également d'être interrogé plus avant. On peut par exemple se demander si certains troubles biomédicalement inexplicables ne sont pas plus ou moins spontanément associés à une étiologie psychologique, témoignant à l'échelle du praticien de ce que Yannick Barthe et Catherine Rémy ont qualifié « d'intolérance des experts à l'incertitude » (BARTHE & RÉMY, 2010). En analysant les usages du concept de « syndrome du bâtiment malsain »³³¹, lequel se caractérise précisément par une étiologie indéterminée (incluant donc potentiellement des facteurs environnementaux et psychosociaux), ces auteurs ont constaté que celui-ci est en réalité souvent confondu avec celui de syndrome psychogène. Officieusement, ce diagnostic est parfois posé avant que ne parviennent les résultats des analyses toxicologiques, et « des experts de l'Institut de veille sanitaire soutiennent même qu'il est "important de reconnaître précocement l'existence des composantes psychiques de ces épisodes pour évoquer rapidement l'hypothèse d'un syndrome psychogène, sans attendre l'exclusion de causes objectivables". D'où l'intérêt, pour ce faire, d'organiser un retour d'expériences et de dégager les principales caractéristiques de ces épisodes de malaises collectifs afin de poser le diagnostic de syndrome psychogène au plus vite, avant que la crise ne prenne de l'ampleur. [...] L'analyse psychologique permet de fournir rapidement une explication à ces phénomènes, de sortir ainsi d'une situation d'impuissance scientifique et de clore les controverses en apportant des réponses au sujet de leurs causes ». Au final, concluent Y. Barthe et C. Rémy, « on peut se demander si l'étiologie psychologisante (ou sociologisante) n'aurait pas pour principale vertu de rassurer, non point les victimes, mais bien les experts eux-mêmes, désarmés qu'ils sont au vu des résultats non concluants des analyses toxicologiques effectuées et des questions que les instruments scientifiques laissent en suspens »³³². La reconnaissance des situations d'incertitude aurait pourtant le mérite d'alimenter la réflexion quant aux méthodes d'investigation en santé publique, d'autant que celles-ci ne seront jamais infaillibles et que le diagnostic psychogène a déjà fait massivement défaut. Par exemple, au cours des années 1990, la

331 Ce concept désigne des symptômes variés et relativement bénins affectant des groupes de personnes sur leur lieu de travail ou dans des bâtiments publics.

332 Le concept de « syndrome de bâtiment malsain » est néanmoins utilisé comme « aménagement sémantique » afin de canaliser (du moins le croit-on) les individus face au diagnostic du syndrome psychogène.

plupart des pays industrialisés ont connu des épidémies de tendinites (des douleurs sur lesquelles se positionnent étiopathes et ostéopathes) au coude et au poignet chez les travailleurs effectuant des gestes répétitifs. « Selon d'éminents chirurgiens de la main, l'activité professionnelle ne pouvait être en cause puisque les douleurs se manifestaient surtout pendant la nuit, et plus rarement pendant la journée de travail. On parla de "névrose de masse". Ce diagnostic fut même repris dans une partie de la littérature scientifique » (GOLLAC & VOLKOFF, 2006). Des travaux ont cependant fini par démontrer l'implication de l'organisation du travail dans l'apparition de ces tendinites (BOURGEOIS & HUBAULT, 2005). Michel Gollac et Serge Volkoff notent qu'on trouve dans cet épisode « les ingrédients usuels de la dénégation des liens entre santé et travail : préjugés des dominants relativement à diverses catégories de travailleurs (les femmes, les ouvriers, etc.) ; interprétations qui individualisent les enjeux, voire stigmatisent les personnes ; incrédulité vis-à-vis des bilans statistiques ou des démonstrations scientifiques qui établissent de tels liens ; et croyance invérifiée dans un progrès naturel, qui renverrait au passé les principales atteintes à la santé en milieu professionnel » (GOLLAC & VOLKOFF, 2006). De la même façon que le sexisme d'une partie du corps médical a contribué à ce diagnostic de la « névrose de masse » – la prévalence de ces tendinites ayant été plus élevée chez les femmes – ne participe-t-il pas, par exemple, d'une psychologisation d'autres types de symptômes ? La question mérite d'être posée quand on sait que les « troubles mentaux » sont l'un des principaux motifs de recours au médecin et/ou de diagnostics chez les 25 à 64 ans (DREES, 2007). Plus généralement, c'est-à-dire sans qu'il soit forcément question de l'étiologie psychologique, plusieurs travaux d'histoire et de sociologie ont montré comment des représentations sociales diverses (à l'égard d'un groupe social, à l'égard de « la société » etc.) ont pénétré insidieusement les discours « scientifiques ». Les politiques menées à la fin du 19^{ème} siècle contre la tuberculose, le cancer et la syphilis en offrent une belle illustration. « La hantise de ces trois maladies n'est que la cristallisation des obsessions que fait naître une société de plus en plus urbanisée, industrielle, anonyme et conflictuelle (FAURE, 1994, p. 207). Les conclusions tirées des enquêtes statistiques « sont si loin des simples déductions que l'on se demande si ce n'est pas l'hypothèse qui crée l'observation plutôt que l'inverse » (FAURE, 1994, p. 208).

« De la localisation géographique des décès par tuberculose on déduit immédiatement le rôle déterminant du logement et de sa plus ou moins grande insalubrité, sans prendre en compte le nombre de personnes qui occupent les logements dans une année. [...] Poussés par le zèle, certains vont même jusqu'à élaborer une relation entre les étages et la mortalité tuberculeuse, sans voir que stratifications par étages et stratifications sociales sont inversées. [...] Le rôle des hantises sociales et mentales est encore plus net dans le cas de la syphilis. Le succès de la théorie de l'hérédosyphilis est à chercher en dehors du raisonnement médical. [...] "La hantise de la corruption morbide, la nécessité de lier le vice et son châtiment à une époque où

l'emprise de l'Église se desserre et où la crainte du péché s'atténue, l'irruption, sous l'influence d'un darwinisme vulgarisé de l'angoisse de la dégénérescence de la race ; en bref, la peur de voir le groupe humain perdre son adaptation au milieu et se trouver entraîné sur la voie de la dégradation progressive". Dans le perpétuel dialogue entre la médecine et la société "tout se passe comme si les médecins étaient amenés à traduire dans un langage scientifique les fantasmes qui hantent la société de leur temps ; mais ce faisant, ils apportent à ces fantasmes la caution scientifique qui permet à l'imagination de se muer en certitude scientifique "».
(FAURE, 1994, p. 208-209)

Certains extraits d'entretiens rapportés par L. Brams (1972), où des médecins associent troubles fonctionnels et manque « d'acclimatation à la vie urbaine » ou « transformations du milieu », font étrangement écho à ces hantises d'antan. On pourrait encore prendre pour exemple les discours des médecins sur le sport et l'éducation physique, pétris de morale bourgeoise et mis au service d'un hygiénisme social « dénonçant avec force "la vie molle du monde" de l'ancienne bourgeoisie des privilèges » ou encore « la sédentarité des classes laborieuses » (VIAUD, 2009, p. 89-91). Et que dire des retombées idéologiques du darwinisme, à l'origine d'une biologisation tous azimuts de la société, servant de caution à des politiques racistes et eugénistes (PICHOT, 2000) ? Reléguer ces errements à un passé révolu serait le comble du chronocentrisme. Les « romanciers anthropologues de la race humaine » – pour reprendre l'expression employée par B. Viaud, elle-même empruntée à A. Pichot – ont d'ailleurs toujours pignon sur rue³³³. Ce sont-là autant de bonnes raisons pour les sociologues d'analyser les mécanismes de production des diagnostics professionnels, y compris les plus « ordinaires ».

2. La kinésithérapie : une incursion inachevée dans le marché de la non-urgence

De par leur procédé thérapeutique (les techniques manuelles), les étiopathes – et sans doute avec eux les ostéopathes et les chiropracteurs – sont relativement proches des masseurs-

³³³ Au sujet de la médecine du sport, B. Viaud écrit que « de la volonté des hygiénistes du début du siècle de justifier leur autorité sociale en dénonçant l'engourdissement de la vie mondaine ou la débauche des classes laborieuses, à celle des médecins du sport actuels qui consiste à faire la preuve de son utilité pour s'affirmer dans la logique du placement propre au champ médical, les maladies survivent, évoluent ou apparaissent, mais les principes sont finalement les mêmes. Il s'agit bien d'ériger les activités physiques en obstacle aux désordres perçus. Le gros, l'alcoolique, le faible et le volage sont autant d'individus pervertis par la société et dont les tares sont corrigibles. (VIAUD, 2009, p. 97). Pour un aperçu des discours biologisants dans l'espace éditorial entre 1970 et 2000, voir LEMERLE (2009). Les ventes spectaculaires de certains des derniers ouvrages de Yuval Noah Harari (professeur d'histoire à l'Université hébraïque de Jérusalem), notamment *Sapiens* (2015) et *Homo Deus* (2017), publiés aux éditions Albin Michel, ont à nouveau confirmé le succès des discours biologisants, y compris lorsqu'ils délivrent des réflexions proches des « clichés de comptoir » propres à légitimer l'idéologie dominante (Voir Évelyne Pieiller, « Tout est fiction, reste le marché », *Le Monde Diplomatique*, janvier 2019).

kinésithérapeutes. On l'a d'ailleurs vu au chapitre 1 : ces derniers ont été les principaux initiateurs, en France, d'une étiopathie et d'une ostéopathie non médicale (BAILLY, 2005). Les prémices de la kinésithérapie débutent à la fin du 19^{ème} siècle, « à un moment capital de la consolidation du champ médical où l'art de guérir doit répondre à des besoins sociétaux de soins efficaces, pour justifier l'exclusivité de la distribution des soins » (MONET, 2003, p. 32). Des procédés thérapeutiques variés pénètrent alors le champ médical, parmi lesquels ceux des rebouteurs (qui, au moins jusqu'au 19^{ème} siècle, occupent une place considérable dans les recours au soins³³⁴). Schématiquement, deux « pôles » se dégagent : la « kinésithérapie » ou « cinésithérapie » d'une part, qui renvoie aux techniques de massage et de gymnastique, et la « médecine physique » ou la « physiothérapie » d'autre part, qui se rapporte aux procédés mécaniques, électriques, hydriques, etc. Cependant les médecins peinent à définir un point commun à ces procédés hétérogènes, ainsi qu'à statuer sur leur délégation ou non à des aides. Finalement, à l'aube de la Première Guerre mondiale, la question de la spécialisation médicale ou de la création d'un corps d'auxiliaires n'est pas tranchée. Pendant ce temps fleurissent des écoles de formation au massage et à la gymnastique médicale. Par la suite, la situation reste floue et la tension entre « kinésithérapie » et « physiothérapie » persiste. Ce n'est que dans les années 1940 que la profession médicale définit la forme légitime de l'exercice du métier (le diplôme d'État étant créé en 1946). Des agréments sont alors délivrés à certaines écoles, et les praticiens qui exerçaient déjà – masseurs, gymnastes médicaux, infirmiers masseurs – se voient intégrés ou rejetés en fonction de leurs dispositions à se soumettre aux directives du corps médical (GAUBERT, 2006). Aujourd'hui, les réglementations relatives à la kinésithérapie font apparaître ces deux pôles historiques de pratiques : d'une part, « celles qui font appel à des procédés séculaires ancrés dans le monde profane et populaire, le massage et la gymnastique : méthodes à dominante manuelle où le praticien est dans l'action. Elles se transforment en matière médicale lorsqu'elles sont ordonnées par les médecins, et participent à la rééducation des conséquences des maladies notamment celles qui touchent l'appareil locomoteur » ; d'autre part, « celles construites sur le modèle savant des thermes médicaux : la mécano-thérapie, l'électro-physiothérapie, la thermothérapie, la cryothérapie, la kinébalnéothérapie et l'hydrothérapie, la presso-thérapie... » (MONET, 2009, p. 30). Comparativement, on l'a vu au chapitre 3, le répertoire technique des étiopathes, composé essentiellement de manipulations « structurales » au cours desquelles le client

334 « Les rebouteurs ont une place importante dans le champ de la thérapeutique, auxquels reviennent les soins en traumatologie, exercent à la campagne comme en ville. En 1528, le roi François I^{er} avait un rhabilleur ou renoueur attiré qui avait pour mission de rhabiller une partie rompue, ou luxée ou séparée. Henri IV se contentait d'un seul renoueur ; mais Louis XIII en entretenait trois. Ils étaient également trois sous Louis XIV. [...] [Les rebouteurs] ont dans la société française du 19^{ème} siècle "une influence tellement puissante et naturelle qu'il paraît incongru d'appeler sur eux les foudres de la Loi" (J. LEONARD). Les cantons de France ont tous au 19^{ème} siècle "leurs rebouteurs qui exécutent les manipulations dont l'efficacité fait merveille sur les fractures, les entorses, les tords de reins, les accidents des ligaments et des muscles" » (MONET, 2003, p. 116-117).

est passif, est nettement plus ciblé. En outre, sur le plan thérapeutique, ces derniers n'entendent pas faire de « rééducation », leur champ de compétence se situant essentiellement, on l'a vu, au niveau des lésions dites « réversibles », où le corps n'est pas à « rééduquer » puisque son intégrité n'est pas ou est peu atteinte.

Dans la mesure où l'accès au kinésithérapeute est largement déterminé par le médecin prescripteur – la prescription permettant le remboursement des séances par l'assurance maladie à hauteur de 60% –, on peut faire l'hypothèse que les étiopathes bénéficient en partie d'un défaut de coordination des soins³³⁵ (en d'autres termes, des patients que les kinésithérapeutes estimeraient soignables ne leur seraient pas dûment envoyés par les médecins³³⁶). En 2007, les généralistes ont délivré 75,4% des prescriptions en kinésithérapie ; arrivaient ensuite, loin derrière, les chirurgiens orthopédistes (7,5% des prescriptions) et les rhumatologues (4,2%) (BONNAL ET AL., 2009). D'après une enquête qualitative réalisée à la demande de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) – qui repose sur des entretiens semi-directifs auprès de 18 médecins libéraux parisiens, dont 12 généralistes et 6 rhumatologues – il apparaît que les praticiens de médecine générale entretiennent avec les kinésithérapeutes une relation pour le moins distante : « dans l'ensemble, les généralistes n'hésitent pas à faire état de leur très grande ignorance de la masso-kinésithérapie : ignorance théorique liée à leur absence de formation en la matière, ignorance pratique liée à l'éloignement d'un champ de pratique qui leur est finalement étranger [...]. Sans se réjouir de ce constat, ils témoignent dans l'ensemble d'une attitude "décomplexée". Tout semble se passer comme s'il s'agissait d'un champ d'expertise impartagé délégué à des professionnels de santé réputés compétents » (BONNAL ET AL., 2009)³³⁷. La représentation qu'ont ces médecins de la kinésithérapie tend donc à se construire empiriquement, au gré des éléments rapportés par les patients. Le contenu réel des soins demeure pour sa part largement ignoré, et leur suivi est peu effectif. « La réception du bilan est très rare et les médecins généralistes, s'ils peuvent le déplorer, ne le réclament pas pour autant (d'autant moins qu'ils ne connaissent pas les kinésithérapeutes que consultent leurs patients). Pour ceux qui ont pu en recevoir parfois, une critique se dégage quant au format peu opérationnel du document : il donne plus une impression de papier administratif que de

335 En partie seulement, car on vu au chapitre précédent que certains enquêtés ont eu l'occasion d'éprouver des traitements en kinésithérapie et d'en être revenus peu satisfaits.

336 Cette hypothèse pourrait tout aussi bien être formulée vis-à-vis de la réorientation des patients vers des médecins spécialistes.

337 Dans la continuité de ce qui a été dit dans la section précédente, les auteurs de cette étude rapportent également le sentiment d'une inadéquation entre la formation médicale et l'exercice de la médecine générale de ville : « Cette impréparation à une pratique courante n'est pas spécifique à la kinésithérapie et suggère à de nombreux généralistes le constat plus général d'études qui ne préparent pas aux pathologies les plus banales quand elles ne sont pas vitales ou contagieuses » (BONNAL ET AL., 2009).

document ayant pour objectif de faciliter un travail en commun. Indépendamment de la dimension administrative, le langage dans lequel il est rédigé ne facilite pas non plus son appropriation. C'est un langage analytique et très "kiné" qui n'est pas constructif pour le médecin » (BONNAL ET AL., 2009). Mais malgré cette « distance culturelle » entre les kinésithérapeutes et les généralistes, il s'avère que ces derniers, sans en avoir pleinement conscience, prescrivent de plus en plus de kinésithérapie depuis les années 2000³³⁸. Dès lors, si l'hypothèse d'une mauvaise coordination des soins n'est pas à exclure complètement, elle explique probablement peu l'essor de médecines comme l'étiopathie ou l'ostéopathie, dans la mesure où les principaux prescripteurs de soins en kinésithérapie, quoique largement ignorants en la matière, n'hésitent pas à y avoir recours³³⁹. Cette hypothèse est d'ailleurs d'autant moins plausible que la prolifération de praticiens comme les ostéopathes, de plus en plus représentées par ceux que l'on appelle péjorativement les « ni-ni » (« ni médecin, ni kinésithérapeute »)³⁴⁰, s'est faite parallèlement à une véritable explosion du nombre de kinésithérapeutes, passés de quelques 44 000 en 1990 à plus de 91 000 en 2017, dont 80% exercent en cabinets libéraux (ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, 2017).

Au-delà des éventuels écueils en matière de coordination des soins, se pose la question de l'efficacité même des prestations en kinésithérapie qui, bien que relevant de la médecine « officielle », semble loin d'être établie de manière systématique. Ce manque de preuve est soulignée par l'enquête de l'ONDPS : « Lorsqu'est évoquée avec les médecins généralistes la question de la scientificité de la kinésithérapie, il apparaît qu'ils n'ont aucune représentation de la nature du corps de connaissance mobilisé par les kinésithérapeutes. Le fait que cette thérapeutique soit avant tout empirique et peu fondée scientifiquement n'est pas identifié. L'idée que les protocoles soient sans référence, non plus » (BONNAL ET AL., 2009). Dans le mensuel *Kinésithérapie Scientifique*, une praticienne explique que « les études en masso-kinésithérapie sont plutôt de niveau 4, voire 3³⁴¹, et [que] seules quelques techniques ont un grade B comme l'utilisation du TENS ou de

338 Si ce phénomène reste à expliquer, les auteurs de l'étude avancent l'hypothèse que cette augmentation est liée « à la prévalence des pathologies "mécaniques" » (d'après l'enquête santé de l'INSEE de 2002-2003, les maladies ostéo-articulaires touchent 18,7% des hommes et 23,9% des femmes) (BONNAL ET AL., 2009).

339 Sachant que, par ailleurs, l'étude montre que les rhumatologues, troisièmes prescripteurs de soins en kinésithérapie (quoique très loin derrière les généralistes) entretiennent un bien meilleur rapport à ces soins. En effet, ceux-ci « partagent avec les kinésithérapeutes un ensemble de connaissances communes sur le système ostéo-articulaire, que les généralistes reconnaissent mal maîtriser », et sont amenés à collaborer à l'hôpital lors des années de spécialisation. En outre, ces spécialistes détaillent davantage « l'aspect qualitatif de la prescription » tout en spécifiant le nombre de séances. « Ils ont le sentiment de savoir ce qu'il est possible de faire et de maîtriser leur diagnostic » (BONNAL ET AL., 2009).

340 En janvier 2016, les masseurs-kinésithérapeutes également ostéopathes ne représentaient plus que 34,6% des praticiens enregistrés au Registre des Ostéopathes de France (ROF) (9016 sur 26 023) (voir <https://www.osteopathie.org/demographie.html>, page consultée le 29 août 2019).

341 C'est-à-dire de grade C, « faible niveau de preuve », selon le grade de recommandations définis par la HAS. Le grade B établit quant à lui une « présomption scientifique ».

la cryothérapie. Le constat reste qu'il est difficile de réaliser des études bien menées, tant le monde des cliniciens et celui des chercheurs peut être dissocié, tant les financements sont difficiles à trouver dans le domaine de la kinésithérapie, et tant que nos études ne sont pas réellement structurées au niveau Master...³⁴²» Un article publié en 2007 apprend encore que « les traitements des tendinopathies sont nombreux mais [que] les preuves de leur efficacité font souvent défaut »³⁴³ (GARD, 2007). Le traitement de la bronchiolite du nourrisson – une pathologie pour laquelle les étioopathes revendiquent une compétence (LOCCHI, 2013, p. 67-68) – a également fait polémique : « on sait depuis 2010 que la kinésithérapie respiratoire ne réduit pas le délai de guérison des bébés hospitalisés pour des bronchiolites sévères [analyse Marik Fetouh, kinésithérapeute et responsable du réseau respiratoire d'Aquitaine]. De fait, le but de cette méthode n'est pas de guérir plus vite, mais d'améliorer la tolérance de l'épisode. Nous n'agissons que sur les symptômes, à savoir l'alimentation, le sommeil et le bien-être de l'enfant »³⁴⁴. L'article ajoute « qu'aucune évaluation scientifique de ses bénéfices n'a jamais été réalisée dans le cadre de la prise en charge en ville »³⁴⁵. En fait, comme l'expliquent N. Pinsault (qui est kinésithérapeute de formation) et R. Monvoisin, les kinésithérapeutes ne bénéficient guère d'espaces de recherche dédiés :

« Quand bien même certains praticiens souhaiteraient tester leurs hypothèses, il n'existe pas, en France, de cursus de troisième cycle propre à la kinésithérapie et encore moins de conseil national des universités chargé de cette discipline. Une majorité de médecins la considèrent avec condescendance, lui laissant peu d'autonomie dans les services de soins et si peu de place dans leurs laboratoires que cela empêche la production d'études. [...] Il faut attendre 1989 pour voir la profession encadrée par un décret, encore en vigueur pour les étudiants déjà engagés dans une formation et qui ne fait aucune mention de la recherche ou des pathologies ayant émergé depuis. [...] Si l'on excepte quelques gadgets à la mode, comme les plates-formes vibrantes ou les bandes adhésives colorées K-Tape, les thérapies manuelles n'intéressent pas les industries. Faute d'investisseurs ou de moyens universitaires comme il en existe en Nouvelle-Zélande et en Australie, la recherche reste faible en France » (PINSULT & MONVOISIN, 2015).

S'il a été montré que l'orientation d'une partie des kinésithérapeutes vers les médecines manuelles non-conventionnelles reflétait une volonté de revalorisation professionnelle (BOUCHAYER, 1986a ; 1986c ; BAILLY, 2005), É. Bailly a aussi montré qu'elle pouvait trouver sa source dans une

342 <https://www.ks-mag.com/article/842-a-travers-la-production-litteraire-et-scientifique-en-masso-kinesitherapie>, page consultée le 29 août 2019.

343 La tendinopathie est un « syndrome clinique décrivant des lésions tendineuses, caractérisé par l'association d'une douleur, d'un gonflement diffus ou localisé et d'une fonction altérée » (<http://www.chu-rouen.fr/page/tendinopathie>, page consultée le 29 août 2019).

344 <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/12/05/19528-bronchiolite-polemique-sur-kine-respiratoire>, page consultée le 15 novembre 2019.

345 En novembre 2019, ce traitement a finalement été contre-indiqué par la Haute autorité de santé, « que ce soit pour les cas modérés ou sévères » (<https://www.franceinter.fr/encore-trop-repandue-la-kine-pour-soigner-la-bronchiolite-est-desormais-contre-indiquee>, page consultée le 15 novembre 2019).

relative insatisfaction vis-à-vis de leurs propres prestations thérapeutiques (BAILLY, 2005, p. 136-137). L'enquête de l'ONDPS rapporte d'ailleurs que, « dans certains cas, les kinésithérapeutes ont fait état de leur relative impuissance à obtenir une amélioration pérenne de l'état de santé de leurs patients atteints d'un ensemble de pathologies diverses rassemblées sous le terme de "mal de dos". Ce vocabulaire profane désignant tout à la fois une imprécision du diagnostic, un ensemble complexe de pathologies multifactorielles, et le plus souvent une forte chronicité » (BONNAL ET AL., 2009). Ce « flou » ne caractériserait cependant qu'une partie de la kinésithérapie : « Il y a en particulier dans le champ de la rééducation post-traumatique ou post-chirurgicale des modalités de recours à la kinésithérapie qui paraissent tout à la fois claires dans leur motivation et leurs attendus, en même temps qu'elles sont jugées efficaces » (BONNAL ET AL., 2009). Ce constat n'est pas sans rappeler les propos d'une des enquêtés, ancienne kinésithérapeute devenue étiope, qui résumait ainsi la différence entre les deux métiers : « *C'est pas le même métier hein, je vous assure. Je crois que je pourrais plus être kiné, même si je sais encore m'en servir. Parce que c'est pas du tout la même approche, la même vision des choses, la même analyse... Parce qu'en fait le vrai domaine de la kiné c'est la traumatologie, la rééducation. Un bon kiné, c'est un bon rééducateur. Tout ce qu'on met autour, la rhumatologie, ça ne sert strictement à rien. Ça sert à faire vivre les kinés – parce qu'heureusement y a pas que des polytraumatisés – mais à part ça, ça sert à rien, ça n'a aucun intérêt* » (Femme étiope, en exercice depuis 26 ans, ancienne kinésithérapeute). L'un des enquêtés d'É. Bailly racontait également : « Quand quelqu'un a quelque chose de cassé, ce qu'on a appris en rééducation c'est efficace, on a retenu. Les mobilités articulaires sont bonnes, on gagne en amplitude. Mais pour ce qui est des douleurs articulaires, pour tout ce qui est souffrance, type sciatique, névralgie ou autre, un kinésithérapeute, il fait du massage. [...] Et puis quand c'était nos patients qu'on avait vu vingt fois sans résultats ou qui revenaient [...] Certains nous le reprochaient tranquillement (BAILLY, 2005, p. 137). Les étiope (et les ostéopates) opéreraient donc prioritairement – le conditionnel est ici de rigueur, faute de matériaux suffisants – là où les savoirs des kinésithérapeutes sont peu assurés, et ces savoirs correspondraient davantage à la partie « rhumatologie » qu'à la rééducation post-traumatique. En définitive, la constitution de ce corps d'auxiliaires médicaux tend à apparaître comme une sorte « d'incursion inachevée » sur le marché de la non-urgence : ces praticiens, dont on a fini par officialiser l'exercice en regroupant un ensemble de techniques disparates³⁴⁶, travaillent en partie sur la base de savoirs peu stabilisés et qu'ils ne sont guère en mesure de consolider eux-mêmes, mais qui, dans le même temps, intéressent peu les médecins. Ils se voient dès lors contraints d'évoluer dans une sorte de « *statu quo*

346 N. Pinsault et R. Monvoisin relèvent d'ailleurs que « la diversité des modes d'exercice de la kinésithérapie par les kinésithérapeutes eux-mêmes soulève cette question : quels sont les points communs entre tous ces professionnels ? En d'autres termes, qu'est-ce qui constitue la kinésithérapie [...] ? » (PINSULT & MONVOISIN, 2014, p. 26).

scientifique » dont les effets demeurent largement inconnus, faute d'enquête sur le devenir des patients.

Cette section avait pour objectif de souligner le décalage entre les savoirs médicaux et les « besoins » auxquels la profession médicale se trouve confrontée. Les échecs thérapeutiques (ou les succès en demi-teinte) sur lesquels débouche ce décalage représentent un marché sur lequel peuvent se positionner les thérapeutes non-conventionnels. Cependant, rien n'indique que ces praticiens prospèrent essentiellement dans les zones les plus lacunaires du savoir médical. En fait, si la compétence médicale mérite tant d'être interrogée, c'est aussi parce que, plus généralement, ainsi qu'on l'a souligné au chapitre 3, l'objet du travail médical n'est pas de répondre à la demande du patient.

3. Problèmes de patients, problèmes de médecins : l'objet du travail médical

Par-delà la question des capacités thérapeutiques, la prise en charge des maux qui composent le marché de la non-urgence est entravée par l'objet même du travail médical qui, en dépit des apparences, est relativement autonome de la demande des patients³⁴⁷. En effet, cet objet « est également mis au service de "besoins sociaux" pouvant évoluer dans le temps et selon les contextes politiques et économiques » (HARDY, 2013, p. 189). À mesure du processus de professionnalisation de la médecine, des tiers se sont immiscés dans le « colloque singulier », à commencer par l'État et les assureurs. « Progressivement, le code de déontologie médicale a intégré des principes du code de la sécurité sociale. Depuis 1995, dans le mouvement général de codification de la loi, le code de déontologie médicale est intégré au code de la santé publique. Ce déplacement des codes s'est fait selon la volonté de l'État et non selon celle de la profession médicale. [...] Le praticien n'apparaît [alors] plus comme un professionnel mettant en œuvre sa propre thérapeutique, mais comme un prestataire de service conduit à rendre compte des choix qu'il opère parmi les protocoles à disposition » (HARDY, 2013, p. 36-37). Peu à peu, les références aux « données acquises de la

347 Si le « travail » désigne ce qui se passe concrètement, le concept « d'objet du travail » recouvre « ce qui donne le sens de l'activité » (HARDY, 2015) et qui, à ce titre, n'est pas directement observable mais reconstitué par le travail d'analyse. Il permet d'interroger le sens des activités et de saisir des phénomènes relativement invisibles à « l'œil nu ». « Ce concept est particulièrement utile dès qu'il s'agit de comprendre des mécanismes porteurs de fortes contradictions. Il permet de sortir d'une représentation unifiée du concept de travail, de la même manière d'ailleurs que la distinction entre travail réel et travail prescrit a permis de prendre en compte l'écart existant entre la prescription théorique d'une tâche et les conditions de son exécution » (HARDY, 2013, p. 138). Ce concept d'objet permet également de préciser la portée de l'autonomie des professionnels, et de dévoiler les modifications des modes de contrôle qui s'exercent sur eux.

science » structurent plus finement l'activité médicale. Quant au débat sur l'indépendance de la profession face aux assureurs, il n'a plus lieu d'être : « le malaise est déplacé et oppose maintenant l'économique et l'humain : il exprime le contentieux entre la vision rationalisée d'une médecine inscrite dans un système et la vision professionnelle d'une médecine qui se vit dans une relation » (HARDY, 2013, p. 41). En définitive, la médecine est loin de bénéficier de cette indépendance que lui accorde classiquement la sociologie des professions. A-C. Hardy envisage plutôt la profession libérale « comme le produit d'un processus d'allégeance à la puissance publique et non d'un affranchissement de la subordination » (HARDY, 2013, p. 55-56), et parvient à la conclusion que « l'opposition entre profession libérale et fonction publique n'aurait donc, fondamentalement, pas lieu d'être » (HARDY, 2013, p. 58)³⁴⁸.

Si, dans son ouvrage, A-C. Hardy se focalise sur un service de cancérologie pour mettre en lumière l'écart parfois considérable entre les conceptions médicales et profanes, l'objet du travail médical ne consiste pas plus à répondre à la demande du patient lorsqu'il s'agit de traiter des affections dites « bénignes » : au contraire, il incombe toujours au médecin d'évaluer la légitimité de sa plainte, de déterminer la prise en charge à laquelle il aura droit, et de fixer la norme à laquelle il devra s'adapter. Ainsi des individus qui déclarent souffrir peuvent très bien ne pas être déclarés « malades », et, lorsque des états de « malades » sont reconnus, ceux-ci peuvent encore être minimisés ou « contenus » par le professionnel. Le patient se voit alors refuser ou limiter l'accès à certaines prestations. L'exemple le plus commun est sans doute celui du traitement de la douleur : conformément à la pensée anatomoclinique (LAPLANTINE, 1993), celle-ci ne peut normalement constituer un « fait médical » qu'à partir du moment où le praticien estime qu'elle découle d'une lésion objective (DESFONTAINES, 2012). Dans un article de G. Bloy, un médecin exprime clairement le hiatus qui peut subsister entre douleur et médecine : « *c'est à peine du médical mais pourtant ça leur fait mal !* » (BLOY, 2008). Cela ne signifie pas que la douleur ne fait jamais l'objet d'un traitement médical (en particulier au sein des pratiques médicales « sous la dépendance du client », selon la typologie établie par E. Freidson) ; cela signifie simplement que la douleur ne suffit pas à faire le « malade » (tandis qu'à l'inverse, il n'est pas nécessaire d'avoir mal ni même d'éprouver une gêne pour être déclaré malade). Même en revêtant une signification proprement médicale, la douleur n'a longtemps représenté qu'une conséquence « normale » de la maladie, si bien qu'elle ne faisait l'objet d'aucune prise en charge spécifique. « Jusqu'à une période récente, la douleur, élément

348 Assurer le revenu des médecins est finalement bien plus qu'un moyen de pallier au risque qu'ils ne servent que leurs propres intérêts, à l'instar d'un Dr Knock : c'est avant tout une façon de s'assurer qu'ils serviront des intérêts autres que ceux des seuls patients.

nécessaire et ambigu du travail de diagnostic, après avoir livré ses indications, perdait de son intérêt clinique. Elle était supposée s'éteindre sans attention particulière, en même temps que se guérissait la maladie ou la lésion qu'elle accompagnait ou signalait. La douleur, dans ce sens, sans être ignorée des médecins ou des infirmières, ne constituait pas une cible de l'action thérapeutique » (BASZANGER, 1995, p. 16).

Cette normalisation des états corporels – qu'ils soient dûment objectivés par le médecin ou simplement décrits par le patient –, ou en tout cas ce refus de le constituer comme un « corps malade », transparait à travers certaines catégories médicales. Considérons l'un des principaux motifs de consultation des étioopathes : la lombalgie. À l'heure actuelle, ce type de douleur demeure « un problème professionnel pour les médecins généralistes en raison d'une nosographie non stabilisée, d'un substrat anatomique équivoque et des dimensions sociales constitutives du mal au dos » (DESFONTAINES, 2012). Dans ce contexte d'incertitude, la lombalgie ne devient une maladie qu'« à partir d'un certain seuil temporel (plus de trois mois de douleurs et/ou de gêne) et au regard des invalidités personnelles et professionnelles qu'elle génère. [...] L'enjeu médical et de santé publique réside dans le repérage des facteurs susceptibles de prédisposer au passage à la chronicité » (DESFONTAINES, 2012)³⁴⁹. Manifestement, une telle prise en charge ne consiste pas à répondre à la demande du patient *stricto sensu* (on imagine aisément que ce dernier souhaiterait être soigné plus rapidement ou ne pas avoir à attendre que son état s'aggrave). Au contraire, « le travail du médecin consiste à cantonner un état de souffrance individuelle sans lui conférer une dimension sociale de corps malade. [...] "*Répondre d'abord en médecin*" consiste à chercher l'organique de la lésion et, en l'occurrence, à statuer sur le caractère non pathologique de la douleur. Ce travail de contrôle s'opère dès le démarrage, au moment du diagnostic, comme moment et moyen du contrôle sur la trajectoire de ce qui ne doit pas devenir une maladie au sens d'état social » (DESFONTAINES, 2012). En somme, l'auteure met ici en relief un aspect du pouvoir médical qui semble relativement peu étudié : celui de définir la normalité, et de refuser la pathologie³⁵⁰. Certes, les réponses des

349 En dessous des trois mois d'évolution, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) – désormais Haute Autorité de Santé (HAS) – a formulé en février 2000 les recommandations suivantes : « En dehors de ces cadres (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence), il n'y a pas lieu de demander d'exams d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (accord professionnel). [...] Dans la lombalgie aiguë comme dans la lombosciatique aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontracturants musculaires (grade B). [...] Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations (grade B) » (ANAES, 2000).

350 A. Sarradon-Eck note en effet au sujet de l'article d'H. Desfontaines que son intérêt « ne réside pas tant dans le décryptage des différentes opérations cognitives qui composent le raisonnement médical conduisant au diagnostic,

médecins ne sauraient être déduites mécaniquement des nosographies et recommandations de bonne pratique³⁵¹. Dans son article sur l'incertitude en médecine générale, G. Bloy décrit des postures professionnelles qui varient selon la « vigilance scientifique par rapport aux recommandations et niveaux de preuve » et la « considération accordée à la plainte profane » (BLOY, 2008). Mais il n'en demeure pas moins que le professionnel est pris au sein d'un système de contraintes auquel échappe le praticien non-conventionnel, et qui tend à l'éloigner de la seule réponse à la plainte du patient.

D'autres catégories médicales participent de la normalisation des états corporels. Considérons cette fois la « cystite », une pathologie dont on a vu qu'elle peut également conduire chez un étiopathe. Au cours de l'enquête, un médecin généraliste aurait assuré à l'une de mes connaissances – en l'occurrence une femme – qu'il est « normal » d'en souffrir « cinq ou six par an ». La dimension normative de l'affirmation devait susciter ma curiosité. J'ai ainsi pu lire que le groupe d'urologie des cliniques Claude Bernard et Conti « considère comme normal trois à quatre infections urinaires basses sur une année chez les femmes »³⁵². Le site du service d'urologie du CHU Henri Mondor indique également :

« La cystite récidivante est définie par une succession d'épisodes infectieux. De façon consensuelle, le nombre des épisodes doit être supérieur ou égal à quatre par an pour que l'on puisse établir ce diagnostic. [...] Contrairement à un premier épisode de cystite simple où une bandelette urinaire est suffisante, la clef du diagnostic est l'examen cyto bactériologique des urines. En effet, la récurrence peut être liée à la résistance aux antibiotiques prescrits à titre empirique. [...] Souvent, les cystites récidivent, car on a omis d'identifier leur étiologie. L'infection qui récidive malgré l'efficacité initiale du traitement antibiotique doit faire évoquer la présence d'un réservoir bactérien, tel qu'une lithiase, une anomalie anatomique ou fonctionnelle surtout si elle est responsable d'une stase urinaire. Souvent, c'est un foyer gynécologique qui explique la réinfection de la vessie. Dans ces situations, un bilan radiologique (échographie, ASP, urographie intraveineuse, rectocolpocystogramme) ou endoscopique (cystoscopie) adapté au tableau clinique peut s'avérer nécessaire.³⁵³ »

La « rhino-pharyngite » – une pathologie pour laquelle, là encore, les étiopathes revendiquent une compétence thérapeutique – fournit un troisième exemple : sur le site de l'Assistance Publique -

que dans l'illustration d'une des facettes de sa dimension morale : en situation d'incertitude, le travail de catégorisation nosologique effectué par le médecin, écrit H. Desfontaines, est un "travail de contrôle (...) sur la trajectoire de ce qui ne doit pas devenir une maladie au sens d'état social". En effet, si le pouvoir du médecin de désigner un individu comme malade est bien connu depuis les travaux de Freidson (1984), les sciences sociales ont plus souvent critiqué la médicalisation de la société et les aspects négatifs des processus d'étiquetage (stigmatisation, en particulier). D'autres ont souligné les enjeux de reconnaissance sociale sous-jacents à la catégorisation nosologique (Loriol, 2012) » (SARRADON-ECK, 2012).

351 Des travaux montrent d'ailleurs que les médecins (en l'occurrence des généralistes) ne suivent pas certaines recommandations de bonnes pratiques car elles ne cadrent pas avec les besoins de leur exercice quotidien (voir par exemple BACHIMONT ET AL., 2006)

352 http://www.urologie-claudebernard-conti.com/les_cystites_de_la_femme-195-fr, page consultée le 29 août 2019.

353 http://urologie-chu-mondor.aphp.fr/poles_cliniques/cystite%20r%C3%A9cidivante.htm, page consultée le 29 août 2019.

Hôpitaux de Marseille, on peut lire que celles-ci deviennent « récidivantes » à partir de six épisodes aigus annuels, et que c'est (seulement) à la suite de ces six épisodes qu'intervient un « évaluation étiologique soigneuse [qui] doit permettre d'aboutir à une action déterminante »³⁵⁴. La construction sociale de ces catégories mériterait d'être interrogée : comment ces différents seuils ont-ils été établis ? Pourquoi trois mois pour la lombalgie, et pourquoi six épisodes infectieux annuels pour la rhino-pharyngite récidivante ? Ces délimitations procèdent-elles d'une observation statistique méthodique, ou ont-elles été fixées d'une façon plus ou moins empirique ? Tendent-elles à être partagées par l'ensemble des membres de la profession médicale, ou peut-on régulièrement observer des disparités ? Quoiqu'il en soit, on peut d'emblée supposer que ces catégories, qui ont pour conséquence pratique de conditionner l'accès à des prestations supplémentaires (comme une « évaluation étiologique soigneuse »), s'inscrivent dans une politique de régulation des dépenses publiques.

Au final, les écarts auxquels peuvent conduire l'objet du travail médical vis-à-vis des besoins des patients constituent autant d'interstices au sein desquels les thérapeutes non-conventionnels peuvent se positionner. Le « mal de dos » constitue sans doute l'un des exemples les plus significatifs. Celui-ci représente, et de loin, le premier motif de recours aux étiopathes, et l'on peut supposer qu'il en va de même des recours aux ostéopathes et aux chiropracteurs. Or les études épidémiologiques qui s'y intéressent de près sont encore récentes³⁵⁵, et sa qualification de « problème de santé publique » ne va pas sans s'accompagner de considérations socio-économiques³⁵⁶. Si la prévalence de ce symptôme a fini par lui conférer une certaine visibilité, on peut faire l'hypothèse que d'autres maux se trouvent relégués à l'inexistence sociale, et constituent un véritable marché pour les étiopathes et les autres praticiens alternatifs.

354 <http://www.orl-marseille.com/soins/ph-rhino.htm><http://fr.ap-hm.fr/site/orl-pediatrique/pathologies/pharynx/rhinopharyngite>, page consultée le 29 août 2019.

355 En 2007, J. Gourmelen et ses confrères écrivaient que, « jusqu'à très récemment, il n'existait pas d'étude nationale en population générale comportant des questions sur la lombalgie permettant d'étudier la fréquence de celle-ci dans de bonnes conditions » (GOURMELEN ET AL., 2007).

356 « En France comme dans la plupart des pays industrialisés, la lombalgie est un problème de Santé Publique majeur, et cela pour diverses raisons, dont en particulier la fréquence des lombalgies et les répercussions socio-économiques » (GOURMELEN ET AL., 2007). Ce « poids socio-économique de l'invalidité lombalgique » est également noté par J-P Valat dans son étude sur la facteurs de chronicisation (VALAT, 2005). La rachialgie serait la deuxième cause de consultation chez le généraliste (INPES, 2004) et représenterait 7 % des arrêts de travail (NICOT & NICOT, 2006).

Conclusion du chapitre 5 :

Dans le domaine des soins de la non-urgence, la médecine officielle ne peut finalement se prévaloir d'une efficacité que depuis une période relativement récente, et encore, celle-ci n'est avérée que sur certains territoires, notamment celui des pathologies infectieuses. Devenus particulièrement accessibles à partir des années 1960, les médecins, en particulier les généralistes, se trouvent confrontés à tout un ensemble de troubles qualifiés, faute de mieux, de « fonctionnels », de « psychosomatiques », de « somatoformes », etc. Quant aux kinésithérapeutes, en apparence relativement proches des étiopathes, ils effectuent tout un travail relatif à la rééducation qui ne concerne pas les étiopathes, et, par ailleurs, bon nombre de leurs prestations mobilisent des techniques à l'efficacité incertaine malgré le net accroissement de leurs effectifs. Quoique les difficultés rencontrées par les médecins apparaissent en filigrane dans de nombreux travaux de sociologie, des études systématiques des conséquences économiques et sociales de l'inefficacité médicale restent à mener. En outre, la « maladie » étant en partie le produit de cet impératif de maîtrise des dépenses qui incombe désormais aux professionnels de santé, il conviendrait d'interroger, au-delà de la seule question de « l'inefficacité » des thérapeutiques, le contenu des prestations médicales « normales », et les éventuels décalages entre les « problèmes » tels qu'ils sont construits par les médecins et les « problèmes » tels que les vivent les usagers.

Conclusion de la partie II :

Médecine officielle et étioopathie apparaissent finalement comme les produits de deux mondes et de deux histoires différentes. La première s'est progressivement construite autour de l'hôpital à partir du XIX^{ème} siècle (PINELL, 2009), au point d'en devenir hospitalo-centrée, et a développé des liens de plus en plus étroits avec les pouvoirs publics. Elle est donc avant tout la médecine qui soigne les maux que l'on rencontre à l'hôpital et/ou qui ont été identifiés comme des « problèmes de santé publique ». Les savoirs établis dans le cadre de cette pratique hospitalière apparaissent ainsi comme les plus valorisés et les plus valorisables. Les étioopathes, eux, ne sont jamais passés par l'hôpital. Les techniques dont ils se réclament, celles des rebouteux, ont été élaborées dans et pour le monde populaire (quoique, comme on pourra le voir au chapitre suivant, certains éminents médecins ont pu contribuer au développement des techniques manuelles). D'une certaine manière, et pour l'exprimer d'une façon quelque peu caricaturale, ils se focalisent sur des problèmes qui n'en sont pas (ou pas vraiment) aux yeux des médecins, sur des problèmes qui ne méritent pas une attention soutenue (à moins qu'ils ne s'aggravent ou ne puissent conduire à une aggravation), et pour lesquels le praticien formé en milieu hospitalier aura assez peu de choses à dire (comme l'illustre le cas de Mme Ayrault). Ces troubles, sans épargner les classes supérieures, se trouvent prioritairement chez les membres des classes laborieuses, qui usent davantage leur corps au travail. On peut ainsi percevoir une affinité de classe entre les médecines. La médecine officielle apparaît comme une médecine pratiquée par et pour les classes bourgeoises. Si elle a joué un rôle dans l'entretien des forces productives (HARDY, 2013), il s'agissait avant tout de répondre aux besoins des classes supérieures et de l'État, sans aller jusqu'à répondre aux problèmes que pouvaient rencontrer les différents travailleurs à l'échelle individuelle (il s'agissait, par exemple, de lutter contre la mortalité élevée liée à la tuberculose). Les étioopathes, eux, apparaissent plus proches des besoins ressentis par les classes modestes, confrontés à la nécessité de maintenir leur activité. C'est d'ailleurs précisément à cette « urgence » que se réfèrent les praticiens dans leur discours de légitimation :

ENQUÊTEUR : « *Sur plusieurs supports, on peut lire que "l'étioopathie répond à l'urgence et à la nécessité"*³⁵⁷. En quoi l'étioopathie répond-elle à l'urgence ?

M. BRETIN : *Alors c'est une histoire ancienne, lorsque la France était rurale, environ 80 % jusqu'aux années 1940, où effectivement quand vous aviez une entorse en début de moisson et que c'était vous qui étiez à la faux, c'était une urgence que de se faire remettre la cheville – ou le lumbago pour le bûcheron en pleine saison. Alors bien sûr, maintenant il n'y a plus*

357 On pouvait le lire notamment dans l'ancien livret de communication disponible dans les salles d'attente (liste des praticiens mise à jour en octobre 2012), ou encore sur l'une des affiches récapitulant le champ d'action des étioopathes. Certains praticiens reprennent également cette formule sur leur site internet (voir par exemple <http://www.etiopatthe-nantes.fr/etiopathie/>, page consultée le 29 août 2019).

beaucoup d'urgence, parce que si vous avez un patient que vous n'arrivez pas à redresser, il va se mettre en arrêt de travail etc. Mais on répond toujours à cette urgence quand on est face à des patients qui sont libéraux, qui sont artisans, qui sont commerçants, et qui viennent nous voir parce qu'il faut qu'ils retournent au boulot, là, tout de suite. Et c'est ce que dit [un autre étioathe] quand il bosse chez lui : quand il voit les agriculteurs, ils n'éteignent pas le moteur du tracteur, ils arrivent comme ça, et il faut qu'ils y retournent après quoi. Donc là effectivement il y a cette notion d'urgence. Mais elle est toute relative dans notre société un peu molletonnée. Mais on l'aperçoit encore régulièrement, notamment le soir, à partir de 19h30, quand on reçoit des artisans qui disent "bah je peux plus bosser, je ne peux plus bosser quoi. J'ai du boulot par-dessus la tête et je peux plus. Et le médecin tout ce qu'il propose c'est un arrêt de travail, ou des piqûres dans les fesses, et c'est pas comme ça que je vais bosser". »

(M. Breton, étioathe en exercice depuis 21 ans)

En fin de compte, cette enquête vient étayer les analyses de J. Peneff qui dépeint l'assurance maladie comme une vaste entreprise de redistribution des classes les plus modestes vers les classes les plus aisées (PENEFF, 2005). En effet, les premières contribuent au financement d'une médecine officielle qui, finalement, leur profite moins, et doivent parallèlement payer de leur propres deniers une médecine onéreuse qui leur permet de s'accommoder de leurs conditions d'existence.

En prétendant au monopole des soins, la profession médicale a sans doute progressivement écarté les praticiens comme les rebouteux, mais elle n'a jamais vraiment été en mesure d'apporter une réponse aux troubles qu'ils prenaient en charge. Malgré des effectifs importants (tant chez les médicaux que chez les paramédicaux), elle laissait vacant un marché de la non-urgence considérable. Les héritiers des rebouteux n'avaient qu'à se positionner sur ce marché en se conformant au « projet de la modernité » (CHARASSE, 2015), c'est-à-dire en donnant au thérapeute l'aspect d'un professionnel et d'un scientifique. La troisième partie de ce travail propose donc d'explorer l'invention de cette nouvelle position au sein du champ de la santé, et de répondre à la question : comment et pour qui la pratique d'une médecine de la non-urgence est-elle devenue désirable ?

PARTIE III :

DES SPÉCIALISTES DE LA « NON-URGENCE »

L'INVENTION D'UNE POSITION

Après avoir étudié la « demande », la troisième et dernière partie entend analyser la constitution de « l'offre » en étiopathie. Le chapitre 6 présentera ainsi les trajectoires de ceux qui s'engagent dans le métier d'étiopathe. Il montrera en quoi ce métier, malgré un cursus long de cinq voire six années, se révèle en fait relativement accessible tout en offrant des avantages conséquents au regard de son coût d'entrée. Cette position de praticien de la non-urgence est en effet investie tant par des personnes n'ayant pu accéder aux métiers officiels de la santé – médecine et kinésithérapie en premier lieu – que par des personnes plus éloignées de la pratique médicale ou paramédicale, en situation de réorientation (professionnelle ou étudiante). Elle peut assurer, au terme de quelques années d'exercice, un profit symbolique ainsi qu'une rémunération importante pour un temps de travail raisonnable et particulièrement modulable. Bien qu'illégal, le métier peut ainsi se révéler attrayant sous bien des aspects. Le septième et dernier chapitre portera plus spécifiquement sur le discours de légitimation des étiopathes. Confrontés à la nécessité de se démarquer des ostéopathes et des chiropracteurs avec lesquels ils partagent des techniques de manipulation, les étiopathes revendiquent l'originalité de leur méthode diagnostique, fondée sur les *Principes fondamentaux* de C. Trédaniel. Ces *Principes* leur permettent dans le même temps un renversement symbolique particulièrement valorisant vis-à-vis de la médecine officielle : au prix d'un oubli de la position spécifique qu'ils occupent dans la division du travail thérapeutique, les étiopathes en viennent à se présenter comme les représentants d'une médecine véritablement scientifique, c'est-à-dire « déterministe » et axée sur la recherche des causes, face à une médecine officielle résolument « symptomatique » et, *in fine*, « magique ».

Chapitre 6

Accessibilité et profits : les attraits du métier

Comprendre l'émergence et le devenir d'une médecine implique d'appréhender les trajectoires sociales de ceux qui l'incarnent : qui sont ces personnes qui en viennent à s'engager dans ce métier ? D'où viennent-ils ? De quelles ressources (capitales) disposent-ils ? Qu'ont-ils à gagner ou à perdre ? Dans ce chapitre, on entend montrer que malgré les six années d'étude qu'il suppose, le métier d'étiopathe s'avère relativement accessible et offre des avantages importants au regard de son coût d'entrée. On verra dans un premier temps que si l'engagement dans le métier d'étiopathe, du moins tel qu'il est volontiers raconté par les praticiens, fait souvent suite à une « rencontre » plus ou moins enchantée avec l'étiopathie, cette rencontre survient en réalité dans des contextes propices à cet engagement, notamment des situations de difficulté scolaire ou professionnelle. Présentée comme le pur produit du libre arbitre, l'orientation vers l'étiopathie est aussi, et peut-être surtout, le produit d'un ensemble de contraintes. On verra ensuite que si le métier était autrefois principalement investi par des kinésithérapeutes soucieux de s'extirper de la domination médicale, le cursus tend désormais à s'ouvrir aux étudiants post-bacs et, dans une plus large proportion, aux femmes, ce qui témoigne de sa crédibilité croissante (quoique encore inférieure à celle des filières officielles). Une analyse plus fine des trajectoires sociales des praticiens montrera ensuite en quoi le métier d'étiopathe oscille entre remède au déclassement et promotion sociale, non seulement pour des personnes n'ayant pu accéder au métier de médecin ou de kinésithérapeute, mais également pour des personnes qui, auparavant, n'avaient jamais souhaité exercer dans le domaine de la santé. On s'arrêtera enfin sur ce qui fait l'accessibilité de la formation et l'attrait du métier, tant sur le plan économique que symbolique, et ce malgré son illégalité.

1. De client à praticien, ou : l'illusion de la « rencontre »

Sur les 163 répondants à l'enquête par questionnaire, seuls 44 (27,0%) déclarent n'avoir jamais fait personnellement appel ni à un étiopathe, ni à un ostéopathe, ni à un praticien dispensant des soins manuels à titre non professionnel (type rebouteux) avant de s'engager dans le cursus d'étiopathie, et 92 (56,4%) déclarent avoir consulté spécifiquement un étiopathe. Quant à ceux qui

n'ont pas fait eux-mêmes l'expérience d'un traitement, la plupart ont eu l'occasion d'avoir un aperçu du métier en accompagnant un proche ou en effectuant un stage d'observation chez un praticien³⁵⁸. Comme en témoigne l'anecdote suivante, les étudiants n'ayant eu absolument aucun contact avec la pratique de l'étiopathie relèvent encore de l'exception :

« Là, tu vois, en première année, [une étiopathe enseignante en faculté libre] elle demande souvent en début de cours : "qui n'est jamais allé en cabinet ?" Parce que t'as des étudiants maintenant – avant ça nous paraissait évident – qui ne sont jamais allés encore ou se faire manipuler, ou en stage bien sûr, mais qui n'ont jamais mis les pieds dans un cabinet. Elle dit : "je le demande depuis qu'une année, car y a un étudiant qu'était à fond, qui voulait faire ça mais qui n'avait jamais fait de stage, et en deuxième année, il va en stage et il se rend compte qu'en fait non, ça ne va pas le faire. Il aime toute la pensée, le raisonnement, mais par contre la vie au cabinet, recevoir des gens, qui puent des fois, qui pleurent, qui machin... Donc il a arrêté ».

(Laura, étiopathe en exercice depuis 14 ans)

Ainsi, avant d'entamer des études d'étiopathie, la majorité des praticiens a éprouvé l'efficacité du traitement, directement ou en tant que simple témoin :

« J'avais une quinzaine d'années, j'avais des maux de tête, des névralgies dans les bras, et ma prof de musique – je jouais du piano – elle me dit "va voir un gars sur [la commune], quand j'ai mal à la tête ou que j'ai des névralgies je vais voir ce mec là". Et j'ai débarqué et c'était [un étiopathe]. Ça faisait longtemps que j'avais des douleurs de cervicales. Mes parents m'avaient envoyée voir un neurologue sur Rennes. Et le neurologue il avait fait juste un test rotulien, un test du coude, un test du genou. Et il avait dit à mon père "500 francs s'il vous plaît, votre fille va bien". Du coup ma prof de musique m'avait parlé de ce gars-là. J'avais plus le droit de faire de sport depuis un an, et [l'étiopathe] me dit "t'inquiète pas, dans deux séances c'est fini". Il me manipule, je sors de là, on va bien voir... Plus de maux de tête dès le lendemain ! Plus rien ! Et je sais même pas si j'ai fait une deuxième séance, je ne m'en rappelle pas. Et après mes parents se sont fait soigner comme ça. »

(Nathalie, étiopathe en exercice depuis 15 ans)

« J'ai fait ambulancier, et puis j'ai ramené quelqu'un qui était complètement coincé chez un étiopathe, et qui vingt minutes après sortait en marchant normalement. J'avoue que ça a été... une espèce de choc. J'ai demandé à le rencontrer. [...] Il y a un état 1, et un quart d'heure après y a un état 2. Il y a un changement, il y a une efficacité, il y a... Surtout que c'était assez violent, c'est un patient qu'arrive en ambulance hein, c'est pas n'importe quel patient qu'arrive à pied. Moi je l'ai brancardé pour aller dans l'ambulance, et quand vingt minutes après, elle arrive, elle s'assoit à côté du chauffeur... On se pose des questions hein ! »

(Bastien, étiopathe en exercice depuis 32 ans)

Parfois les trajectoires thérapeutiques des praticiens ont aussi été l'occasion de comparer l'efficacité des médecines manuelles. Simon, par exemple, « tout le temps abîmé » et souffrant

358 On a vu au chapitre 2 que les cabinets d'étiopathie sont en fait étonnamment accessibles aux observateurs extérieurs.

« *d'une sciatique quasiment constante* » du fait d'une pratique intensive de décathlon alors qu'il était en sport-étude, a eu l'occasion de consulter d'abord un kiné-ostéopathe. « *Pour lui c'était une cinquième lombaire [explique Simon], donc il m'a manipulé une cinquième lombaire, mais ça n'a pas changé grand-chose. Et puis ensuite j'ai été voir l'étiopathe qui, lui, a une approche plus totalisante on va dire. Donc le bassin, la cinquième lombaire, la troisième lombaire, avec la dorsale... Quatre ou cinq pièces au final. Du coup ça m'a bien soulagé* ». Les entretiens, mais aussi et surtout les réponses récoltées lors de l'enquête par questionnaires, plus concises, peuvent alors donner l'illusion que la cause de l'orientation ou de la réorientation vers le métier d'étiopathe est à chercher dans l'étiopathie elle-même. En somme, l'étiopathie serait tellement efficace qu'elle ne manquerait pas de séduire et de convertir plus ou moins « naturellement » ceux qui en font l'expérience. À la question portant sur les circonstances ayant conduit vers le métier d'étiopathe, les réponses dépeignant le choix professionnel comme la suite logique d'une rencontre avec un thérapeute sont majoritaires :

« À la suite d'une séance d'étiopathie, je m'y suis intéressé. Mes années de collège et lycée m'ont permis de mûrir la réflexion. »

« En soin depuis 7 ans en médecine traditionnelle pour des problèmes d'intestins, en 6 séances j'ai vu mes problèmes se résoudre grâce à une étiopathe lyonnaise à la retraite depuis ! »

« Suite à un accident de voiture et divers traumatismes et fractures, il est resté entre autres comme séquelle une impossibilité de fléchir le membre inférieur droit. La solution proposée a été de repasser au bloc opératoire et sous anesthésie générale de recasser l'articulation et reprendre des mois de rééducation. L'étiopathie a permis de restaurer le système en une seule séance, trois ans après la fracture. »

« J'ai connu l'étiopathie lors de consultations... qui est apparue comme une révélation d'un rêve d'enfant »

Le risque est alors de sombrer dans ce que P. Bourdieu qualifiait d'« illusion biographique », soit la tendance à « traiter la vie comme une histoire, c'est-à-dire comme le récit cohérent d'une séquence signifiante et orientée d'événements » (BOURDIEU, 1986), en l'occurrence à traiter les événements biographiques auxquels furent confrontés les enquêtés comme le résultat d'une inclination « naturelle » (quoique potentiellement ignorée) pour le métier d'étiopathe (la quatrième des réponses reproduites supra – le « rêve d'enfant » devenu réalité – est particulièrement révélateur

de cette tendance)³⁵⁹. Cette « histoire » dilue dans un projet ou des aspirations personnelles la question des structures sociales et de l'« espace des possibles » attaché aux positions des agents dans un champ³⁶⁰. « Essayer de comprendre une vie comme une série unique et à soi suffisante d'événements successifs sans autre lien que l'association à un "sujet" dont la constance n'est sans doute que celle d'un nom propre, est à peu près aussi absurde que d'essayer de rendre raison d'un trajet dans le métro sans prendre en compte la structure du réseau, c'est-à-dire la matrice des relations objectives entre les différentes stations. Les événements biographiques se définissent comme autant de placements et de déplacements dans l'espace social, c'est-à-dire, plus précisément, dans les différents états successifs de la structure de la distribution des différentes espèces de capital qui sont en jeu dans le champ considéré » (BOURDIEU, 1986). En d'autres termes, on ne peut comprendre comment une voie devient une « opportunité » qu'à condition de restituer l'ensemble des voies qui s'offraient aux enquêtés ou qui, au contraire, leur étaient refusées. L'évacuation des conditions dans lesquelles surviennent les orientations estudiantines ou professionnelles est d'autant plus méliorative lorsqu'elle permet de passer sous silence les écueils et les obstacles qui ont fait de ces « choix » – parfois exprimés sur le mode de la vocation – le produit d'un ensemble de contraintes³⁶¹. C'est ainsi que, par exemple, l'interruption d'un cursus universitaire est rarement reconnue comme un échec, les enquêtés soulignant plus volontiers « l'inadéquation des objectifs de l'appareil universitaire à leurs intérêts, [ou encore] des obstacles extérieurs aux études elles-

359 « Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut tenter de dégager quelques uns des présupposés de cette théorie. D'abord le fait que "la vie" constitue un tout, un ensemble cohérent et orienté, qui peut et doit être appréhendé comme expression unitaire d'une "intention" subjective et objective, d'un projet : la notion sartrienne de "projet originel" ne fait que poser explicitement ce qui est impliqué dans les "déjà", "dès lors", "depuis son plus jeune âge", etc., des biographies ordinaires, ou dans les "toujours" ("j'ai toujours aimé la musique") des "histoires de vie". Cette vie organisée comme une histoire se déroule, selon un ordre chronologique qui est aussi un ordre logique, depuis un commencement, une origine, au double sens de point de départ, de début, mais aussi de principe, de raison d'être, de cause première, jusqu'à son terme qui est aussi un but » (BOURDIEU, 1986).

360 « Les individus ne se déplacent pas au hasard dans l'espace social, d'une part parce que les forces qui confèrent sa structure à cet espace s'imposent à eux (à travers par exemple les mécanismes objectifs d'élimination et d'orientation), d'autre part parce qu'ils opposent aux forces du champ leur inertie propre, *c'est-à-dire leurs propriétés*, qui peuvent exister à l'état incorporé, sous forme de dispositions, ou à l'état objectivé, dans des biens, des titres etc. À un volume déterminé du capital hérité, correspond un *faisceau de trajectoires* à peu près équiprobables conduisant à des positions à peu près équivalentes – c'est le *champ des possibles* objectivement offert à un agent déterminé – ; et le passage d'une trajectoire à une autre dépend souvent d'événements collectifs – guerres, crises, etc. – ou individuels – rencontres, liaisons, protections etc. – que l'on décrit communément comme des hasards (heureux ou malheureux), bien qu'ils dépendent eux-mêmes statistiquement de la position et des dispositions de ceux à qui ils arrivent » (BOURDIEU, 1979c, p. 122). Dans *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire* (1992), Pierre Bourdieu s'attache à démontrer comment les productions littéraires, loin d'être de « pures créations » dans le sens où elles échapperaient à toute détermination sociale pour n'être que le produit de leur « créateur », sont au contraire partiellement déterminées par la structure existante du champ littéraire.

361 Ainsi les sophrologues étudiés lors de l'enquête de Master 1 dépeignaient-ils systématiquement (en particulier sur leurs blogs ou supports de communication) leur rencontre avec la sophrologie sur le mode enchanté de la « révélation ». La reconstitution de leurs trajectoires laissaient cependant entrevoir un envers du décor beaucoup moins reluisant : celui de déceptions professionnelles, voire de burn-out. La rencontre avec la sophrologie apparaissait alors d'autant plus « miraculeuse » qu'elle permettait de pallier à un déclassement social brutal. En somme, les enquêtés croyaient d'autant plus en la sophrologie qu'ils avaient le besoin d'y croire (CADÉRON, 2013).

mêmes » (AMIOT & FRICKEY, 1976, p. 38). Ce type de réponse se dégage d'ailleurs de certains questionnaires. Et dans l'un de ses livres, J-P. Moureau dépeint également la faculté de médecine comme une entrave à sa vocation de soigner (voir le troisième extrait ci-dessous).

« *La médecine allopathique ne me satisfaisait pas, la logique du symptôme à cacher n'était pas la mienne. La logique des études de médecine ne me convenaient pas (ex : coefficient 7 pour la physique et le résumé de texte, coefficient 1 pour l'anatomie, cherchez l'erreur). »*

—

« *J'étais en médecine et j'étais insatisfait du soin, qui pour moi était négligeable. J'ai rencontré une étioathe et ça a été le coup de foudre de la logique étioathique. »*

—

« *Après le baccalauréat, section sciences expérimentales, je pris le chemin de Marseille et de la faculté de médecine, bien décidé à concrétiser mes désirs. Et ce fut une grande déception. La révolution de 68 occupait tous les esprits. Tout était politisé et la politique ne m'intéressait pas. J'étais en complet décalage avec l'ambiance de la faculté. [...] [Mais] la véritable déception était de ne pas réussir à m'intéresser au programme de physique, de chimie et de biologie, les trois principales matières enseignées, préambules à un exercice de la médecine dont je découvrais l'antichambre avec circonspection³⁶². La dissection des rats et des grenouilles ne réveillait chez moi pas le moindre intérêt. Le rapport entretenu par la médecine avec la grenouille était loin d'être évident. À vingt ans, je préférais la nature vivante, habitué à la respecter comme telle. [...] la pédagogie mise en œuvre me mettait fort mal à l'aise. Les questionnaires à choix multiples, posés de façon à faire douter l'étudiant de sa réponse, me laissaient de marbre, pantois et, disons-le sans aucun mépris, indifférent. [...] Les cours des amphithéâtres semblaient le prolongement d'un apprentissage scolaire, essentiellement consacré à la théorie, une théorie des plus généralistes. Il n'y avait quasiment aucun contact entre le contenu des cours et l'exercice de la médecine. [...] La deuxième année passée à Marseille ne fit qu'accentuer le décalage. J'étais aussi étudiant en médecine que je pouvais l'être, mais cela ne suffisait pas à m'impliquer. [...] Avec le recul [...] je comprends mieux aujourd'hui le paradoxe vécu à Marseille. Ma vocation était de guérir les autres. Ce n'était pas une petite ambition, mais un véritable appel. Prêt à engager ma vie, j'attendais de la médecine une réponse aussi convaincante dans ses intentions que ma motivation. »*

(MOUREAU, 2013, p. 43-47)

Dans certains cas, le passage en faculté de médecine ne fait l'objet d'aucun commentaire. Les auteurs des deux réponses suivantes, bien qu'ayant démarré un cursus médical avant de s'engager en étioathie, se contentent de souligner l'inefficacité des soins sur lesquels elle débouche pour expliquer leur orientation vers le métier.

« *Mon père ayant été soulagé par un étioathe après des années de traitements allopathiques*

362 Notons que les écoles d'étioathie dispensent elles aussi des enseignements « préambulaires », comme la chimie, la biochimie ou encore la thermodynamique, et ce depuis de nombreuses années déjà (probablement depuis le début des années 1980, avec l'arrivée de Daniel au sein du corps enseignant, biologiste convaincu de la nécessité d'enseigner ce type de matières en parallèle des *Principes fondamentaux*. Le rôle attribué à ces matières sera abordé plus en détail au chapitre suivant).

infructueux, il m'a encouragé à suivre cette voie. »

« Ma grand-mère souffrait du dos et testait toutes les techniques de soins. Seule l'étiopathie lui apportait du soulagement. »

Ainsi qu'on l'a montré au cours de la seconde partie de ce travail, notamment à travers la restitution de parcours de clients, les personnes plus ou moins « miraculeusement » tirées d'affaire par un étiopathe, après un parcours chaotiques auprès des médecins, sont probablement nombreuses. Or toutes n'embrassent pas soudainement ce métier. L'étiopathie n'apparaît ainsi comme une « évidence » ou, à tout le moins, comme une opportunité professionnelle, qu'au terme de certaines trajectoires sociales. Une minorité d'enquêtés, un peu plus loquaces, laissent entrevoir dans leur questionnaire le contexte de l'orientation vers cet exercice. Ce qui ressort de ces éléments, ce sont essentiellement des difficultés d'ordre scolaires, en particulier chez les étudiants en faculté de médecine et ceux qui tentent le concours de kinésithérapeute. D'autres évoquent pour leur part des « circonstances professionnelles » :

« Au départ, je voulais être vétérinaire. Étant sur liste complémentaire pour une prépa, mon professeur de maths m'a parlé de l'étiopathie pour les animaux et j'ai adoré le principe. Je suis donc parti en IUT génie Biologique (qui me permettait de voir un bon panel de la biologie, de pouvoir tenter le concours véto si je le voulais toujours, d'avoir un diplôme professionnel reconnu et de pouvoir m'inscrire à la faculté d'étiopathie pour les animaux encore en exercice à cette époque). Cependant durant ce cursus, je me suis plus orientée sur l'humain et pour être sûre de mon choix cette fois-ci et ne pas payer 6 ans à 6 000 euros pour rien, je suis partie en concours kiné/médecine (pour avoir les connaissances de kiné et vérifier si l'anatomie, la physiologie, etc. me plaisaient). Ayant eu des problèmes de santé, je n'ai pas eu le concours, mais mon but était atteint et je suis arrivée à la faculté libre d'étiopathie de Lyon où j'ai effectué une scolarité sans encombre avec maintenant un cabinet qui a un bel avenir devant lui. »

« J'ai consulté personnellement un étiopathe. Lorsque j'ai échoué aux concours de kiné, je me suis renseignée sur la formation d'étiopathe. C'est à ce moment que j'ai pu constater que les qualités qui m'attiraient dans le métier de kiné, je les retrouvais dans celui d'étiopathe, et même encore plus maintenant que je suis installée. »

« Véritable "coup de foudre" de l'étiopathie en tant que patiente. Après plusieurs années de réflexion et d'autres circonstances professionnelles j'ai pu m'engager dans le cursus d'étiopathie. »

Ainsi derrière le mythe du « choix » d'une thérapeutique efficace se cacheraient fréquemment la réalité d'une orientation vers la seule filière accessible, ou celle d'une réorientation

professionnelle.

2. Un recrutement en pleine évolution :

2.1. Du kinésithérapeute au primo-entrant ?

Dans la continuité des travaux de F. Bouchayer (1986a ; 1986c) et É. Bailly (2005) sur l'ostéopathie, le premier chapitre a été l'occasion de noter la prépondérance des kinésithérapeutes au sein des premières générations d'étiopathes. Rappelons que ce n'est qu'à la fin des années 1970 que C. Trédaniel a initié dans son école parisienne une année « préparatoire » afin de rendre la formation accessible à ceux n'ayant suivi aucun cursus médical ou paramédical. Au cours de son enquête, É. Bailly a elle-même fait parvenir un questionnaire à 1660 ostéopathes non-médecins au début de l'année 1998³⁶³. Parmi les 381 répondants, 92,1% avaient suivi une formation courte dans le secteur paramédical, et 88,2% déclaraient un diplôme d'État (D.E) en kinésithérapie (BAILLY, 2005, p. 135). La majorité des enquêtés (72,2%) s'était engagée en ostéopathie « dans le prolongement d'un parcours scolaire sans encombre », tandis qu'un petit quart des effectifs (22,6%) s'était réorienté au préalable, principalement vers le secteur paramédical, le plus souvent avoir tenté la faculté de médecine³⁶⁴(BAILLY, 2005, p. 140). Ce recrutement devait cependant évoluer au profit des ostéopathes de formation initiale (les « ni-ni » évoqués plus haut), en particulier avec l'ouverture (et la multiplication) des cursus à temps plein. Un mouvement similaire s'est produit chez les étiopathes. En effet, tous les enquêtés se sont accordés à dire que la part des kinésithérapeutes a progressivement décliné dans leurs rangs, ce que notre enquête par questionnaires confirme largement : sur les 163 répondants, dont les trois quarts (123) ont entamé leur cursus d'étiopathie en 2000 ou après, seulement six déclarent un DE en kinésithérapie. Un septième, de nationalité suisse, est physiothérapeute. Les autres métiers paramédicaux ne sont guère plus représentés : on retrouve sept infirmières et un infirmier sapeur-pompier, deux manipulateurs d'électroradiologie médicale, et une aide-soignante. Les professionnels paramédicaux représentent donc, en tout et pour tout, 11,0% de notre population d'enquête (18/163). Est-ce à dire que les facultés libres d'étiopathie sont parvenues à s'imposer comme une voie parmi d'autres auprès des

363 Cet envoi a pu se faire au terme d'un partenariat avec le Registre des Ostéopathes de France (ROF), qui « prétendait posséder le listing de toutes les associations et une liste d'ostéopathes non-affiliés » (BAILLY, 2005, p. 28).

364 91,9% des réorientés se sont dirigés vers la kinésithérapie, et 62,8% d'entre eux provenaient de la faculté de médecine (BAILLY, 2005, p. 141-144).

étudiants post-bac ? Pas exactement. Comme le montre le tableau 10, une part importante des praticiens ont eu une expérience professionnelle (autre qu'un emploi étudiant) et/ou estudiantine avant d'entamer le cursus. Ceux entrés en faculté libre d'étiopathie directement après le baccalauréat représentent à peine le quart des effectifs.

Tableau 10 : Expériences post-bac des praticiens avant d'intégrer le cursus d'étiopathie

	nb	%
Expérience professionnelle	54	33,5
Sans diplôme de l'enseignement supérieur	16	9,8
Avec diplôme de l'enseignement supérieur	38	23,3
Expérience estudiantine	115³⁶⁵	70,5
cursus achevé	49	30,1
cursus inachevé	82	50,3
Entrée (présumée) post-bac en étiopathie	42	25,7
TOTAL	163	100

Parmi les 42 répondants ne déclarant ni une expérience professionnelle ni une expérience estudiantine avant d'entamer des études en étiopathie, 13 n'envisageaient pas ce cursus au sortir du baccalauréat. Parmi ces derniers, 7 envisageaient le concours de kinésithérapeute (certains envisageaient également la faculté de médecine et/ou une école d'ostéopathie), un visait uniquement la faculté de médecine, un souhaitait intégrer une école d'architecture, un voulait devenir ingénieur mais n'a pas obtenu son baccalauréat, un autre déclarait vouloir devenir ornithologue, et, enfin, un dernier souhaitait pratiquer une médecine alternative sans avoir à passer par la faculté de médecine (NR = 1). Ces cas de figure, qui impliquent pour une bonne part des cursus sélectifs, semblent donc recouvrir des projets contrariés rapidement suivis d'une réorientation en école d'étiopathie. Deux réponses à la question ouverte sur les circonstances ayant mené au cursus d'étiopathie vont dans ce sens :

« Acceptation des candidatures tardives dans l'été universitaire. »

—

« Le bac obtenu, ayant passé deux concours kiné en terminale sans sélection mais plus pour rassurer ma famille, il fallait trouver une école qui pouvait recruter directement après le bac sans passer par une formation médicale ou paramédicale : nous avons alors découvert les études d'étiopathie et nous sommes allés à un entretien à la fac d'étio de Paris. Je me suis lancée sans trop savoir en septembre 90, et je ne le regrette toujours pas aujourd'hui. »

Ne reste donc que 29 enquêtés (17,8%) ayant envisagé le cursus d'étiopathie directement

365 16 enquêtés (9,8%) ont obtenu un diplôme et ont entamé un autre cursus par la suite (ou vice versa).

après le bac et l'ayant, semble-t-il, effectivement intégré. Cette faible proportion de recrutements post-bac ne saurait s'expliquer uniquement par un manque de visibilité de la formation. En effet, au total ce sont 52 enquêtés (31,9%) qui ont envisagé la filière étio-pathique au sortir de l'enseignement secondaire, mais 10 sont d'abord allés obtenir un autre diplôme du supérieur, 11 ont entamé un autre cursus (sans parvenir à son terme), et 2 autres se sont orientés vers une activité professionnelle (autre qu'un job étudiant). Tout se passe donc comme si une part importante des enquêtés avait préféré assurer ses arrières par l'obtention d'un titre officiel. Une stratégie qui reflète parfois une exigence parentale³⁶⁶, ainsi que le révèlent ces extraits d'entretien:

« Ma volonté ça a été assez rapidement de me diriger vers l'étiopathie. Et du coup mes parents étaient pas trop chauds pour des études longues et chères... Donc ils m'ont dit "tu ferais mieux de faire kiné d'abord, et ensuite quand tu seras kiné tu pourras faire étio et puis..". Ils m'ont plutôt poussé à faire quelque chose de légal et reconnu on va dire, en premier ».

(Simon, étio-pathiste en exercice depuis 9 ans)

« Mes parents ont exigé entre guillemets que je ne me cantonne pas à l'étiopathie. C'était d'autant plus facile à l'époque [que les enseignements en faculté d'étiopathie] étaient concentrés sur la fin de semaine. Donc je me suis inscrit en DEUG de biologie en même temps, quand j'ai fait ma première année d'étiopathie ».

(Patrice, étio-pathiste en exercice depuis 21 ans)

Le tableau 10 montre en outre que la part d'étiopathes ne disposant d'aucun diplôme de l'enseignement supérieur avant d'intégrer le cursus étio-pathique est considérable : cette situation a concerné pas moins de 114 enquêtés, soit 69,9% de l'effectif total³⁶⁷. Il y a donc sur ce point une évolution très nette comparativement aux ostéopathes étudiés par É. Bailly, chez qui 5,3% seulement avaient un niveau inférieur ou égal au baccalauréat. Après avoir été massivement investie par des kinésithérapeutes, l'étiopathie apparaît comme une voie privilégiée pour des personnes en

366 La connaissance même de l'espace de l'enseignement supérieur et des opportunités qui y sont offertes est étroitement liée aux positions sociales des parents. Au sein de notre population d'enquête, les injonctions à « faire autre chose » avant de devenir étio-pathiste ne proviennent pas des parents issus des milieux les plus modestes, généralement peu familiers de l'enseignement supérieur. Sophie Orange a bien montré que, du fait de cette relative ignorance, l'orientation des enfants des classes populaires est souvent le produit des préconisations du corps enseignant (ORANGE, 2010). Les projets et les stratégies développées par les parents varient ensuite selon le milieu social. Dans son ouvrage *Choisir son école. Stratégies familiales et médiations locales* (2009), Agnès Van Zanten analyse par exemple les choix opérés au sein des classes moyennes, dont elle distingue quatre profils selon le niveau et la structure du capital (plutôt économique et lié au secteur privé, ou plutôt culturel et lié au secteur public) : les « technocrates », les « intellectuels », les « médiateurs » et les « techniciens ». Elle montre ainsi que les stratégies visant le plus clairement l'ascension sociale de leurs enfants sont d'abord mises en œuvre par les « technocrates » et les « techniciens », soit les deux groupes liés au pôle économique et privé, mais qu'elles n'échappent pas non plus aux perspectives des « intellectuels ». L'auteure montre également que les parents « technocrates » se montrent particulièrement interventionnistes, laissant finalement peu le choix de l'orientation à leurs enfants, tandis que celle des enfants des « intellectuels » se fait de manière plus implicite, à travers la transmission d'un habitus.

367 Les enquêtés, pourtant, disposent presque tous d'un baccalauréat (2 seulement ne l'ont pas sur les 163), le plus souvent général (88,3%) et de série scientifique (68,1% de l'ensemble des bacs) Non réponses = 4,9%.

situation d'échec ou de difficulté scolaire, et/ou relativement insatisfaites sur le plan étudiant ou professionnel. On peut d'ailleurs faire l'hypothèse, compte tenu de ce qui vient d'être dit, que certains des primo-entrants ont connu un parcours scolaire incertain, les conduisant à s'auto-exclure des filières les plus élitistes³⁶⁸. Le cas de Patrice, fils unique de deux employés de banque (diplômés d'un niveau BEP, CAP ou certificat d'études), illustre assez bien cette tendance qui débouche sur ce que Bourdieu qualifiait de « vocation », soit une « adhésion anticipée au destin objectif » (BOURDIEU, 1979c, p. 123)³⁶⁹.

Patrice raconte avoir voulu se diriger vers le métier de chirurgien dès ses neuf ans, après avoir vu un documentaire. « *On mangeait avec mes parents à table [raconte-t-il]. On regardait la TV, et là on voit un reportage... On montrait une opération à cœur ouvert, on voyait le cœur battre, et j'ai trouvé ça fascinant. Je voulais voir comment c'était fichu à l'intérieur* ». Mais une fois au lycée, ce dernier découvre l'étiopathie au cours d'un forum sur les métiers :

« J'ai eu la chance d'être inscrit dans le même lycée que les enfants du fondateur de la faculté d'étiopathie de Rennes [Martin Lecoq]. À l'occasion d'un forum où ils invitaient les parents à venir présenter leur profession, Martin est venu présenter l'étiopathie. Et moi je voulais devenir chirurgien, donc je connaissais déjà le cursus qui m'attendait. Par curiosité je suis allé voir Martin, qui nous a présenté une cassette vidéo sur l'étiopathie qui avait été tournée à ce moment-là. Et ce qui m'a scotché en fait, ce qui m'a vraiment décidé à me renseigner un peu plus sur l'étio, c'est une démonstration d'une version fœtale, c'est-à-dire retourner un bébé chez une femme sur le point d'accoucher, qui se présentait en siège. Et donc le praticien le fait, le bébé se présentait par les fesses, la femme était à terme quoi... Et il montre comment on fait, il explique : "on cherche la tête, on cherche les fesses, et on incite le bébé à faire le mouvement". On voit le truc se faire devant la caméra. Et quinze jours auparavant, j'ai une de mes cousines qui avait dû subir une césarienne parce qu'elle avait son bébé en siège. Et là du coup je me suis dit "bon, la chirurgie c'est bien, on ouvre...". Mais du coup ça m'a interpellé quoi... Avant d'ouvrir, est-ce qu'il n'y a pas d'autres solutions ? Donc c'est ce qui m'a décidé, et je suis tombé amoureux de l'étio assez rapidement. »

Patrice abandonne ainsi l'idée de la chirurgie et, après avoir obtenu un Bac D, intègre d'emblée une faculté libre d'étiopathie. Cet « amour » soudain pour cette thérapeutique est à indexer aux chances objectives de Patrice de devenir chirurgien compte tenu de ses origines sociales et de son rapport aux études³⁷⁰. Ce dernier se montre en effet peu disposé à entamer

368 D'après un chargé de cours à la FLEB, bon nombre des personnes souhaitant intégrer le cursus d'étiopathie « *disent qu'ils ne [veulent] absolument pas faire la PACES* » (ce point sera à nouveau abordé à la section 4.1 de ce chapitre : « Un cursus accessible », p. 270).

369 De nombreuses recherches d'inspiration bourdieusienne ont mis en évidence le lien étroit entre les choix d'orientation – voire ce qui se manifeste comme un « goût » ou un « dégoût » – et les chances objectives de réussite. Ainsi, par exemple, Bernard Convert a montré que l'orientation au sein de l'enseignement secondaire (y compris l'orientation entre les différentes disciplines universitaires) est étroitement liée au succès scolaire, à l'origine sociale ainsi qu'au genre (CONVERT, 2010). Charles Soulié, pour sa part, a montré que la hiérarchie académique des sujets de recherche en maîtrise et en doctorat de philosophie recoupe en fait l'origine sociale des étudiants (SOULIÉ, 1995). Charles Suaud montrait encore que les garçons des hameaux, qui maîtrisaient mal le « langage indispensable de la vocation » du fait de leur faible fréquentation du prêtre, avaient tendance à exclure d'emblée la possibilité d'un engagement sacerdotal. « L'image "trop haute" que les fils de paysans se forgeaient du prêtre et par laquelle ils justifiaient leurs comportements d'auto-exclusion devant la perspective du sacerdoce ("je ne croyais pas que c'était une solution possible pour moi") est l'expression de l'ensemble de leurs handicaps sociaux et culturels » (SUAUD, 1975).

370 Parmi les filières universitaires, les facultés de médecine sont celles qui comptent les plus forts taux d'étudiants

un long cursus universitaire tout en se pliant aux modalités de la sélection.

« Je me suis dit d'une part les études étaient plus courtes, ce qui me déplaisait pas. Parce que c'est vrai que me taper six ans de médecine plus l'internat de chirurgie ça me... ça me paraissait long quoi. C'était le côté long, le côté que j'allais devoir me farcir tout le tronc commun de médecine qui n'a pas de rapport direct avec la chirurgie hormis l'anatomie. Toutes les sciences de la nature qui sont là pour faire la sélection, la pharmacologie qu'est pas vraiment mon truc non plus... Ouais, donc y avait ces matières qui n'étaient pas forcément des choses qui m'intéressaient à la base et qui me semblaient pas avoir une application concrète pratique par rapport à mon projet. Alors qu'en étio c'est l'inverse ».

Cette relative indisposition aux études universitaires se manifeste d'ailleurs lors de son court passage en faculté de biologie, effectué en parallèle de sa première année d'étiopathie à la demande de ses parents : *« Ça m'a absolument pas convenu la fac. J'étais absolument pas prêt à être étudiant en fac. Donc au bout du premier semestre j'ai passé les partiels et je me suis lamentablement planté. Donc j'ai abandonné. »* En revanche, Patrice s'est révélé suffisamment « scolaire » pour réussir à mener de front, à partir de l'année suivante, une formation en manipulateur radiologie parallèlement à sa formation en étiopathie. En fin de compte, pour Patrice, le métier d'étiopathe apparaît rapidement comme une position tout à fait honorable compte tenu de son origine sociale.

Comme le montre le tableau 11, les âges moyens et médians d'entrée en cursus d'étiopathie n'ont que légèrement diminué depuis 1997, malgré un contexte *a priori* de plus en plus favorable (du fait de l'augmentation des effectifs et de la reconnaissance légale des ostéopathes et des chiropracteurs). Il n'est donc pas impossible que cette voie reste durablement une voie de réorientation. Cela peut s'expliquer, d'une part, par le statut même de cette médecine : avant de s'y diriger, les étudiants post-bac chercheraient à privilégier une filière officielle. D'autre part, cela peut s'expliquer par le coût élevé des études : avant de s'engager dans un cursus à près de 7 000€ l'année (ainsi qu'on va le voir un peu plus loin), les étudiants s'orienteraient d'abord vers des voies moins onéreuses.

Tableau 11 : Âges moyens et médians d'entrée en étiopathie selon les années

	Âge moyen	Âge médian	Effectifs
Avant 1997	22,44	20	25
1997-1999	23,33	20	15
2000-2002	21,44	20	9
2003-2004	23,07	20	15
2005-2007	21,53	19	45
2008-2010	20,5	19,5	22

Les recrutements des étiopathes ont cependant connu une évolution significative en termes

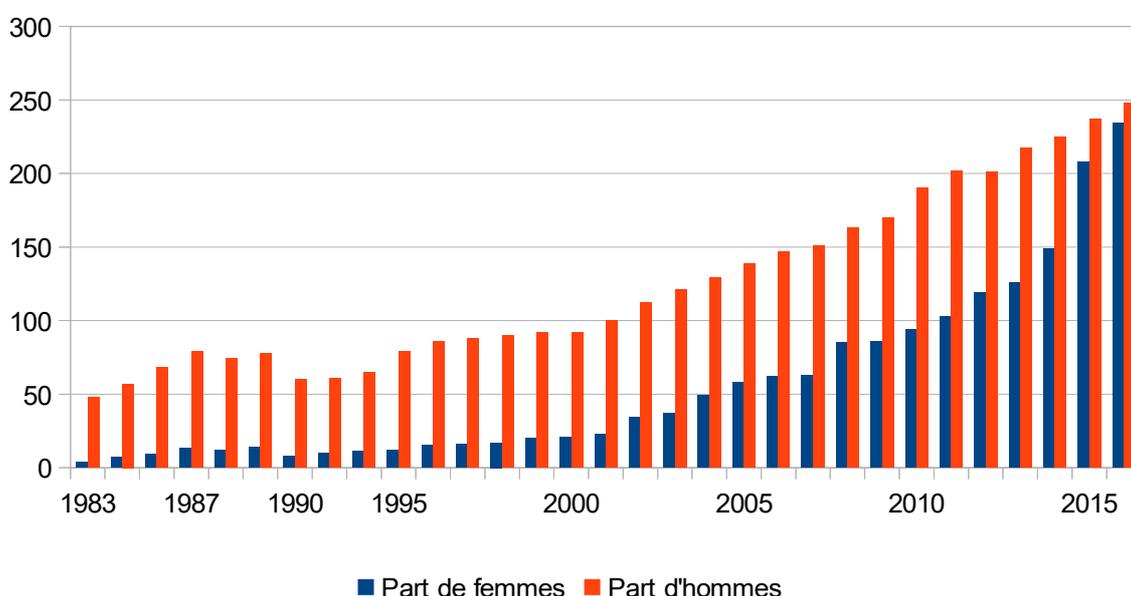
d'origine sociale favorisée et de mentionnés au baccalauréat (CONVERT, 2010). Et au sein même des spécialités médicales, la chirurgie se distingue par l'origine sociale fréquemment élevée des impétrants (JAISSON, 2002b).

de genre, avec une arrivée massive des femmes au cours des dernières années. Un changement qui, *in fine*, témoigne d'une crédibilité croissante de la filière.

2.2. Une parité atteinte :

L'autre évolution notable au niveau des recrutements réside dans le taux de féminisation. Longtemps très masculine, l'étiopathie a aujourd'hui atteint la parité³⁷¹.

Graphique 1 : Évolution des proportions hommes/femmes parmi les inscrits au RNE



L'ostéopathie a connu une évolution semblable : dans sa thèse, É. Bailly rapportait que 85,3% de l'ensemble de sa population interrogée par questionnaire étaient des hommes. Elle rappelait également qu'en 1998, les femmes ne représentaient que 25% des membres de l'Union fédérale des ostéopathes de France (UFOF), 17,2% des membres du ROF, et 12,2% de l'AFDO (BAILLY, 2005, p. 190). Depuis, les femmes ont largement investi la profession. Le ROF annonce que « depuis 2011, il est évident que sur l'ensemble des praticiens autorisés à user du titre, la gent masculine est majoritaire : +64,2% en moyenne contre +35,8% pour ces dames. Cet écart se relativise chez les ostéopathes exclusifs ; +55,8% contre +44,2%. Néanmoins selon la CIPAV, on

³⁷¹ Les postes à responsabilité échappent toutefois largement à cette parité. Lors de la cérémonie de remise des diplômes de 2015, durant le congrès annuel d'étiopathie qui se tenait à Deauville, les étudiants étaient invités à rejoindre sur scène le président de l'IFE, le président de l'IIÉ ainsi que les président et directeurs des quatre facultés libres, qui étaient tous des hommes.

assiste à une féminisation des moins de 30 ans (1430 femmes/930 hommes depuis 2011) »³⁷². On peut également lire sur le site du Syndicat National des Ostéopathes de France (SNOF) que « l'exploitation du fichier ADELI montre une féminisation de la profession d'ostéopathe. À ce jour, 60% des ostéopathes sont des femmes et 40% sont des hommes. Ce rapport s'est inversé entre 2009 et aujourd'hui »³⁷³. Ce qui sépare le plus manifestement les femmes des hommes dans notre population d'enquête, c'est leur âge d'entrée en étioopathie. En effet, comme le montre le tableau 12, les femmes tendent à intégrer le cursus plus jeunes. Et, comme le montre le tableau 13, cette entrée plus précoce des femmes n'est pas un phénomène récent : les femmes semblent s'être « toujours » engagées plus jeunes, comme s'il s'agissait là d'une condition *sine qua non*.

Tableau 12 : Âges d'entrée en cursus d'étioopathie selon le sexe

	Moins de 19 ans		De 19 à 20 ans		De 21 à 22 ans		De 23 à 24 ans		25 ans et plus		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Hommes	15	17,9	22	26,2	12	14,3	7	8,3	28	33,3	84	100,0
Femmes	28	35,4	28	35,4	9	11,4	3	3,8	11	13,9	79	100,0
Total	43	26,4	50	30,7	21	12,9	10	6,1	39	23,9	163	100,0

Tableau 13 : Âges moyens et médians d'entrée en cursus étioopathique selon le sexe et l'année d'entrée

	Avant 2000		De 2000 à 2006		De 2007 et nos jours		Total	
	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
Hommes	24,52	21,0	23,31	23,0	25,17	21,0	24,15	21,0
Femmes	19,15	19,0	20	18,0	21,74	20,0	20,92	19,0
Total	22,78	20,0	21,87	20,0	23,05	20,0	22,59	20,0

Cette entrée précoce des femmes apparaît comme une conséquence de la division sexuelle du travail, c'est-à-dire de la nécessité pour elle de s'engager avant d'avoir entamé une vie familiale chronophage. Le tableau 17 (voir la section « Des mobilités sectorielles conséquentes », page 258) confirme la difficulté pour les femmes de s'orienter vers un cursus d'étioopathie long de plusieurs années après une carrière professionnelle déjà bien entamée³⁷⁴. Plusieurs travaux ont montré

372 ROF, Newsletter n° 6, « Démographie 2014, vers une stabilisation de la croissance... », 27/01/2014, (https://www.osteopathie.org/documents.php?url=newsletter-n-6---demographie-2014---vers-une-stabilisation-de-la-croissance-2_142.pdf, page consultée le 25 août 2019).

373 <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>, page consultée le 29 août 2019.

374 Inversement, on a pu observer au cours de notre étude de Master 1 que les femmes étaient infiniment plus nombreuses à s'orienter, y compris tardivement, vers le métier de sophrologue. Une orientation sans doute révélatrice de l'accessibilité du métier : à titre d'exemple, le syndicat des sophrologues professionnels avait à

combien cette division sexuelle du travail structure les orientations professionnelles ainsi que le mode d'exercice. A-C. Hardy observait ainsi qu'en médecine, après la réforme de l'internat de spécialité en 1982, les femmes se sont d'abord orientées négativement vers la médecine générale ou l'internat de spécialité, selon qu'elles estimaient que l'une ou l'autre de ces voies ne viendrait pas (ou viendrait moins) contrarier leur projet familial (HARDY, 2013, p. 116-120). La féminisation du corps médical s'est ensuite rapidement accompagnée de la disparition du modèle de disponibilité permanente du « médecin de famille » (LAPEYRE & LE FEUVRE, 2005), rendu possible par un soutien important de l'épouse dans le travail domestique³⁷⁵. Les femmes ont alors pu s'engager positivement en médecine générale ou en médecine spécialisée, en réorganisant l'exercice de la médecine selon des modalités compatibles avec une vie de famille³⁷⁶. « La mixité des professions ne s'opère donc que dans un contexte de redéfinition des rôles sociaux et domestiques des hommes et des femmes, ce qui permet de comprendre qu'elle se repère surtout dans des métiers où la mobilité sociale favorise cette recomposition familiale » (HARDY-DUBERNET, 2005). Parallèlement, d'autres filières recrutant au sein des catégories supérieures, comme les ingénieurs et les cadres techniques d'entreprise, restent très largement investies par les hommes car bien moins compatibles avec une vie de famille³⁷⁷. En effet, Catherine Marry montrait que, pour réussir une carrière d'ingénieur sans pour autant sacrifier leur vie de famille, les femmes ingénieurs devaient compter sur des solidarités familiales et disposer de revenus élevés afin de se faire assister dans le travail domestique (MARRY, 2004). Concernant le métier d'étiopathe, on suppose que ce n'est pas un changement dans l'exercice en lui-même qui a fait que les femmes s'y sont investies. Ainsi qu'on le verra dans les sections suivantes, le praticien est globalement maître de la gestion de son temps de travail et, compte tenu des tarifs des consultations, l'obtention d'une rémunération raisonnable ne semble pas supposer des semaines de travail particulièrement chargées. Ainsi, dès le départ, les femmes étaient probablement

l'époque fixé comme critère d'admission 300 heures de formation en présentiel sur deux ans (CADÉRON, 2013, p. 27). Rien à voir, donc, avec les 3250 heures de cours dispensées en faculté libre d'étiopathie.

375 Avant 1982, les femmes médecins devenaient majoritairement des spécialistes par la voie du Certificat d'Études Spécialisées (CES), qui permettait l'accès à un exercice salarié ou aux spécialités ambulatoires (gynécologie, pédiatrie, dermatologie etc.) à une époque où l'*ethos* professionnel de la disponibilité permanente était encore très présent. Ce n'est qu'après 1982 que les femmes ont commencé à investir la médecine générale.

376 Ces aménagements visant à équilibrer vie professionnelle et vie de famille se retrouvent dans d'autres professions hautement qualifiées comme les avocats ou les architectes – avec notamment une préférence des femmes pour le salariat et des temps de travail inférieurs – avec cependant des marges de manœuvres plus confortables pour les médecins généralistes : « la situation des femmes médecins généralistes est plutôt favorable, du point de vue des possibilités de gestion de leur carrière (en termes d'autonomie de travail et de marges de manœuvre dans l'exercice du métier), au regard de la situation de leurs collègues exerçant dans d'autres groupes professionnels » (LAPEYRE & ROBELET, 2010).

377 « En 2002, la proportion de femmes parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures était de 36 %, soit un chiffre quasiment équivalent à celui de la médecine. Mais ce sont parmi les professions scientifiques et de l'enseignement qu'elles sont les plus nombreuses (56 %) alors qu'elles sont beaucoup moins représentées parmi les ingénieurs et cadres techniques d'entreprises (16 %). Dans les professions libérales, en revanche, elles sont représentées dans des proportions légèrement supérieures à la moyenne (38 %) » (HARDY-DUBERNET, 2005).

libres de pratiquer selon des modalités qu'elles-mêmes auraient définies. Leur arrivée tardive dans le métier semble donc s'être jouée essentiellement au niveau de la formation : les femmes étant contraintes d'intégrer le métier jeunes, il fallait que l'étiopathie apparaisse comme une voie post-bac crédible (ou relativement crédible) pour qu'elles s'y engagent, à l'inverse des hommes qui, eux, étaient davantage (et sont toujours) libres de s'y investir plus tard. On observe d'ailleurs que la part des femmes au sein du RNE commence à croître de façon exponentielle à partir de 2002, soit à un moment où l'ostéopathie, fréquemment confondue avec l'étiopathie (cf. chapitre 3), est en plein essor. La féminisation de l'étiopathie apparaît en fin de compte comme un indicateur de sa légitimité auprès des jeunes étudiants. Un constat qui, dans le sillage des travaux de Nathalie Lapeyre, va à l'encontre des « rhétoriques professionnelles déclinistes » associant la féminisation d'un métier à sa dévalorisation (LAPEYRE, 2005 ; LAPEYRE & ROBELET, 2010).

3. Le métier d'étiopathe : entre « refuge honorable » et promotion sociale

3.1. Les laissés-pour-compte de la médecine et de la kinésithérapie :

Parmi les cursus envisagés au sortir de l'enseignement secondaire, la faculté de médecine et la préparation au concours de kinésithérapeute se distinguent nettement : 29,4% pour la première, 31,3% pour la seconde, dont 8,6% qui envisageaient les deux voies. Au final, 23,9% ont effectivement entamé un cursus en médecine, et 11,0% ont entamé une classe préparatoire au concours de kinésithérapeute. Trois personnes (1,8%) visant le concours de kinésithérapeute ont également intégré la filière STAPS³⁷⁸, et, parmi ceux qui visaient initialement la faculté de médecine, l'un a finalement entamé une licence de biologie. Deux enquêtés présentent des carrières étudiantes particulièrement méandreuses : l'un de ceux ayant entamé une classe préparatoire au concours de kinésithérapeute a également intégré une classe préparatoire au concours de vétérinaire auparavant, et l'un de ceux qui était en faculté de médecine s'est ensuite inscrit en licence de biologie. À ces aspirants médecins et aspirants kinésithérapeutes, on peut ajouter un enquêté ayant intégré une faculté de pharmacie, deux qui étaient en classe préparatoire au concours de vétérinaire, et deux qui ont démarré d'autres études paramédicales (en l'occurrence la diététique et la psychomotricité). Si, auparavant, le métier d'étiopathe permettait surtout de s'extraire de la condition « d'exécutant » du kinésithérapeute (parfois pour des praticiens qui, à l'instar de ceux dont

³⁷⁸ La filière STAPS comprenant alors un parcours spécial où, au terme de la L1, les étudiants les mieux classés peuvent intégrer la première année d'une école de kinésithérapie.

il est question ici, avaient échoué en faculté de médecine), aujourd'hui, il apparaît davantage comme un métier de santé « refuge » pour des aspirants médecins ou kinésithérapeutes déçus.

À l'instar des médecins, des masseurs-kinésithérapeutes et des ostéopathes étudiés par É. Bailly, les étiopathes sont d'abord recrutés au sein des classes favorisées, 35,6% des enquêtés ayant un père cadre ou de profession intellectuelle supérieure (tableau 14). Leur origine sociale apparaît globalement plus modeste que chez les ostéopathes (on retrouve nettement plus d'enfants d'ouvriers, d'employés et d'agriculteurs que dans l'enquête d'É. Bailly), ce qui apparaît cohérent avec leur niveau scolaire inférieur. Elle approche en revanche, quoique « par le bas », celles des médecins généralistes, soit le segment le plus modeste de la profession médicale (BREUIL-GENIER & SICARD, 2006). Les kinésithérapeutes, pour leur part, recrutent un peu plus chez les enfants de cadres ou de professions intellectuelles supérieures, mais ils semblent aussi recruter dans des milieux différents. En effet les étiopathes paraissent recruter davantage au sein des enfants de travailleurs indépendants, c'est-à-dire non seulement des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (sachant que, sur les 21 pères appartenant à la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise », 8 sont chefs d'entreprise)³⁷⁹, mais également d'agriculteurs exploitants.

379 Dans leur choix de devenir étiopathe, 50,9% des enquêtés ont déclaré que la dimension libérale du métier était « importante » et 29,4% l'ont dite « essentielle ». Les réponses n'apparaissent pas particulièrement liées à l'origine sociale. On peut tout au plus constater que les enfants d'ouvriers et d'employés sont un peu plus à avoir répondu « important » et un peu moins à avoir répondu « essentiel ». Ceci étant, pour plusieurs enquêtés entendus en entretien, la dimension libérale est apparue comme un confort *a posteriori* mais n'était pas vraiment recherchée en tant que telle. Simon, par exemple, qui est fils d'un comédien et d'une éducatrice spécialisée, aspirait surtout à « travailler seul » : « *travailler tout seul pour moi c'est parfait. Je pense pas que ça a été conduit rationnellement, sur le mode "je peux pas travailler dans une entreprise, donc il faut que ce soit du libéral", je pense pas que ça se soit passé comme ça. Mais le fait que ça colle...* » De même, Karine, qui, pour sa part, est la fille d'un chef d'entreprise et d'une ingénieure informaticienne, s'est d'abord orientée vers le métier de professeur d'EPS, un métier qu'elle estime lui-aussi, à sa manière, « indépendant » : « *Moi faut que je sois indépendante. Professeur y avait le côté on est tout seul face à sa classe, on est quand même indépendant. Le côté gérer son truc, son groupe, son travail* ».

Tableau 14 : Origine sociale des praticiens selon la PCS du père

	Généralistes Libéraux ³⁸⁰ (%)	Masseurs-kinésithérapeutes ³⁸¹ (%)	Ostéopathes (enquête É. Bailly 1998) (%) ³⁸²	Ensemble des étioopathes		Étioopathes visant médecine ou kinésithérapie	
				nb	%	nb	%
Agriculteurs exploitants	5	3,20	2,1	9	6,0	6	7,9
Artisans, Commerçants, chefs d'entreprise	16	10,43	20,9	21	14,1	10	13,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	40	43,00	42,1	53	35,6	27	35,5
Professions intermédiaires	18	17,40	22	32	21,5	16	21,1
Employés	12	16,89	7,9	16	10,7	8	10,5
Ouvriers	9	9,09	5	18	12,1	9	11,8
Total	100	100	100	149	100	76	100

Outre des origines sociales qui ne prédisposent guère plus qu'à l'exercice de la médecine générale ou de la kinésithérapie, très peu d'enquêtés présentent l'avantage de compter un médecin parmi leurs proches³⁸³. En effet, seulement 3 enquêtés ont un de leurs parents qui est médecin (l'un étant l'enfant d'un couple de médecins) ; un quatrième est fils d'un chirurgien-dentiste (il compte également un chirurgien, un dentiste et un généraliste parmi sa fratrie), et un cinquième est fils d'une sage-femme. Par ailleurs, un seul enquêté déclare un médecin au sein de sa fratrie, et deux autres déclarent des étudiants en médecine³⁸⁴.

La majorité des pères d'étiopathes cadres ou de profession intellectuelle supérieure dispose d'un niveau d'études élevé : 5 ont un niveau bac+3, 17 ont un niveau bac+5, et 9 ont un niveau bac+8. Pour les enfants de ces derniers, dont la plupart ne disposent d'aucun diplôme du supérieur (23) ou apparaissent moins diplômés (2), l'orientation vers le métier d'étiopathe s'assimile à la reconquête d'une position dont ils « auraient dû » hériter compte tenu des ressources culturelles parentales (BOURDIEU & PASSERON, 1964). En effet, de par le flou institutionnel qui le caractérise, le métier d'étiopathe représente un « refuge honorable » (BOURDIEU 1979, p. 415) offrant la possibilité

380 D'après BREUIL-GENIER & SICART, 2006.

381 D'après Gaubert (2006, p. 517, voir le tableau 8.8). Les chiffres ont été ajustés afin d'ôter la part des non-réponses et des pères inactifs (respectivement 8,93% et 1,60%).

de ne pas sceller une trajectoire sociale sur le déclin³⁸⁵.

« Ces positions [que constituent les "professions nouvelles"] présentent, pour les personnes menacées de déclassement qui, ne voulant pas déroger, sont à la recherche d'un *refuge honorable*, un autre attrait, sans doute le plus important à court terme dans la détermination concrète de la "vocation" : il suffit de penser à l'opposition entre l'éducateur ou l'animateur culturel et l'instituteur, entre le journaliste ou le réalisateur de télévision et le professeur de l'enseignement secondaire, entre le technicien d'institut de sondage ou d'enquête de marché et l'employé de banque ou de poste, pour apercevoir que, à la différence des positions établies qui sont clairement situées dans la hiérarchie et qui imposent sans équivoque l'image d'une profession bien définie dans son présent et son avenir, les professions nouvelles ou renouvelées autorisent ou favorisent les stratégies de rétablissement symbolique illustrées par l'usage des doublets nobles, plus ou moins ouvertement euphémistiques, tels que "collaboratrices" en place de secrétaires ou infirmier "psychothérapeutes" au lieu d'infirmier psychiatrique »
(BOURDIEU, 1979c, p. 415)

Ce « refuge » apparaît d'ailleurs d'autant plus honorable que le cursus s'étale sur six années après le baccalauréat, et que les victoires des ostéopathes sur le plan légal laissent poindre, à terme, la perspective d'une reconnaissance pour les étioopathes. En somme, à travers cet engagement dans l'étioopathie – et pour reprendre les mots de P. Bourdieu – les enfants en voie de déclassement tentent d'ajuster le poste à leurs ambitions plutôt que d'ajuster leurs ambitions aux postes existants. Parmi les pères cadres ou de profession intellectuelle supérieure, on trouve également dans une proportion non négligeable des individus faiblement diplômés : 13 (24,5%) ont un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat, et 2 (3,8%) n'ont qu'un niveau bac+2³⁸⁶. La position de ces derniers apparaît donc essentiellement liée à une promotion survenue au cours de leur carrière professionnelle. Pour leurs enfants, le métier d'étioopathe apparaît comme la reconquête d'une position sociale sans doute durement acquise (l'absence de diplôme chez le père laissant supposer une trajectoire sociale ascendante plus qu'une position héritée) via un cursus plus accessible compte tenu des ressources limitées dont ils disposent.

382 Dans son étude, É. Bailly a choisi de retenir non pas la catégorie socioprofessionnelle du père mais la catégorie socioprofessionnelle la plus élevée. Afin de pouvoir établir une comparaison avec les données relatives aux médecins généralistes libéraux et aux kinésithérapeutes, j'ai fait le choix de conserver la catégorie du père. Il était par ailleurs souvent difficile de déterminer qui des deux parents avait atteint la position la plus haute compte tenu des informations dont je disposais. Quelle catégorie retenir, par exemple, entre une mère employée et un père ouvrier ? Entre commerçants et professions intermédiaires ? Entre cadres et chefs d'entreprise (à plus forte raison lorsque les niveaux de diplômes sont équivalents) ? É. Bailly ne donne aucune précision sur la manière dont elle a surmonté ces difficultés.

383 A-C. Hardy-Dubernet et ses collègues (2001) ont en effet montré qu'avoir un médecin parmi ses proches facilite la compréhension des « règles informelles » nécessaire à la réussite du cursus médical.

384 Les enquêtés comptent davantage de praticiens paramédicaux au sein de leur famille (presque exclusivement les mères) : on recense en effet onze infirmières, deux kinésithérapeutes, deux aides-soignantes, et une pédicure-podologue mariée à un kinésithérapeute. Enfin, deux enquêtés sont enfants d'étioopathes.

385 Les étioopathes se rapprochent en cela de ce que P. Bourdieu appelait la « petite bourgeoisie nouvelle » (BOURDIEU, 1979c, p. 409-421).

386 5 enquêtés (9,4%) ne connaissaient pas le niveau d'étude de leur père cadre ou de profession intellectuelle supérieure.

L'origine sociale relativement élevée des étiopathes semble cependant évoluer au profit des classes plus modestes. Ci-dessous, le tableau 15 compare l'origine sociale selon la PCS du père en fonction de l'année d'entrée dans le cursus d'étiopathie. Si la proportion d'enfants de cadres et de profession intellectuelle supérieure croît très légèrement après 2006, les enfants de professions intermédiaires, eux, sont nettement moins nombreux, et sont remplacés principalement par les enfants d'ouvriers et, dans une moindre mesure, par les enfants d'employés.

Tableau 15 : Origine sociale des étiopathes (d'après la PCS du père) selon l'année d'entrée en étiopathie

Année d'entrée en cursus d'étiopathie	Agriculteurs exploitants		Artisans, commerçants, chefs d'entreprise		Cadres et professions intellectuelles supérieures		Professions intermédiaires		Employés		Ouvriers		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Avant 2006	6	8,6	10	14,3	24	34,3	19	27,1	6	8,6	5	7,1	70	100,0
À partir de 2006	3	3,8	11	13,9	29	36,7	13	16,5	10	12,7	13	16,5	79	100,0
TOTAL	9	6	21	14,1	53	35,6	32	21,5	16	10,7	18	12,1	149	100,0

Voie initiée hier par des paramédicaux globalement issus des classes favorisées et en quête de reclassement social, aujourd'hui largement investie par des personnes moins diplômées, il n'est pas exclu qu'à l'avenir l'étiopathie devienne un cursus privilégié pour des enfants de classes plus modestes, à qui l'accès aux professions médicales et paramédicales (et plus particulièrement la kinésithérapie) demeure peu probable, mais pour qui le métier d'étiopathe représente assurément une promotion sociale³⁸⁷. Dans le même temps, il n'est pas non plus impossible qu'elle demeure une « voie de secours » toute désignée pour des enfants certes issus d'un milieu favorisé mais dont la structure du capital tend vers le pôle économique³⁸⁸(et qui ont donc pour principal atout de pouvoir facilement payer les frais de scolarité), et qui se révèlent ainsi peu scolaires. C'est en tout cas ce que suggère la percée des enfants d'ouvriers en parallèle d'une proportion toujours élevée d'enfants de cadres et de professions intellectuelles supérieures. Le tableau 16 révèle d'ailleurs que, chez les étiopathes ayant intégré le cursus d'étiopathie en 2006 ou après, les pères appartenant à cette PCS sont nettement moins diplômés que ceux dont les enfants se sont engagés plus tôt dans ces études.

387 Les frais d'inscription, qui s'élèvent à plusieurs dizaines de milliers d'euros (sans possibilité de bourse), écartent toutefois les élèves issus des milieux les plus démunis.

388 Voir le schéma de l'espace des positions sociales construit selon deux axes : la structure du capital (plutôt économique ou plutôt culturel) sur l'axe des abscisses et le volume total du capital sur l'axe des ordonnées (BOURDIEU, 1994, p. 21).

Chez ces derniers, 15/21 (71,4%) détiennent un diplôme de niveau bac + 5 ou plus, contre seulement 11 sur 25 (44,0%) chez les premiers.

Tableau 16 : Niveau d'étude du père cadre ou de profession intellectuelle supérieure selon l'année d'entrée en étiopathie

	Baccalauréat ou inférieur	Bac + 2	Bac + 3	Bac + 5	Bac + 8	Total
Étiopathes entrés avant 2006	4	1	1	8	7	21
Étiopathes entrés à partir de 2006	9	1	4	9	2	25
Total	13	2	5	17	9	46

L'abaissement du niveau scolaire (en termes de niveau de diplôme au moment d'intégrer le cursus étiopathique) et l'évolution des recrutements en étiopathie ne sont probablement pas sans lien avec l'augmentation du niveau scolaire qu'a connu parallèlement le principal « vivier » de recrutement des étiopathes, à savoir la kinésithérapie. Traditionnellement plus élevé que dans les autres formations paramédicales, le niveau scolaire des kinésithérapeutes a continué de croître au cours des dernières années. « Les élèves kinésithérapeutes se distinguent, au milieu des années 80 (et jusqu'au milieu des années 1990 au moins), des élèves s'orientant vers les autres professions paramédicales par certaines de leurs caractéristiques démographiques et scolaires. En 1984-1985, les promotions d'élèves de première année (nouvellement entrés dans les écoles) apparaissent [...] d'un niveau de formation plus élevé et les élèves n'accèdent pas à l'école de kinésithérapie directement après la terminale. Vingt ans plus tard [...] certaines caractéristiques se sont conservées. [...] On peut surtout remarquer que le "niveau scolaire" à l'entrée dans les différentes formations (mesuré au type de baccalauréat et aux types d'études déjà suivies après le baccalauréat) a globalement augmenté » (GAUBERT, 2006, p. 513-515). C. Gaubert prédisait ainsi « une intensification de la sélection scolaire (et présupposant donc de plus en plus une scolarité réussie au lycée) » (GAUBERT, 2006, p. 516). Dans ce contexte, l'étiopathie a d'autant plus de chances d'apparaître comme la filière refuge par excellence. Sachant que, comme on l'a vu au chapitre 5 (p. 226), cette élévation du niveau scolaire des kinésithérapeutes n'a pas empêché leurs effectifs de doubler entre 1990 et 2017. On peut donc faire l'hypothèse qu'une part relativement importante des « bons élèves » a pu devenir kinésithérapeute, ne laissant que les moins scolaires pour l'étiopathie. On peut également supposer qu'en plus d'être une voie plus accessible, l'étiopathie est davantage apparue comme une voie « raisonnable » une fois l'ostéopathie reconnue légalement. Cela a peut-

être eu pour effet de faciliter l'engagement de ceux qui avaient le moins de chance de réussir au concours de masseur-kinésithérapeute. En d'autres termes, la construction d'une alternative relativement crédible a peut-être eu pour conséquence de renforcer une orientation basée sur le niveau scolaire. Quant au fait que ceux qui parviennent à devenir kinésithérapeutes ne s'orientent pas vers l'étiopathie par la suite, la raison à cela est on ne peut plus simple : ceux qui souhaitent exercer une autre médecine manuelle se dirigent très probablement vers l'un des nombreux établissements qui permettent aux kinésithérapeutes de devenir ostéopathe par le biais d'une formation infiniment plus courte. En étiopathie, les kinésithérapeutes ne peuvent bénéficier d'aucune « remise de peine », si ce n'est qu'ils ont la possibilité d'accéder directement à la seconde année. Il doivent ensuite suivre le cursus durant quatre ans, puis produire un mémoire lors de la dernière année. À cela s'ajoute le fait que, comme on l'a vu au premier chapitre, devenir étiopathe signifie cesser d'exercer officiellement en tant que kinésithérapeute, et même cesser d'exercer la kinésithérapie. Une preuve que la « rigueur » du raisonnement étiopathique, fréquemment avancée comme motif d'orientation vers cette médecine³⁸⁹(en plus du motif de « l'efficacité »), ne présente aucune force intrinsèque : elle séduit surtout ceux pour qui le métier d'étiopathe représente un moyen d'accéder à une certaine position sociale, et assez peu ceux dont cette position est déjà atteinte³⁹⁰.

3.2. Des mobilités sectorielles conséquentes :

Le métier d'étiopathe est loin d'attirer uniquement les paramédicaux ou aspirants paramédicaux. Une part considérable d'enquêtés, dont certains avaient entamé une carrière professionnelle depuis plusieurs années déjà, ont fait preuve d'une mobilité sectorielle parfois

389 Une étiopathe enquêtée raconte par exemple : « *L'enseignement me plaisait plus en étiopathie qu'en ostéopathie. Ça me paraissait plus... plus logique, de remonter à la cause par le raisonnement qu'on a, le raisonnement systématique... Enfin ça me parlait. Plus que l'ostéopathie où il y avait des relations des fois avec les énergies, je comprenais pas trop... Donc j'avais besoin d'un truc très scientifique vu que j'aimais bien les matières scientifiques* » (Karine). Un autre praticien explique : « *Je voulais me lancer dans tout ce qui était ostéopathie équine. J'avais ça en tête au collège. Quand j'étais en seconde je faisais un lycée agricole où y avait des cours d'équitation tous les jours. Et une monitrice qui remplaçait celle de d'habitude, elle était étiopathe animale. Donc en fait elle nous a montré des techniques de palpation en fin de séance. Elle sortait de l'école de Rennes, y avait cette formation à l'époque... Et moi je lui dis que je voulais faire ça mais plutôt ostéo. Elle m'a dit "ben pourquoi tu veux faire ostéo...?". Ce qu'elle m'avait montré et ce qu'elle m'avait défini de l'étiopathie, ça me parlait carrément ! Et du coup j'ai pas cherché plus loin* » (Lionel).

390 L'espace scientifique lui-même ne constitue qu'un champ parmi d'autres : « *Sous peine de revenir à la philosophie idéaliste qui accorde à la science le pouvoir de se développer selon sa logique immanente (comme le fait encore Kuhn lorsqu'il suggère que les "révolutions scientifiques" ne surviennent qu'à la suite de l'épuisement des "paradigmes"), il faut supposer que les investissements s'organisent par référence à une anticipation – consciente ou inconsciente – des chances moyennes de profit (qui se spécifient encore en fonction du capital détenu)* » (BOURDIEU, 1976).

conséquente. On peut d'abord remarquer une certaine affinité entre l'étiopathie et les métiers ou les filières liés au sport ou à l'activité physique. On recense en effet trois professeurs d'éducation physique et sportive titulaires du CAPEPS et un entraîneur sportif (niveau bac), un titulaire d'un Master en STAPS (mention activité physique adaptée et santé), un titulaire d'une maîtrise STAPS (mention Éducation et motricité) et un Brevet d'État d'éducateur sportif (BEES). Ces sept personnes, qui s'avèrent tous des hommes, présentent des origines sociales diverses : trois sont enfants de cadres, l'un est le fils d'un chef d'entreprise, deux sont enfants d'employés, et le septième est fils d'ouvrier.

Parmi ces sept enquêtés figure George, fils d'une agent de la CAF (de niveau Bac) et d'un employé du privé, gestionnaire des entrées et sorties de marchandises (agent d'ordonnancement, de niveau BEP/CAP). Au moment de l'enquête, sa sœur est chargée de communication dans la publicité, et son frère étudiant en école d'ingénieur. Au sortir de l'enseignement secondaire, George n'envisage aucunement de se diriger vers un métier de la santé, quel qu'il soit. Il découvre l'étiopathie adolescent suite à une blessure sportive, non sans un certain émerveillement³⁹¹, mais ne décide de s'engager dans cette voie que des années plus tard. Au sortir du baccalauréat, son projet professionnel est essentiellement lié au sport. Il tente au départ de devenir professeur de sport, une filière qui nécessite une grande compétence dans une discipline en particulier. Il passe des concours pour intégrer un établissement privé, mais se fait recalier. Il se réoriente donc vers un BEES « activités physiques pour tous ». « *Pour faire quelque chose de spécialisé [explique George], faut vraiment être très très bon dans son domaine, faut faire partie de l'élite. Donc j'étais pas un... C'était pas dans mon intérêt. Donc j'ai fait le truc de base* ». La formation, cependant, ne correspond guère à ses attentes : « *ma copine, qui est maintenant ma femme, m'a dit "mais... est-ce que ça te plaît vraiment?" et en fait j'étais pas heureux dans cette formation. Il y avait des choses qui me plaisaient. C'était l'anatomie, la physiologie, la pratique du sport, et des choses qui me plaisaient pas du tout : les contraintes liées à l'encadrement, à la discipline, ça me plaisait pas tellement... Et sur le milieu associatif aussi, les contraintes d'employeur presque, d'être trop cadré...* » C'est finalement sa conjointe qui lui suggère de s'intéresser de plus près à l'étiopathie, compte tenu de son attrait pour l'anatomie et la physiologie. De l'aveu de George, le métier d'étiopathe ne lui était alors jamais venu à l'esprit. Compte tenu de son parcours scolaire, celui-ci lui paraissant d'emblée inaccessible :

« Je ne me sentais pas capable de pouvoir faire un métier comme je le fais actuellement. [...] Certes à l'école je suis très concentré mais je ne suis pas non plus un très bon élève³⁹², et donc je me suis dit "ça va me dépasser, ça va être au-dessus de moi, au-dessus de mes moyens..." Et ma femme m'a dit "t'es un bosseur, donc tu vas forcément y arriver". Et ça a fait son fil de

391 « *J'ai été blessé un dimanche, j'avais une cheville hyper gonflée [raconte George]. Donc je suis passé voir mon médecin, sans doute le mardi ou le mercredi. J'étais encore adolescent, j'avais 15 ou 16 ans, peut-être plus. C'était la première fois que je me blessais. Et donc là-dessus y a pas eu de radio de faite, le médecin d'emblée m'a donné des séances de kiné, peut-être une dizaine. Donc ça allait beaucoup mieux, j'avais pu reprendre après deux mois et demi de soins. Mais malgré tout j'avais encore des séquelles : je pouvais pas courir sans douleur. Après les matchs c'était terrible, j'avais deux jours de récupération atroces... Et je jouais pas beaucoup en plus... Et un jour le père d'un copain qui jouait avec moi m'a dit "tiens, va voir [l'étiopathe]" et il me donne sa carte. J'ai fait une séance, et déjà en une séance j'avais gagné pffffff... 80% ! Une deuxième séance, et c'était réglé. Et depuis j'ai jamais eu de problème sur cette cheville. C'était incroyable ! »*

392 George se reconnaît notamment des difficultés dans les langues et le français et a pour cela passé un Baccalauréat S, spécialité Sciences et Vie de la Terre (SVT).

chemin. J'ai fait ma première année de tronc commun pour être brevet d'État d'éducateur sportif. Et à la fin de cette année je n'ai pas passé mon concours. Je me suis inscrit en école d'étiopathie, après les conseils distillés par [l'étiopathe], auprès de qui je m'étais renseigné ».

Cette auto-exclusion vis-à-vis des études d'étiopathie, qui se manifeste par le fait qu'elles lui apparaissent d'emblée « au-dessus de ses moyens », le rapproche de Patrice, qui est également fils d'employés et qui avait, pour sa part, revu ses ambitions de chirurgien à la baisse. En définitive, les études d'étiopathie se sont plutôt bien déroulées. À l'exception de la sémiologie, George ne s'est pas reconnu tant de difficultés.

Cette relative convergence entre sport et étiopathie peut être analysée à l'aune des réflexions de G. Canguilhem (une norme n'a de sens que si l'on considère la relation entre l'individu et son environnement) : on peut considérer que la condition « normale » du sportif est celle où il est en mesure de disposer pleinement de son corps. Il aura de ce fait tendance à le surmédicaliser afin de maintenir ses capacités³⁹³. Cette attention et ces soins accrus accordés au corps peuvent d'ailleurs conduire le sportif à fréquenter davantage les praticiens manuels alternatifs du fait de l'échec des traitements conventionnels, ainsi qu'on l'a évoqué au chapitre 4 (PIKE, 2000). À l'inverse, un individu non-sportif est davantage en mesure de « se passer » de son potentiel physique. Les propos de Simon, ancien pratiquant de décathlon à haut niveau, illustrent pleinement cette acceptation d'un corps diminué : après avoir stoppé sa pratique sportive suite à une blessure au genou, celui-ci ne cherche pas à soigner sa sciatique, parce qu'il manque d'argent, d'une part, mais également parce qu'il « n'était plus sportif ». « *Du coup, quelque part, j'arrivais à maîtriser. Il y avait moins de nécessité* », explique-t-il. À ce besoin de soins différencié entre sportifs et non-sportifs peut également s'ajouter une différence d'attrait pour le corps lui-même. Ainsi que l'a montré B. Viaud, les sportifs de haut-niveau développent « des connaissances médicales profanes extrêmement pointues » (VIAUD, 2009, p. 520). Il n'est donc pas impossible qu'au croisement de l'étiopathie et du sport, on retrouve un intérêt pour le fonctionnement du corps, et notamment son anatomie, ainsi qu'on peut l'observer chez George.

Par-delà ce recrutement au sein d'une population investie dans les activités physiques et sportives, une part considérable des enquêtés fait état d'une mobilité sectorielle plus importante. Sur les 54 personnes ayant eu un métier avant de devenir étiopathe, 24 – soit tout de même 44,4% de l'effectif total – ont exercé (et étudié) dans des secteurs relativement éloignés de l'exercice de

393 Dans son travail de thèse, B. Viaud a montré comment les sportifs de haut niveau sont soumis à un « paradoxe du double corps », soit une situation où, pour satisfaire aux normes du sport de haut niveau, le sportif est contraint d'ignorer les signaux douloureux tout en devant leur prêter une attention soutenue, donc en le surmédicalisant, afin d'éviter une usure précoce. « Le paradoxe du double-corps, celui que l'on pousse et celui que l'on protège, joue ici à plein dans la mesure où l'on retrouve dans les discours de l'encadrement sportif des stratégies de banalisation, utiles pour augmenter la rentabilité du "corps-outil", mêlées à des mécanismes d'évaluation et de surveillance, dont le corollaire direct est une surmédicalisation du "corps-humain" »(VIAUD, 2009, p. 518).

l'étiopathie et des connaissances qui le sous-tendent (voir le tableau 17)³⁹⁴. Et, parmi ces derniers, 18 n'envisageaient ni l'étiopathie ou l'ostéopathie, ni la médecine, ni une profession paramédicale au sortir de l'enseignement secondaire. Si la majorité (17) est diplômée de l'enseignement supérieur, les niveaux d'études ne sont pas particulièrement élevés (8 disposent d'un niveau bac+2). Conformément à ce qui a été écrit plus haut, la majorité de ces réorientations tardives concerne des hommes (14 contre 10 femmes). Mais, plus que leur proportion respective, ce qui sépare vraiment ces hommes et ces femmes réside dans la durée de leur carrière avant de s'engager en étiopathie. En effet, les hommes se sont réorientés après 13,3 ans de carrière en moyenne (médiane = 13,5 ans) contre seulement 6,5 ans chez les femmes (médiane = 5 ans). La plupart des trajectoires (17) présentent une cohérence entre les aspirations déclarées au sortir du baccalauréat, le cursus suivi et la position atteinte. La plupart d'entre elles sont ascendantes ou maintiennent la position atteinte par le chef de famille³⁹⁵. En revanche, 6 questionnaires laissent entrevoir des aspirations post-bac contrariées et, pour au moins trois d'entre eux (peut-être quatre, si l'on inclut l'enquêté vendeur de TV/Hi-Fi fils d'un père de profession intermédiaire), une situation de déclassement social (les cases de ces enquêtés ont été grisées).

Tableau 17 : Trajectoire sociale des enquêtés ayant connu une carrière autre que paramédicale ou « sportive » avant de devenir étiopathe

Métiers	Diplômes de l'enseignement supérieur obtenus	Métiers ou formations visés	PCS du père et niveau de diplôme
Visiteuse médicale durant 6 mois, Responsable administrative et qualité dans le transport durant 10 ans (salariée du privé)	Maîtrise en sciences de l'éducation	Enseignante	Cadre BEP/CAP
Technicien de mesure en acoustique durant 5 ans, ingénieur acousticien	DUT Mesures physiques, Licence Acoustique et Vibration, Diplôme	Ingénieur acousticien	Profession intermédiaire BEP/CAP

394 Sur ces 54 personnes ayant déclaré un métier avant de devenir étiopathe, 18 sont issues du secteur paramédical, 4 sont issues de la sphère sportive, et 24 vont être présentées dans le tableau 17. Ce sont donc les métiers de 8 enquêtés qui n'apparaissent pas dans les analyses. Deux d'entre eux ont simplement déclaré avoir été « salarié du privé » et « travailleur indépendant » ; ils n'ont donc pas pu être intégrés. Deux profils ont ensuite été écartés parce que leur carrière professionnelle ne semble pas particulièrement significative d'un projet différent de l'étiopathie. Le premier, qui déclare avoir voulu devenir ostéopathe, étiopathe, ou chiropracteur au sortir du bac, ou encore suivre une tout autre voie, a été « barman, animateur, employé d'usine... » « deux à quatre mois par an en saisonnier ». Il s'est engagé dans le cursus étiopathique dès l'âge de 22 ans. Le second a été soigneur animalier dans un zoo durant un an tout en souhaitant se diriger vers l'étiopathie animale après le bac. Un autre enquêté, qui n'a déclaré aucun projet post-bac, a été mis de côté parce que sa carrière de musicien professionnel s'est déroulée en parallèle de ses études (licence de géographie puis master en STAPS), et qu'il s'est rapidement orienté vers l'étiopathie après l'obtention de son master. Par ailleurs, un professeur d'EPS ainsi qu'un footballeur n'apparaissent pas aux côtés des quatre « professions sportives » car ils envisageaient initialement de devenir kinésithérapeutes (le footballeur a même préparé le concours). Enfin, un technicien de recherche sur le métabolisme, titulaire d'un BTS en biochimie et microbiologie, a été écarté du tableau 17 car son métier tend à le rapprocher des professions paramédicales.

395 À l'exception, peut-être, d'un sapeur-pompier et d'un militaire, tous deux fils de médecins, mais dont on ne connaît pas les grades.

durant 6 ans (salarié du privé)	d'enseignement supérieur technique en acoustique (DEST)		
Assistante de Direction durant 3 ans, coordinatrice générale d'un festival durant 1 an (salariée du privé)	BTS assistante de direction bilingue anglais A également un « niveau DEUG » en droit	Assistante de direction	Profession intermédiaire Bac+5
Gérant de société de production audiovisuelle et repéreur dans le cinéma durant 12 ans	DEUG de Philosophie, Licence de littérature comparée	Études littéraires / École Normale Supérieure	Cadre Bac+5
Technicien informatique durant 10 ans (salarié du privé)	BTS informatique	Technicien informatique	Profession intermédiaire Bac+2
Ingénieur d'étude, ingénieur d'affaire, chef de projet, directeur d'usine durant 13 ans (salarié du privé)	DUT Génie thermique et énergie,) diplôme ingénieur ENSEEIHT ³⁹⁶ mécanique des fluides et énergie	École d'Ingénieur	Profession intermédiaire Bac+2
Militaire durant 18 ans (assimilé fonctionnaire)	Aucun	Marine nationale BTS Informatique de Gestion interrompu en novembre de la 2 ^{ème} année.	Cadre Bac+8
Chef de produit/commercial durant 15 ans (salarié du secteur privé)	BTS Commerce International A également entamé un « Bi-DEUG Droit / Anglais à Paris-X Nanterre »	Envisageait le secteur « tertiaire » en entrant directement dans la vie active. A poursuivi cet emploi « tout au long de ses études »	Cadre Bac+5
Styliste de mode durant 5 ans (travailleur indépendant)	DEUG arts plastiques, BTS stylisme/modélisme	Styliste de mode	Chef d'entreprise Bac
Directrice de Supermarché durant 2 ans (salariée du privé)	Diplôme d'ingénieur agronome, école ENSBANA ³⁹⁷ .	Médecine, IUT ou vétérinaire A entamé une année de médecine	Cadre Bac+5
Secrétaire puis assistante de direction durant 10 ans	Inexploitable	Orthophoniste	Cadre Bac+5
Sapeur-pompier durant 20 ans	Aucun	Sapeur-pompier	Cadre Bac+8
Éclairagiste durant 18 ans	Aucun	Ostéopathe	Cadre Aucun diplôme
Éducatrice Montessori durant 5 ans (salariée)	Licence en sciences de l'éducation	Éducation scolaire / psychologie, ostéopathe	Profession intermédiaire BEP/CAP

396 École nationale supérieure d'électrotechnique, d'électronique, d'informatique, d'hydraulique et des télécommunications.

397 École Nationale Supérieure de Biologie Appliquée à la Nutrition et l'Alimentation (aujourd'hui AgroSup Dijon).

Accueil guichet en banque durant 5 ans (temps partiel, salariée du privée)	Aucun	Kinésithérapie A préparé le concours de kinésithérapeute pendant 1 an	Inexploitable ³⁹⁸
Ingénieur de recherche, évaluateur qualité durant 18 ans (salarié du privé)	DESS de productivité végétale	Biologie	Commerçant BEP/CAP
Ingénieur développeur, évaluateur qualité durant 14 ans (salarie du privé)	DUT technique de commercialisation ; diplôme d'ingénieur CESI ³⁹⁹	N'a rien exprimé	Ouvrier BEP/CAP
Directeur commercial durant 18 ans	Aucun	A intégré Maths Sup Math Spé pour être ingénieur mais a arrêté au bout d'un an Souhaitait étudier le droit mais n'a pas validé son DEUG ⁴⁰⁰ .	Cadre (7 ans de théologie)
Chargée de communication, responsable culturelle en mairie durant 4 ans (salariée du public non titulaire)	Mise à niveau Arts Appliqués (équivalent niveau bac arts appliqués), BTS communication des Entreprises, Formation infographie webdesign (école Pivaut, Nantes)	Communication arts appliqués	Profession intermédiaire Bac+2
Vendeur durant 5 ans	BTS Action CO	Responsable magasin	Profession intermédiaire Bac+3
Directeur de supermarchés / Directeur études marketing et gestion de projets stratégiques (supermarchés Casino et hypermarchés Géant) / Directeur de la politique d'Actions Commerciales (Hypermarchés Géant) durant 13 ans (salarie du privé)	MBA Master of Business Administration option stratégie (Keele University UK)	Formation en marketing/commerce	Chef d'entreprise Bac+5
Vendeur TV-Hi-Fi durant 2 ans (salarié du privé)	Aucun	Géologue A entamé un cursus de biologie	Profession intermédiaire Bac+2
Chargée de communication, Responsable financier durant plus de 10 ans (salariée dans le privé)	BTS communication des entreprises	Chargée de communication	Cadre BEP/CAP
Professeure de théâtre durant 2 ans, salariée sur un poste d'animatrice socioculturelle durant 3 ans	DUT carrières sociales	Cursus socioculturel cursus artistique (école de théâtre) Ostéopathie, étiopathie	Commerçant BEP/CAP

398 Le père est militaire de carrière. L'enquête ne précise pas le grade atteint et ne connaît pas son niveau de diplôme.

399 Centre des études supérieures industrielles.

400 Il s'agit ici de Michel, dont le parcours est détaillé plus loin.

Ces réorientations tardives et à la mobilité sectorielle conséquente concernent avant tout des personnes issues des classes moyennes et supérieures : sur les 23 origines sociales connues en termes de PCS du père, 10 sont enfants de cadres ou de professions intellectuelles supérieures, 8 sont enfants de professions intermédiaires, 2 sont enfants de chefs d'entreprise, 2 sont enfants de commerçants, et 1 seulement est fils d'ouvrier. Pour illustrer ce cas de figure un peu plus en détail, j'exposerai le parcours de Michel qui, à l'instar de George, n'envisageait aucun métier médical ou paramédical au sortir de l'enseignement secondaire, et qui s'est réorienté vers le métier d'étiopathe après 18 ans de carrière en tant que directeur commercial.

Michel est le fils du PDG d'une industrie (qui a étudié la théologie pendant 7 ans) et d'une laborantine (bac+2). Enfant d'une famille nombreuse, ses frères et sœurs ont tous atteint une position sociale relativement élevée : l'une de ses sœurs est ingénieure au CNRS, l'autre est directrice commerciale. Quant à ses frères, deux sont chefs d'entreprise (l'un est également conseiller régional), et le troisième est technico-commercial à l'international.

Enfant, il raconte avoir eu deux projets : aller au Canada, d'une part, et finir sa carrière en tant que chef d'entreprise d'autre part. Une fois obtenu son baccalauréat scientifique, Michel entreprend de devenir ingénieur. Il intègre une classe préparatoire Mathématiques supérieures à Paris, mais abandonne au bout de la première année. Il passe ensuite deux ans en faculté de droit, à Angers, mais ne valide pas son DEUG. À l'âge de 22 ans, il part effectuer son service militaire. À son retour, il décide de partir pour le Canada sans plus attendre. Là-bas, il « *fait les 1001 métiers, comme toute personne qui n'a pas de diplôme* », notamment dans le commerce. Il vend notamment de la vaisselle, travaille pour un cuisiniste, puis il devient responsable d'une moyenne surface. Il prend également des cours du soir afin de devenir agent immobilier pour une société de courtage. Trois ou quatre années après avoir quitté la France, il devient directeur commercial d'un magasin de prêt-à-porter. Puis, au bout de cinq années passées outre-Atlantique, Michel a le mal du pays. Il déplore par ailleurs un manque de culture – « *à part la culture du dieu dollar* » – tandis qu'il se passionne pour l'histoire et l'archéologie. Il décide donc de rentrer en France.

Il reprend alors à travailler dans le secteur de la distribution pendant une année. Fort de son expérience, il manage deux boutiques de prêt-à-porter à Paris, et cinq magasins situés dans le nord (notamment à Lille et Dunkerque). Puis, estimant « *avoir fait le tour* », Michel se fait embaucher dans le secteur des médias et de la communication. « *J'ai travaillé pour le groupe Hersant et pour le groupe Havas. Donc j'ai eu deux périodes. Hersant c'était lui qu'avait tous les quotidiens nationaux, Le Figaro etc., c'est lui qui a fondé "La cinq" (la chaîne TV), et il avait des radios. Donc moi j'étais directeur commercial, pour vendre la publicité sur les radios, d'abord. Après j'ai travaillé pour un quotidien : Paris-Normandie, à Rouen. Et puis après j'ai pris la direction de réseaux de radios. Donc j'ai travaillé à la direction commerciale de Fun Radio, de Metropolis (qui est devenu RTL2), de Skyrock... Et après dans le groupe Havas j'étais directeur sur toute la région Nord-Pas de Calais de journaux gratuits. J'ai fait six ans dans les médias, la communication et la publicité.* » Puis Michel bifurque une nouvelle fois. Il devient directeur commercial, cette fois « *dans l'industrie et le bâtiment* ». « *Donc c'est toujours le même travail [explique-t-il], mais à vendre des produits dans le bâtiment* ».

Quelques années plus tard, Michel est atteint de troubles auxquels les médecins ne trouvent

aucune explication. « *J'ai fait médecin, spécialiste, IRM, tout le bataclan... Après, comme tout le monde, on cherche une solution. Donc j'ai fait ostéo, homéopathe, acupuncteur... Enfin j'ai fait toute la gamme de quand on cherche. [...] Et en deux séances d'étiopathie c'était réglé. Ça faisait sept ans que... J'avais de gros malaises, alors j'ai été ramassé chez des clients par le SAMU, par les pompiers, je me retrouvais aux urgences et chaque fois on me disait "vous n'avez rien, vous n'avez rien". Alors les médecins me disaient à la fin "c'est votre métier, vous stressez trop". Donc ils me disaient "changez de métier". Ils n'ont pas cru si bien dire ! Et en fait j'avais été pris quelques temps auparavant dans un carambolage sur l'autoroute. J'avais la première cervicale en lésion, donc qui me touchait le nerf vagal et j'avais des malaises vagues. Tout bêtement. Ça m'a duré pendant sept ans ».* Cette rencontre avec l'étiopathie survient alors que Michel a 40 ans et commence tout juste à entreprendre la seconde phase de son projet professionnel : devenir chef d'entreprise. « *J'avais dans l'esprit de me mettre dans le bâtiment. J'avais commencé à cogiter, à faire une entreprise dans le bâtiment. Et avec mes problèmes de santé, j'ai découvert l'étiopathie, et j'ai dit ben... c'est ça que je veux faire !* » Après avoir été découvrir la faculté libre de Rennes et s'être entretenu avec le directeur, Michel revoit son projet et décide d'intégrer la formation. « *Je me suis dit "là on est un métier d'indépendants, je serai à mon compte, je serai mon propre patron..."* »

L'engagement vers une profession nouvelle comme l'étiopathie a d'autant plus de chance d'être couronné de succès que l'individu importe un volume élevé de capital, qu'elle qu'en soit la nature (voir l'encadré n°6 : Le commercial et la « vente de la confiance », p. 266). En effet, « tandis que le risque qu'enferment les positions les plus risquées décroît, à la fois objectivement et subjectivement, à mesure que croît le capital hérité, les chances de profit croissent lorsque croît le capital sous toutes ses formes, non seulement le capital économique qui permet d'attendre l'avenir des positions d'avenir ou le capital culturel qui permet de *faire* cet avenir par les coups de force symboliques nécessaires pour produire et imposer de nouveaux produits, mais surtout peut-être le capital social qui, dans ces secteurs peu institutionnalisés, où le recrutement se fait par cooptation, permet d'entrer dans la course et d'y progresser » (BOURDIEU, 1979c, p. 414)⁴⁰¹. Il n'est donc pas étonnant que ces enquêtés qui se réorientent tardivement vers l'étiopathie malgré un cursus scolaire peu adéquat proviennent globalement de milieux favorisés et aient occupé des positions sociales relativement élevées. Pour ces derniers, la voie de l'étiopathie apparaît d'autant plus idoine qu'elle doit permettre un maintien de la position sociale ou, à tout le moins, de limiter l'ampleur du déclassement. Du reste, ainsi que le montre le parcours de Michel, la découverte de l'étiopathie survient à un moment propice, alors qu'il est déjà sur la voie d'une réorientation professionnelle (le

401 Pour illustrer le dernier point évoqué par P. Bourdieu, à savoir les effets du capital social au sein des secteurs « peu institutionnalisés », il suffit de songer à la rapidité avec laquelle J-F. Gautier a été autorisé à soutenir un mémoire puis une « thèse » en étiopathie. Ainsi qu'on l'a expliqué au premier chapitre (voir l'encadré n°1 : C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence, p. 59), ce dernier a soutenu son mémoire trois ans après avoir démarré son cursus. Puis, à la demande de C. Trédaniel, ce dernier n'a eu qu'à l'étoffer quelque peu pour en faire une « thèse » publiable (l'ouvrage *Logique et pensée médicale*) et intégrer ainsi l'IIIE. « *Je m'entendais bien avec tous, explique Jean-François, donc il n'y a pas eu d'objection. Et ils étaient très contents de voir arriver le bouquin, très content que je m'occupe de la revue, donc c'était sans problème* ». En fin de compte, Jean-François s'est vu remettre son diplôme d'étiopathe en même temps que son « doctorat » en étiopathie.

passage de directeur commercial à patron d'entreprise). Si la plupart des réponses au questionnaire comprises dans le tableau 17 sur les circonstances de l'orientation vers l'étiopathie ne vont pas au-delà du schéma de la « rencontre » avec l'étiopathie que l'on a décrit plus haut, deux d'entre elles fournissent quelques éléments de contexte supplémentaires et vont également dans ce sens (voir les deux extraits suivants). La première manifeste en effet une lassitude professionnelle, et la seconde fait état de difficultés d'insertion liées à la rareté des postes et à la précarité des emplois. Une preuve, là encore, que l'étiopathie n'exerce pas un pouvoir d'attractivité chez tous ceux qu'elle rencontre.

« Certes, j'ai effectué initialement un cursus professionnel aux antipodes du milieu médical, mais cet univers professionnel superficiel et d'apparence ne me correspondait plus. J'ai découvert l'étiopathie par l'intermédiaire d'un thérapeute à une période difficile, de grandes remises en questions et de recherche de reconversion. Dès lors la reprise des études s'est imposée à moi comme une évidence au-delà de la nécessité et je suis maintenant installé comme étioathe depuis 6 ans et heureuse de l'être »
(Styliste de mode)

—

« J'adorais mon métier... seulement, les postes sont rares et généralement précaires. Le travail en mairie me convenait au départ, mais j'en ai vite fait le tour : budget limité et pas prioritaire. À la base, mon projet professionnel était de travailler en studio créa', au sein d'une agence de communication. J'aurais pu renouveler mon CDD mais je ne l'ai pas fait. On m'a même proposé de me titulariser à ce moment-là. Je suis partie vivre en région PACA dans l'idée de trouver un poste dans le privé, mais rien non plus. Je me suis décidée alors à changer de cap professionnel à ce moment là, préférant devenir acteur du changement, plutôt que de subir encore cette situation. Et l'étiopathie s'est imposée à moi. J'ai passé une journée à la faculté, sur les conseils de mon étioathe de l'époque, en immersion avec les deuxièmes années, et là, je n'avais plus de doute. J'ai démarré en octobre 2007, à 27 ans. »
(Chargée de communication et responsable culturelle en mairie)

Encadré n° 6 : Le commercial et la « vente de la confiance »

La longue expérience de Michel en tant que directeur commercial a grandement facilité son exercice en tant qu'étioathe. Elle lui a notamment permis de soigner son attitude face aux clients, à la manière d'un capital culturel incorporé (BOURDIEU, 1979b). Il dispense d'ailleurs une formation facultative en « communication » à la faculté d'étiopathie de Bretagne, à destination des étudiants de sixième année mais également des praticiens en exercice.

« Ces cinq ans en Amérique m'ont formés aux techniques professionnelles, en techniques de communication, de management, de négociation... Ça m'a quand même bien servi après en étiopathie. Je donne des cours maintenant, de communication, comment on communique avec la personne... L'essentiel c'est d'avoir notre diagnostic étioathique, la recherche de la cause, et comment on l'applique – le but c'est quand même d'avoir le résultat – mais tout l'environnement à côté, donc où on plante son cabinet – on plante pas son cabinet n'importe où n'importe comment –, comment se faire connaître pour faire monter la mayonnaise, comment parler aux personnes,

comment répondre aux réflexions... Donc ce sont des choses que j'enseigne et, en France, ce sont des choses qui... Il y a beaucoup d'étudiants qui n'apprennent pas ça pour leur vie professionnelle. Dans les professions libérales ils connaissent leur métier, ils ont bien le niveau technique, mais pas toujours le relationnel et tout le reste qui va avec [...] La personne qui vient, qu'est-ce qu'elle vient acheter ? [...] En fait les gens ils achètent de la confiance. Mais vendre de la confiance c'est très dur. Il y a un dicton américain qui dit : "il faut un millier d'arguments pour donner confiance ; il en suffit d'un pour la faire perdre". [...] Quand j'ai vendu des cuisines au Canada, déjà à l'époque, dès ma première année, on m'apprenait à vendre de la confiance. Nous on avait le droit à un client par jour, et fallait faire un contrat par jour. Donc fallait absolument que les gens aient confiance en vous. Donc vous êtes obligé de travailler ça à 200%. Mais une fois que la personne a confiance en vous, c'est gagné hein, la personne sera prête à faire le nombre de séances que vous voulez, de la manière dont vous voulez etc. Quand on le sait, c'est évident, mais il faut que ce soit conscient. J'ai des collègues qui venaient à mes formations, qui étaient là depuis 15 ans étioopathes, et ça les a tilité : "c'est évident !" qu'ils me disaient. Oui, c'est évident, mais si on ne le fait pas... Y a les connaissances en anatomie, y a les manipulations, mais y a aussi tout le reste. Vous avez les techniques de communication. Alors le non-verbal c'est votre gestuelle, votre regard, votre sourire, la manière dont vous respirez, la manière dont vous parlez... Ça va déjà être très important dans la relation. Tout ça ça se passe en 30 secondes. C'est-à-dire que moi, quand je vais chercher mes patients dans la salle d'attente, de la salle d'attente et dans le couloir, en 30 secondes j'ai déjà fait 80% du boulot. Faut regarder droit dans les yeux, faut être souriant, sûr de soi, une voix posée, une respiration calme, prendre la main, bien la serrer, et puis que la personne se sente prise en main par quelqu'un de sérieux. [...] Après y a le verbal et les modes d'expression. Il y a la manière de poser les questions : des questions ouvertes, des questions fermées... Savoir faire reformuler les personnes, leur faire répéter. Et c'est ce que me disent les personnes : du fait que je leur fais reformuler, elle me disent "vous, vous êtes à l'écoute". Il y a un autre dicton américain, dans la vente pure : "celui qui parle le plus perd". Dans un acte comme ça, en un quart d'heure, le patient va dire plus de choses que moi, et plus il parle plus il a confiance en moi. [...] Et y a le silence aussi, qui est un mode de communication extrêmement fort, mais qu'il faut savoir utiliser avec euh... Après, tout ça, ça se travaille. Ça peut se travailler dans le détail, en faisant des sketches, en se filmant à la caméra, en décortiquant après comment on a fait le non-verbal, le verbal, réécouter les phrases qu'on a dites, etc. »

Outre cette formation en communication, Michel délivre des conseils en matière d'implantation du cabinet :

« Soit on prend une grand ville, soit on prend une zone en campagne. Moi c'était en campagne. Donc vous prenez une zone géographique qui a un nom, qui correspond à quelque chose. En Normandie vous avez le pays de Caux, le pays de Bray... Dans ce pays, y a une capitale du petit pays. C'est-à-dire que dans toutes les communes ils ont l'habitude d'aller dans cette capitale pour aller au marché, pour les affaires administratives, pour la culture et tout ça. Donc quand on est dans une zone comme ça faut se mettre dans la capitale du petit pays. [...] Faut prendre les habitudes de flux migratoires, faut que les gens aient l'habitude de venir à tel endroit. Dans une grande ville c'est à peu près pareil : y a des zones administratives ou commerciales où les gens de la ville ont l'habitude d'aller. [...] Ensuite la grande idée de tout le monde c'est de se mettre dans la rue principale, un local bien en vue. Alors que non : vous voyez, moi je me suis mis au fond d'une impasse. Alors qu'est-ce qui se passe ? Les gens qui cherchent [son adresse] tout le monde se perd, donc ils s'arrêtent, ils vont à la mairie demander, ils vont voir le boulanger, le commerçant, le bureau de tabac, à la gendarmerie... Et en un mois toute la ville était au courant qu'il y a des gens qui cherchent l'adresse ! »

Au final, tandis que bon nombre de praticiens mettent des années à recevoir une cinquantaine de personnes hebdomadaires, Michel, lui, en recevait une centaine au bout de

seulement six mois d'exercice.

Dans son étude de la « vocation » sacerdotale, C. Suaud montrait comment celle-ci repose sur une sélection précoce ainsi qu'un long travail collectif d'inculcation incluant, notamment, le prêtre, l'instituteur et la famille (SUAUD, 1975). Ici, c'est en quelque sorte l'inverse de cette « vocation » que l'on observe : non seulement le métier d'étiopathe n'apparaît pas particulièrement sélectif – une part importante des enquêtés a fait preuve d'une mobilité sectorielle conséquente, et la plupart d'entre eux n'envisageaient même pas de s'orienter vers un métier de la santé après le baccalauréat – mais il est susceptible d'apparaître tardivement (et assez subitement semble-t-il) comme une opportunité professionnelle. Cette relative accessibilité est liée à la non-urgence elle-même, c'est-à-dire à la position qu'entendent occuper les étiopathes dans la division du travail thérapeutique. D'une part, ainsi qu'on l'a vu au chapitre 3, les étiopathes s'en tiennent à la prise en charge de lésions réversibles manuellement, soit à la prise en charge d'un corps dont l'intégrité est globalement respectée. L'aspirant étiopathe n'a donc pas à apprendre à endurer la vue d'un corps meurtri ou celle du sang, ni à gérer l'angoisse de la mort ou de la mutilation, etc. Or on sait, notamment grâce aux travaux de Marie Jaisson, que le contact avec la mort contribue à structurer les recrutements au sein des spécialités médicales, les « services durs » – ceux présentant les plus forts taux de décès – étant délaissés des femmes et des étudiants issus des milieux les plus favorisés. « Tout se passe comme si, pendant les années d'apprentissage à la faculté, par le jeu de la familiarité et de l'ignorance, et par celui de la division sociale des sexes, pour ceux à qui l'héritage social donne objectivement la possibilité d'un choix, les médecins spécialistes apprenaient collectivement à mettre à distance la mort, potentielle et certaine, de leurs futurs patients » (JAISSON, 2002b). D'autre part, et conséquemment à ce qui vient d'être dit, la responsabilité (l'autonomie) qu'entendent endosser les étiopathes sur le plan médical reste tout à fait limitée et incomparable avec celle des médecins. La nécessité de se sentir « autorisé » en matière de thérapeutique s'en trouve réduite d'autant, surtout si les praticiens, ainsi qu'on l'a vu au chapitre 3, n'entendent pas imposer leurs propres définitions en matière de maladie. Le sentiment d'appartenir à une « élite sociale », consacrée par un cursus particulièrement sélectif, n'apparaît donc pas particulièrement nécessaire pour exercer le métier d'étiopathe⁴⁰².

402 Les formations des corps d'élite, au sein desquelles il est impossible de « tout apprendre », ont précisément pour but de « sélectionner et renforcer les dispositions à trancher dans l'urgence » (GAUBERT, 2006, p. 630). Dans le cursus médical, le concours à l'issue de la première année, réputé très difficile, rappelle le mode de recrutement des hauts fonctionnaires. Il participe de la séparation du « profane » et de « l'expert ». C'est là la fonction magique du concours : « produire du discontinu avec le continu » (BOURDIEU, 1982). Cette séparation doit préparer à l'acquisition d'une culture professionnelle (comme la « culture médicale » évoquée au chapitre 3) et à la production d'un discours autonome, fondé sur le rejet des représentations profanes. Le mode de sélection des étiopathes – sur lequel je m'arrêterai à nouveau à la section suivante – détonne également avec celui des kinésithérapeutes, semi-sélectif, mais qui, d'après C. Gaubert, permet généralement « d'observer, sous une forme amoindrie, les

caractéristiques générales de la formation scolaire des corps » (2006, p. 630).

3.3. Le poids de la fratrie :

Pour Michel, le maintien d'une certaine position sociale a dû apparaître d'autant plus impératif qu'il est issu d'une famille nombreuse au sein de laquelle les enfants ont tous atteint une position sociale élevée. En effet, « la mobilité sociale n'est pas un phénomène individuel. Au contraire, elle met en jeu l'ensemble de la famille. Pour juger de leur réussite professionnelle ou sociale, les individus se comparent certes à leurs parents, mais également à leurs frères et sœurs. Plus encore, la mobilité sociale subjective, celle ressentie par les individus, est influencée par le degré de réussite des autres membres de la fratrie » (PEUGNY, 2012). C'est pourquoi la position des membres de la fratrie a été incluse dans l'analyse (voir le tableau 18)⁴⁰³. Pour ce faire, j'ai tenu compte uniquement de la position la plus haute, qui a été recodée comme suit : la catégorie « plus » comprend les frères ou sœurs appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures ; le recodage « égal » comprend les professions intermédiaires, artisans et commerçants (j'ai classé le métier d'étiopathe au sein de la catégorie profession intermédiaire⁴⁰⁴); et la catégorie « moins » les ouvriers, les employés et les agriculteurs exploitants⁴⁰⁵. En fin de compte, si les frères et sœurs des enquêtés de père cadre et de profession intellectuelle supérieure sont de loin les mieux positionnés (avec 54,5% appartenant à la catégorie « plus »), témoignant ainsi de la prégnance du schéma de la reproduction sociale, il apparaît que ceux issus des milieux plus modestes sont fréquemment en situation d'ascension sociale. En effet, si l'on considère les 12 enquêtés de père employés, 11 auraient un frère ou une sœur ayant atteint la catégories « égal » ou « plus ». Parmi les fils d'ouvriers également, plus de la moitié auraient un membre de la fratrie ayant atteint une

403 Sachant que, sur les 163 enquêtés, 148 ont au moins un frère ou une sœur. Les métiers des membres de la fratrie n'ont cependant pas pu être systématiquement recodés.

404 Les professions libérales relevant de la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » (PCS 3) « sont des "indépendants exerçant une profession qui exige une instruction supérieure du niveau de celle des cadres". Cela inclut les professions supérieures de la santé (mais non les infirmières ou les kinésithérapeutes libéraux), des professions d'expertise en conseil de niveau ingénieur ou cadre, et les professions juridiques. Nombre de ces professions ont des définitions bien instituées et peuvent être codées sans ambiguïté. Elles exercent souvent un contrôle assez étroit sur leurs effectifs, par l'exigence stricte d'un diplôme, la réglementation des conditions d'installation, ou par cooptation directe » (DESROSIÈRES & THÉVENOT, 2002, p. 74). La catégorie des « professions intermédiaires » (PCS 4), quant à elle, renvoie à « des positions intermédiaires autant [qu'à des] positions d'intermédiaires. [...] Ces professions impliquent la mise en œuvre d'une compétence constituée plutôt par les agents du groupe 3 (cadres), qui œuvrent à la justification de cette compétence. Les occupations du groupe 4 supposent souvent d'opérer des mises en ordre, de rendre des décisions exécutoires, et donc de gérer les tensions sociales propres à cette exécution » (DESROSIÈRES & THÉVENOT, 2002, p. 75). La question de la classification des étiopathes dans les PCS 3 plutôt que dans les PCS 4 pourrait se poser si, d'une part, leur cursus venait à être reconnu officiellement, et si, d'autre part, les praticiens se voyaient accorder une autonomie vis-à-vis des médecins. En l'absence d'une telle reconnaissance, un classement parmi les PCS 3, qui suppose un haut niveau de diplôme et un fort pouvoir décisionnaire, paraît injustifié. Pour les praticiens, cette catégorie représente en quelque sorte le but à atteindre, tandis que celle des PCS 4 renvoie au contraire à leur statut actuel, encore équivoque, tant sur le plan juridique que symbolique.

405 Ne disposant que du métier des frères et sœurs (du moins tel que les enquêtés les ont intitulés), et non de leur niveau de diplôme ou de leur statut, j'ai opté pour ce recodage sommaire, en choisissant l'intitulé des catégories par référence à la position de l'étiopathe.

position plus élevée que le père. En outre, chez les enfants de professions intermédiaires, ceux qui ont atteint la catégorie « plus » sont presque aussi nombreux que ceux qui ont égalé la position du père. Enfin, les 4 enquêtés fils d'agriculteurs exploitants dont un membre de la fratrie a atteint la position « plus » méritent également d'être cités.

Tableau 18 : Meilleure position au sein de la fratrie selon la PCS du père

	Position « plus »		Position « égal »		Position « moins »		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Agriculteurs exploitants	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7	100,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3	20,0	8	53,3	4	26,7	15	100,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	24	54,5	14	31,8	6	13,6	44	100,0
Professions intermédiaires	11	42,3	12	46,2	3	11,5	26	100,0
Employés	5	41,7	6	50,0	1	8,3	12	100,0
Ouvriers	2	16,7	6	50,0	4	33,3	12	100,0
TOTAL	49	42,2	47	40,5	20	17,2	116	100,0

Il est donc possible que la fratrie ait facilité l'engagement des enquêtés dans le métier d'étiopathe, en les incitant, de par ses propres positions, à un reclassement ou à la poursuite d'une promotion sociale.

4. Un engagement rentable :

4.1. Un cursus accessible :

Les réorientations tardives et les mobilités sectorielles qui viennent d'être décrites posent la question de l'accessibilité du « titre » d'étiopathe. Comment des personnes ayant déjà eu une carrière professionnelle, parfois largement entamée, et qui n'ont pas ou qui ont peu étudié les sciences naturelles, peuvent-ils intégrer et réussir ce cursus qui se déroule sur six années au total ? Si le déroulement des études mériterait une enquête plus approfondie, on peut d'ores et déjà souligner que l'admission en première année est ouverte à tout bachelier, qu'il soit titulaire d'un baccalauréat général, technique ou professionnel. Les étudiants « diplômés de l'enseignement

supérieur (notamment dans les disciplines scientifiques ou médicales), après examen de leur dossier et évaluation de leur niveau de connaissances », peuvent même se voir proposer d'intégrer directement la deuxième année⁴⁰⁶. Durant la procédure d'admission, la question de l'excellence scolaire n'est pratiquement pas posée. D'après Daniel, qui a longtemps enseigné dans les facultés libres et qui fut en charge de la structuration de l'enseignement, l'exigence du baccalauréat procéderait essentiellement de « raisons administratives », l'étiopathie ayant été « reconnue comme unité d'enseignement supérieur ». Et pour les praticiens eux-mêmes, l'entretien initial laisse moins le souvenir d'un « entretien d'embauche » que d'une « présentation » de l'étiopathie ». Un enquêté raconte :

« C'est une présentation de l'étiopathie. [Le directeur] prévenait un peu de comment ça allait se passer, donc qu'est-ce que c'est que l'étiopathie, et puis... C'est surtout pour écarter ceux qui débarquaient de nulle part et qui n'avaient jamais rencontré l'étiopathie, pour éviter que certains, un peu paumés, arrivent par défaut en se disant : "je sais pas quoi faire donc je vais faire ça, on verra". Là c'est un peu pour trier ça. Lui [le directeur] il n'avait pas vraiment de questions à nous poser. C'était plus une présentation, c'était pas un entretien d'embauche quoi. »

(Lionel, étiopathe en exercice depuis 5 ans)

Le directeur administratif de la FLEB, qui s'est intéressé à la proportion d'étudiants reçus à la suite de ces entretiens (afin d'anticiper les effectifs et prévoir les emplois du temps), a confirmé que les recalés étaient très peu nombreux. En fait, cette entrevue semble surtout avoir pour objectif de contrôler, autant que faire se peut, les motivations de l'aspirant étudiant : comme le suggère l'extrait précédent, il s'agit de vérifier si ce dernier n'est pas arrivé jusqu'ici « par hasard » ou, tout du moins, pour de mauvaises raisons. Car pour M. Merlaud, chargé de cours à la FLEB, une part importante des abandons qui surviennent par la suite s'explique par des « erreurs d'orientation » : *« [Le directeur de la FLEB] et moi on reçoit tous les étudiants avant leur intégration, et on en a quand même de plus en plus, chaque année, qui nous disent qu'ils ne voulaient absolument pas faire la PACES. Mais en fait ils ne sont pas attirés par l'étiopathie en tant que telle à l'origine. C'est un dérivatif par rapport à ce qu'ils voulaient faire. Ça explique aussi cette perte un petit peu importante qu'on peut retrouver sur certaines années. »* M. Bretin, le directeur, complète : *« on en a un certain nombre comme ça qui ont complètement changé d'orientation, qu'ont fait des BTS de je ne sais quoi, de comptabilité... Ça ça fait une proportion parfois importante. L'année dernière on en a eu trois ou quatre comme ça, qui sont partis dans des branches complètement différentes⁴⁰⁷. »*

406 Cette disposition est prévue par le règlement national des études (version de septembre 2016). Entre 2011 et 2018, elle a permis à 26 étudiants (soit l'équivalent d'une promotion) d'intégrer directement la deuxième année.

407 L'ouverture des recrutements aux étudiants post-bac a sans doute eu pour effet d'exposer davantage les facultés d'étiopathie aux erreurs d'orientation. On peut supposer que ces erreurs étaient beaucoup plus rares lorsque les établissements recrutaient principalement parmi les kinésithérapeutes.

À l'occasion, l'entretien préliminaire peut également servir à écarter les personnes qui présentent un tropisme trop important pour d'autres médecines non-conventionnelles, et qui, de ce fait, apparaissent trop peu disposés à devenir (et surtout à rester) un « porte-étendard » de l'étiopathie.

« On a refusé des étudiants qui avaient déjà un parti pris thérapeutique avant de commencer. On a refusé par exemple cette année un étudiant qui a dit : "ah l'étiopathie ça a l'air très intéressant dans la démarche etc., et puis plus tard peut-être que je me servirai de l'étiopathie pour créer ma propre médecine". Celui-là on l'a refusé. Et on a des étudiants, quand ils rentrent dans mon petit bureau et que ça sent les huiles essentielles par exemple, je les interroge. Je leur demande comment... Quand ils ont déjà une stratégie thérapeutique en tête, qui est soit familiale, soit... Je me méfie, je les asticote un peu plus que les autres. Les huiles essentielles c'est mauvais signe ! (rire) On est tout de suite dans la suppléance. Et nous la suppléance ça ne nous intéresse pas »

(M. Bretin, directeur de la FLEB)

La première année d'étiopathie se révèle donc globalement accessible. La sélection s'opère principalement en début de cursus, au cours d'un cycle « probatoire » de deux ans. Pendant ce cycle, l'équipe enseignante s'assure d'abord que le métier d'étiopathe correspond aux attentes des étudiants. Ces derniers sont ainsi rapidement amenés à manipuler des corps. *« Dès les premières semaines on leur met les mains dans la technique [explique le directeur de la FLEB], pour savoir si ça leur plaît. Parce qu'en fait les étudiants, la pratique de l'étiopathie, c'est fantasmagorique pour eux. On n'est pas certains, quand on reçoit un étudiant, que c'est vraiment ce qu'il a envie de faire. Et lui non plus d'ailleurs il n'est pas certain. Donc on le met tout de suite dans le bain »*. Pour faciliter le départ des moins motivés, la faculté n'engage pas les étudiants sur toute l'année : le prélèvement des frais de scolarité s'arrête le mois suivant leur démission. Les formateurs contrôlent ensuite les dispositions de l'aspirant étiopathe à se mettre au travail et sa capacité à engranger les connaissances. *« Si on s'aperçoit qu'il est infoutu d'apprendre ce qu'on lui demande, on le fout dehors [poursuit le directeur de la FLEB]. Gentiment hein ! Mais les étudiants sont prévenus. [...] Et à la rentrée du deuxième cycle je leur dis : "bienvenue dans vos études d'étiopathie. Désormais vous êtes mes futurs confrères" »*⁴⁰⁸. L'exclusion des « mauvais étudiants » serait d'autant plus facile que les enseignements sont majoritairement assurés par des bénévoles au sein d'une association loi 1901 : *« On n'est pas du tout accrochés à la gamelle parce qu'on est bénévoles. Donc qu'on ait beaucoup d'étudiants ou peu d'étudiants, à partir du moment où le métabolisme de base de la faculté est assuré, eh bien nous, un étudiant qui ne nous plaît pas, on n'hésite pas du tout à s'en*

408 Le règlement national des études (version de septembre 2016) prévoit d'ailleurs des dispositions particulières pour les étudiants de première année. En l'occurrence, ceux présentant une moyenne générale « égale ou inférieure à 5/20 [sont] définitivement exclus de l'enseignement (ne [sont] pas admis à la session de rattrapage ni autorisés à redoubler). Pour une moyenne supérieure à 5/20 et inférieure ou égale à 7/20, ils ne [sont] pas admissibles à la session de rattrapage, mais le redoublement [peut] leur être proposé. Enfin, pour une moyenne supérieure à 7/20 et inférieure à 10/20, ils peuvent être admis à la session de rattrapage ».

séparer »⁴⁰⁹. Si le tableau 19 confirme qu'une large partie des abandons ou des exclusions ont lieu au cours du cycle probatoire, il montre aussi que des départs peuvent survenir plus tardivement, notamment au cours de la troisième et de la quatrième année. Le directeur de la FLEB précise : « *Cette année par exemple, on s'est séparé d'étudiants qui étaient, pour l'un, en troisième année, l'autre en quatrième année. Celui en troisième année, on s'est aperçu que, malgré ses bonnes notes, il ne comprenait rien. [...] On lui a demandé de redoubler, et donc il a abandonné le cursus. L'autre, en quatrième année, a échoué à son certificat d'anatomie plusieurs fois de suite. On a eu deux cas cette année, mais la plupart du temps c'est très très rare. Et c'est ce qu'on leur explique : on leur explique que quand ils passent en deuxième cycle, on fait tout notre possible pour faire en sorte qu'ils soient diplômés et qu'ils soient nos futurs confrères* »⁴¹⁰. « *Ce qui peut arriver [ajoute un autre praticien, également chargé de cours à la FLEB], c'est qu'une personne redouble, mais en général c'est un redoublement qui se passe bien. Il est vrai qu'on se fait un point d'honneur à ce qu'à partir de la troisième année, la sélection pour les étudiants soit terminée* »⁴¹¹. Le tableau 20 montre en effet qu'il n'est pas rare d'observer des redoublements jusqu'à la cinquième année⁴¹². Ainsi, bien que l'équipe enseignante entende cantonner la sélection au cycle probatoire, le diplôme d'étiopathe n'est pas pour autant « donné » une fois ce cycle terminé. Ceci étant, à partir de la troisième année, les étudiants évoluent dans des promotions qui, globalement, comprennent une vingtaine de personnes⁴¹³. Ces effectifs restreints favorisent probablement les étudiants peu scolaires ou les personnes en reprise d'études. Et comme il n'existe aucun numersus clausus, les étudiants en étiopathie se voit épargnés par le climat de compétition qui peut régner en faculté de médecine. D'après le directeur administratif de la FLEB, ceux qui occupent un emploi en parallèle de leur cursus n'ont aucune difficulté à se faire prêter les cours.

409 Le choix du statut associatif pour chacune des quatre facultés libre d'étiopathie, tout comme celui d'un enseignement « désintéressé », s'inscrit dans une volonté de préservation de l'unité des étiopathes. « *On a eu des discussions comme ça avec la faculté d'étiopathie de Lyon [explique le directeur de la FLEB] : quand ils se sont installés [en 2004] ils voulaient se constituer en société. On a tout de suite freiné des quatre fers ! Il faut que notre enseignement reste désintéressé, parce que sinon on va faire du chiffre, on va faire pour gagner de l'argent, parce que c'est une société, avec des actionnaires qui investissent... Elles sont toutes dans ce piège-là les écoles d'ostéo ! Charles Aemmer [l'ancien collègue de C. Trédaniel, du CEE de Genève], en l'occurrence, il avait très envie de gagner l'argent lui. Enfin c'est ce que m'a dit Christian, et c'est pour ça qu'il est parti* » (voir la section « 1975-1982 : retour à Paris, rupture avec le CEE » au chapitre 1, p. 43).

410 La « rareté » de ces cas coïncide assez peu avec les chiffres du tableau 19. Peut-être ces abandons reflètent-ils en partie une « fuite » vers des écoles d'ostéopathie.

411 C'est d'ailleurs dans cette optique que fut initié un cours avec une psychologue afin d'aider les étudiants dans le besoin à « *surmonter cette épreuve qu'est l'oral* » (les divers certificats qui ponctuent le cursus étiopathique consistant en des épreuves orales).

412 Les étudiants peuvent se voir proposer jusqu'à trois redoublements au cours leur cursus. Ils ne sont en revanche pas autorisés à « tripler » une année (règlement national des études, version septembre 2016).

413 De la promotion de 2011 à celle de 2017, les effectifs de troisième année étaient compris entre 15 et 24 étudiants, l'effectif moyen étant de 18,9.

Tableau 19 : Abandons ou exclusions selon les années

	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}
Promotion 2011-2017	4	4	6	1	0	0
Promotion 2012-2018	1	3	3	1	0	0
Promotion 2013-2019	7	0	0	0	0	0
Promotion 2014-2020	1	0	1	0	0	–
Promotion 2015-2021	6	1	0	2	–	–
Promotion 2016-2022	9	0	1	–	–	–
Promotion 2017-2023	1	0	–	–	–	–
Promotion 2018-2024	9	–	–	–	–	–

Tableau 20 : Redoublements selon les années

	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}
Promotion 2011-2017	7	0	2	1	2	0
Promotion 2012-2018	0	2	0	0	0	0
Promotion 2013-2019	1	2	1	1	4	0
Promotion 2014-2020	3	1	1	1	1	–
Promotion 2015-2021	2	0	0	2	–	–
Promotion 2016-2022	3	2	0	–	–	–
Promotion 2017-2023	7	6	–	–	–	–
Promotion 2018-2024	3	–	–	–	–	–

Un autre critère de sélection, plus important peut-être que le niveau scolaire, pourrait être d'ordre économique, les frais de scolarité étant relativement élevés. Mais, là encore, certains aménagements rendent la formation plus accessible qu'elle n'y paraît.

4.2. Une formation onéreuse mais aménagée :

Les frais d'inscription, qui sont susceptibles de varier quelque peu d'une faculté libre à l'autre, avoisinent les 7 500€ à l'année. Pour la rentrée 2019, le site de la faculté de Lyon indiquait une somme de 6 650€ (1 600€ pour la sixième année)⁴¹⁴, auxquels doivent s'ajouter 840€ pour l'adhésion obligatoire à l'IFE (à renouveler chaque année). En outre, lors du dépôt de leur dossier d'inscription, les nouveaux étudiants doivent s'acquitter d'un droit d'entrée de 700€. On dispose d'assez peu d'éléments sur les conditions de financement des enquêtés. Toutefois une première piste réside peut-être dans le nombre d'enfants à charge. En effet, ceux qui ont déclaré le plus de frères et de sœurs sont également ceux qui sont issus des milieux les plus favorisés (voir le tableau 21)⁴¹⁵. Ainsi, toutes proportions gardées, il est possible que les familles les plus modestes aient été à même de fournir un plus gros effort financier par enfant.

Tableau 21 : Nombre moyen et médian de frères et sœurs déclarés selon la PCS du père

	Moyenne	Médiane
Agriculteurs exploitants	1,78	2,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,48	1,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,78	2,0
Professions intermédiaires	1,34	1,0
Employés	1,13	1,0
Ouvriers	1,22	1,0
Total	1,55	1,0

Le cursus d'étiopathie laisse ensuite la possibilité d'exercer une activité professionnelle en parallèle, ce qui peut contribuer à expliquer l'engagement d'enfants issus de milieux plutôt modestes. En effet, le programme des facultés libres d'étiopathie (récemment uniformisé⁴¹⁶) comprend théoriquement 3250 heures de cours⁴¹⁷, soit une moyenne de 650 heures par an sur 5 ans.

414 Un enquêté inscrit à l'ISLEM de Paris en 1979 estime qu'à cette époque les frais de scolarité « devaient être de 2500 ou 3 000 francs par trimestre ». Un autre, qui a démarré dix ans plus tard, rapporte que « c'était entre 15 000 et 20 000 francs l'année ».

415 Les enfants d'agriculteurs exploitants, qui déclarent autant de frères et de sœurs que les enfants de cadres et de professions intellectuelles supérieures, semblent faire exception. Toutefois les premiers ne sont que 9, tandis que les seconds sont 53. La similitude apparaît donc peu significative.

416 L'uniformisation des enseignements dispensés au sein des quatre facultés d'étiopathie n'était pas achevée au moment où je démarrais l'enquête.

417 Ce chiffre, indiqué sur le site de l'IFE (<https://www.etiopathie.com/enseignement/organisation-contenus>, page consultée le 29 août 2019), n'a aucune valeur légale. Il semble cependant assez fiable dans la mesure où, dans la perspective d'une reconnaissance de leur formation par les pouvoirs publics, les étiopathes se sont récemment engagés à fixer un nombre d'heures minimal. « Là on a refait le décompte d'heures [explique le directeur de la

Si le volume horaire annuel apparaît dès lors plus élevé qu'au cours de la plupart des années de licence⁴¹⁸, les cours sont répartis sur 35 semaines⁴¹⁹, ce qui, au final, correspond à une moyenne d'un peu moins de 20 heures hebdomadaires (18,57 heures) – soit un volume assez proche de ce qui est dispensé en licence⁴²⁰. Les emplois du temps, établis par le corps enseignant de chaque faculté, peuvent ainsi être concentrés à un moment de la semaine. Sur le site de la faculté libre de Lyon, par exemple, on peut lire que les cours sont répartis du mercredi au vendredi. À Rennes, les cours sont concentrés sur le jeudi, le vendredi, et le samedi⁴²¹. « *Ça m'a permis moi, pendant mes études, de bosser pour un cabinet de formation professionnelle en entreprise [explique Michel]. J'ai travaillé en freelance. Je faisais des sessions de formation les lundi et mardi dans des entreprises de la région* »⁴²². D'après le directeur administratif de la FLEB, une large majorité des étudiants occuperaient un emploi en parallèle de leurs études. La charte de l'étiopathie autorise par ailleurs les étudiants à effectuer des remplacements en cabinet dès leur cinquième année d'étude. Auparavant, les étudiants pouvaient effectuer des remplacements plus tôt encore, en quatrième ou en troisième année, voire s'installer directement en cabinet⁴²³. Ensuite, si le cursus étiopathique s'étale théoriquement sur six années, la dernière est en réalité essentiellement consacrée à la rédaction du mémoire (les étudiants ont donc amplement la possibilité d'avoir une activité professionnelle en parallèle). En définitive, si les frais d'inscription au cursus d'étiopathie s'avèrent relativement élevés,

FLEB]. *Mais on est sur un décompte d'heures qui va forcément pas plaire aux pouvoirs publics puisqu'on est un peu en dessous de ce qu'ils réclament aux autres écoles [d'ostéopathie]* » (le décret du 12 décembre 2014 fixe en effet la durée de la formation en ostéopathie à 4860 heures hors travail personnel). On ne saurait en revanche prendre pour argent comptant certaines anciennes maquettes (telle celle qui apparaît dans la revue *L'Étiopathie. Revue de médecine mécaniste théorique et appliquée* parue en 1983). Un enquêté ayant démarré son cursus au milieu des années 1980 raconte : « *À l'époque Christian [Trédaniel] quand il faisait le décompte d'heures, il disait "bon, alors combien là ? Allez : 100 ! Oh, 100 ça fait pas assez : 200 ! Donc en fait on avait 5500 heures mais c'était complètement illusoire. On ne les faisait absolument pas* ».

418 En arts, lettres et langues, ainsi qu'en sciences humaines et sociales, les universités déclarent en moyenne 1432 heures de formation sur les trois premières années ; en droit, économie et gestion, 1548 heures ; et en sciences, technologie, santé, ainsi qu'en STAPS, 1745 heures. Voir MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, Dossier de presse « La nouvelle licence », 22/06/2011, p. 8.

http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Dossier_de_presse_nouvelle_licence_juin_2011/30/8/03-Un_service_public_equitable_pour_tous_les_etudiants_183308.pdf, page consultée le 18 novembre 2019.

419 Plaquette de présentation de l'IFE, *Étiopathie. Enseignement en France*. Disponible sur le site de l'IFE.

420 https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/10/EESR10_ES_16-emploi_du_temps_et_rythmes_d_etudes.php, page consultée le 18 novembre 2019.

421 D'après un enquêté, cet emploi du temps existait déjà lorsqu'il démarrait son cursus en 1999. Cependant, depuis l'an dernier, celui-ci ne concerne plus que trois semaines par mois, des cours ayant dû être occasionnellement dispensés le mardi et le mercredi.

422 Et, jadis, alors que l'étiopathie recrutait principalement parmi les professionnels du secteur paramédical, des cours étaient dispensés en soirée. Un enquêté ayant démarré son cursus à l'ISLEM de Paris en 1979 racontait ainsi avoir reçu des cours de 18 heures à minuit, deux fois par semaine pendant quatre ans

423 « *Nous on pouvait s'installer en cinquième année [explique ainsi un étiopathe ayant démarré son cursus en septembre 1989]. Il n'y avait pas cette histoire de la charte de l'étiopathe et tout ça. Je sais que j'ai des confrères qui ont commencé à travailler en troisième année quoi, donc euh... C'était beaucoup plus "free"* ». Une praticienne inscrite en septembre 1996 a également raconté avoir effectué des remplacements à raison de deux jours par semaine dès sa troisième année, et un praticien ayant démarré son cursus au début des années 2000 a expliqué que « *c'était possible de faire des remplacements en fin de quatrième année à l'époque* » (ce qu'il fit lui-même).

la possibilité d'exercer une activité rémunérée en parallèle fait qu'il n'apparaît pas réservé aux seuls enfants issus des milieux nantis. L'effort financier semble d'ailleurs d'autant plus acceptable qu'à terme l'activité en cabinet a de bonnes chances de se révéler rentable.

4.3. Un retour sur investissement :

Si le cursus d'étiopathie représente un budget conséquent, les chances de le rentabiliser paraissent bonnes, du moins à terme. En effet, la constitution d'une clientèle stable et suffisante réclame souvent plusieurs années. Le cas de Michel exposé plus haut – 100 clients par semaine au bout de six mois – semble tout à fait exceptionnel. À cet exemple, on peut seulement adjoindre celui de Nathalie qui, après six mois, recevait pour sa part une cinquantaine de clients. Étudiante, celle-ci a commencé à recevoir des patients à son domicile (chez ses parents) dès sa troisième année d'études, et, son cursus terminé, elle s'est installée à deux pas de sa commune d'enfance. Elle raconte :

« J'ai rencontré mon chéri qu'était agriculteur et qu'avait ses vaches dans ma commune. Donc moi j'allais pas m'installer à Pétaouchnok... Donc je me suis installée ici. Moi depuis toute petite, tout le monde me connaissait, mon père étant président du comité des fêtes, président agricole... Moi j'étais organiste de mon village, je jouais à l'église, donc je connaissais tous les petits vieux... Donc j'étais hyper connue ! Et en six mois j'avais assez de patients. En six mois je tournais à 50 patients déjà. »⁴²⁴
(Nathalie, étiopathe en exercice depuis 15 ans)

Mais par ailleurs, Karine, par exemple, n'a pu « avoir un salaire » qu'au bout de six mois, et ne recevoir une cinquantaine de clients hebdomadaires qu'au bout d'un an et demi ou deux ans. Patrice, lui, a mis quatre ans à « vivre normalement », c'est-à-dire à recevoir entre 35 et 40 clients par semaine. « C'était loin d'être Byzance [raconte-t-il]. Mais voilà, je couvrais largement mes charges, je participais un peu plus à la vie du ménage au niveau financier. Parce que jusque là c'était ma femme [manipulatrice en électroradiologie] qui assumait tout. » Simon, pour sa part, a mis cinq ou six ans à recevoir entre 30 et 35 clients. George a également mis trois ans avant d'accueillir entre 60 et 70 clients par semaine. « Il y a eu vraiment un an difficile [rapporte ce dernier]. Après ça a commencé à être pratiquement autonome, et puis la troisième année c'était bien, et ça progresse d'année en année ». François raconte encore n'avoir reçu personne au cours de

424 À une échelle locale, il est probable que les « remarques sur le commérage » de N. Elias aident à comprendre certaines facilités ou difficultés d'installation (ELIAS, 1985) : une commune fortement intégrée à l'instar de « Winston Parva », où l'information circule rapidement, peut sans doute favoriser l'installation du praticien s'il fournit de bonnes prestations ou, au contraire, l'entraver s'il ne laisse à ses premiers clients qu'une impression mitigée.

la première semaine, puis avoir eu (peut-être) cinq clients le mois suivant, pour finalement mettre trois ans à se constituer sa clientèle. Enfin, Laura, qui n'a pas souhaité communiquer son nombre de clients hebdomadaires, déclare avoir mis deux ou trois ans à se constituer une clientèle suffisante. Elle estime à ce titre avoir été plus rapide que bon nombre de ses collègues qui, selon elle, mettent plutôt quatre voire cinq années. Pour franchir cette période relativement longue et pratiquement inévitable de constitution des clientèles, les étioopathes ont recours à une méthode simple : le remplacement. Ainsi, au cours des six premiers mois suivant l'ouverture de son cabinet, Karine est restée vivre chez ses parents et a été travailler dans le cabinet d'un autre praticien. Simon a lui aussi effectué des remplacements dans divers cabinets pendant deux ans, dans les Côtes-d'Armor, en Normandie, en Vendée⁴²⁵... François exerçait deux voire trois jours par semaine dans un cabinet de Bretagne alors qu'il s'installait en Vendée. Même Michel, autonome en un temps record, a démarré en remplaçant François pendant ses vacances. Quant à Laura, les remplacements de ses débuts ont contribué à déterminer son futur emplacement :

LAURA : « À l'époque je travaillais avec Bastien à Dairy⁴²⁶, et moi j'habitais Rennes. Et en plus quand je suis passé ici pour la première fois ici je me suis dit : "oh purée, ça a l'air glauque ! Jamais ici !" Eh ben voilà... En fait j'ai choisi ça parce que comme je suis restée quand même deux trois ans avec Bastien, c'était quand même mon gagne-pain. Parce qu'au début t'en vis pas, hein... Enfin "t'en vis pas", tu peux en vivre très vite mais... Au départ je voulais m'installer dans le Morbihan, et y a un collègue qui m'a passé sous le nez.

ENQUÊTEUR : Pourtant le Morbihan est assez grand...

LAURA : Ouais ouais, mais bon, j'avais déjà prospecté, j'avais pas encore trouvé de local, mais entre Vannes et Quimperlé tu vois, plutôt la baie quand même, pour la mer. [...] J'allais pas m'installer en Normandie. Mon compagnon de l'époque n'avait pas non plus de point fixe, donc un peu importe où mais pas du tout ici. Et donc j'ai regardé ce qu'il y avait sur la route entre Rennes et Dairy, sachant que Fougères était pris... Parce que je remplaçais un jour et demi deux jours par semaine à Dairy.

ENQUÊTEUR : Le temps de te constituer une patientèle ici en fait?

LAURA : Oui voilà. J'ai continué à Dairy pendant trois quatre ans. Ça a marché assez rapidement alors que je ne connaissais personne. Je suis pas d'ici.

Au final, tous les étioopathes rencontrés sont parvenus à sortir de cette situation de relative précarité. Malgré des fluctuations encore relativement fortes pour certains⁴²⁷, tous semblent avoir

425 Sa conjointe étant originaire de la Vendée, Simon y avait un pied-à-terre.

426 Le nom de la commune a été modifié.

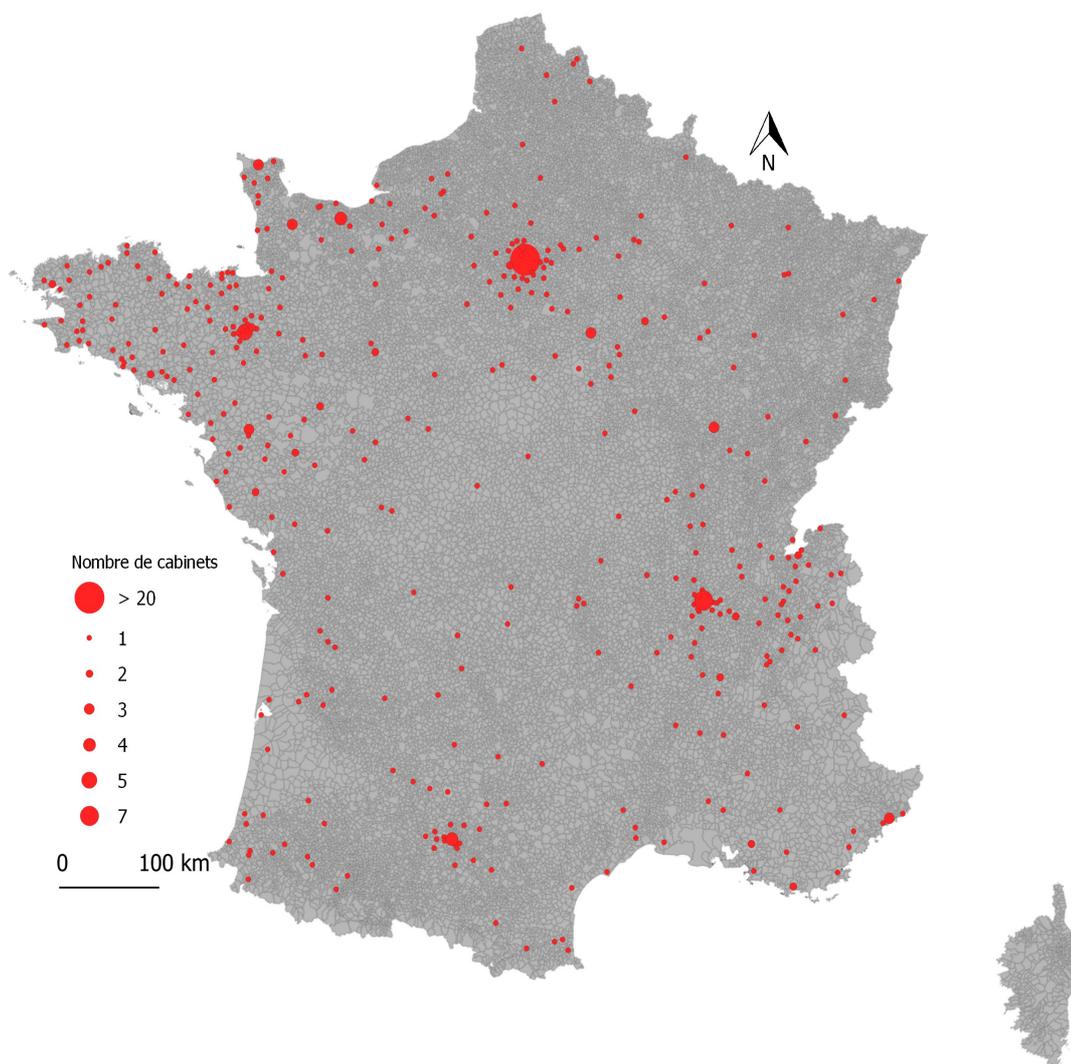
427 Simon, par exemple, qui déclare recevoir 30 à 35 clients « si on fait la moyenne sur l'année », explique que la fréquentation de son cabinet ne varie pas « d'une semaine à l'autre » mais « par plus grandes périodes ». « Ça peut être 50 ou 20 patients. Ça peut varier du simple au double », précise-t-il. Il estime néanmoins avoir aujourd'hui atteint une situation à peu près stable. Une autre praticienne raconte : « C'est très variable. C'est ça qui nous inquiète des fois avec [une collègue et amie] c'est que des fois on n'arrive plus à tenir, physiquement. On vieillit, ça c'est clair, et comme on a une pratique très corps-à-corps on se fatigue. Parce qu'on porte, on a des mecs qui font 120 kilos. Quand t'en as deux trois à la suite... [...] Et effectivement on a des semaines qui sont complètement

réussi à s'assurer durablement une clientèle suffisante. Une enquêtée a cependant affirmé que certains praticiens, installés « *dans le sud* », ont dû « *revenir* » faute de clients. D'autres praticiens, à l'occasion, ont également mentionné des régions qui, selon eux, « *ne marchent pas* ». En somme, ces territoires qui ne « marchent pas » ne font peut-être que révéler combien les remplacements sont essentiels à l'installation d'un nouveau cabinet. En effet, les praticiens qui s'isolent trop de leurs confrères s'éloignent simultanément de la possibilité de profiter temporairement de leur clientèle⁴²⁸. Si l'on observe la répartition géographique des cabinets en France métropolitaine (voir l'illustration 8), on constate que leur dispersion est relativement faible, les praticiens étant particulièrement concentrés en région parisienne, en Bretagne/Normandie, dans la région lyonnaise et en Savoie, et, dans une moindre mesure, en région toulousaine, soit dans les périmètres proches des facultés libres. Parallèlement, certains bassins de population, comme les régions de Marseille, Bordeaux ou Lille – respectivement les troisième, cinquième et sixième villes les plus peuplées de France – sont particulièrement pauvres en étiopathes. Tout se passe donc comme si, globalement, les étiopathes étaient condamnés à ne conquérir de nouveaux territoires que progressivement, en restant relativement proches des cabinets qui captent une clientèle suffisante.

blindées, chargées, et la semaine d'après, tu sais pas pourquoi – c'est ça le libéral – deux fois moins ! Ça arrive. Ça c'est depuis 2008 j'ai l'impression. Avant on avait toutes une progression, puis on avait une vitesse de croisière, et maintenant ça fluctue ». Cela étant, cette praticienne estime ne pas avoir de « problème d'argent ».

⁴²⁸ Sachant que, dans les zones où aucun étiopathe n'est implanté, le temps nécessaire à la constitution d'une clientèle est peut-être plus important dans la mesure où, pour reprendre les mots d'un praticien, « *ce que vous ne connaissez pas ne vous manque pas* ».

Illustration 8 : Répartition des cabinets d'étiopathie en France métropolitaine (d'après la liste mise à jour en juin 2015)



Une fois passé le cap de ces premières années, le tableau 22 montre que le nombre moyen et médian d'actes délivrés par semaine continue de croître. Après 9 ans d'exercice ou plus (l'enquête ayant été menée durant l'hiver de 2016/2017), les praticiens reçoivent en moyenne une soixantaine de clients hebdomadaires.

Tableau 22 : Nombre moyen et médian d'actes hebdomadaires selon l'année d'installation

	Nombre d'actes hebdomadaires délivrés	
	Moyenne	Médiane
2013 et après (N=65)	22,38	17
De 2008 à 2012 (N=21)	34,52	30
Avant 2008 (N=47)	60,21	60

Les trois quarts des praticiens proposant des séances entre 40€ et 50€ (voir le tableau 23), on peut obtenir une idée assez précise de la rémunération à laquelle parviennent les praticiens. Le tarif moyen étant de 47,43€⁴²⁹, on peut estimer qu'après une dizaine d'années d'exercice, les praticiens perçoivent en moyenne 2855 euros bruts par semaine, soit plus de 11 000€ bruts par mois pour un mois plein⁴³⁰. Déjà après quatre ans d'exercice (si l'on prend l'année 2012 pour référence), les praticiens doivent percevoir une somme de 1060€ bruts par semaine, soit près de 4250€ bruts pour un mois plein. Certes, il s'agit là de montants bruts, auxquels il conviendrait de retrancher, dans la plupart des cas, un loyer (voire un loyer et demi, ainsi qu'on va le voir à la section suivante) ou des mensualités pour la location ou l'achat d'un cabinet⁴³¹, ainsi que des frais de fonctionnement (ménage, secrétariat, achat et entretien de la table d'étiopathie etc.), mais compte tenu du montant des rémunérations auxquelles peuvent accéder les praticiens après une décennie d'exercice (voire moins), on suppose que les quelques 40 000 € investis pour suivre l'intégralité du cursus étiopathique finissent par être rentabilisés.

Tableau 23 : Structure des tarifs pour une séance adulte

	Prix de la séance (pour 1 adulte)	
	nb	%
Moins de 40€	10	6,4
40,00 €	44	28,0
45,00 €	37	23,6
50,00 €	38	24,2
50 et plus	28	17,8
Total	157	100,0

Cela étant, de telles tarifications posent forcément la question de la captation et de la fidélisation des clientèles. Si la deuxième partie de ce travail a amplement contribué à expliquer comment les étiopathes parviennent à se positionner sur le marché des soins malgré le coût de leurs séances, il convient de s'arrêter également sur les quelques stratégies mises en place par les praticiens pour faciliter la constitution d'une clientèle durable. Outre les nécessaires remplacements

429 Praticiens et praticiennes pratiquent sensiblement les mêmes tarifs, avec 48,63€ pour les hommes (médiane = 45€) et 46,14€ pour les femmes (médiane = 45€). Deux hommes, qui n'exercent pas en France et pratiquent des tarifs très élevés, contribuent à eux seuls à expliquer ce léger écart. Une fois ôtés, on obtient une moyenne de 47,01€ pour la tarification des hommes.

430 Les praticiens n'augmentent pas leurs tarifs avec l'ancienneté. En revanche, au regard de ce qu'on a pu observer ça et là, on suppose qu'on peut observer des tarifs supérieurs en milieu urbain.

431 Encore que le remboursement d'un prêt pour un achat ne mérite guère d'être comptée parmi les « dépenses » dans la mesure où il s'agit d'une conversion du capital économique en capital immobilier.

en début d'activité, près d'un tiers des effectifs – 51, soit 31,2% – a ouvert un second cabinet, parfois partagé avec un confrère. La majorité de ces cabinets (60,7%) sont ouverts dans les deux années suivant l'ouverture du premier, et plus des trois quarts (82,2%) le sont au cours des quatre premières années d'activité. Les praticiens espèrent ainsi optimiser leurs chances de capter une clientèle tout en exprimant parfois le souhait de la diversifier, ce qui, là encore, peut relever d'une stratégie d'investissement. Un praticien explique ainsi s'être installé en ville à côté de son domicile, et avoir ensuite ouvert un second cabinet en milieu rural afin de capter une clientèle qu'il estime « *plus fidèle* ». Ceci étant, tous les cabinets ne reflètent pas nécessairement une volonté d'accroître son activité et ses revenus. Étant donné le temps nécessaire à la constitution d'une clientèle, l'ouverture d'un second cabinet peut être liée à un déménagement ou à la volonté de se rapprocher du domicile.

« J'ai ouvert le premier cabinet en Haute-Savoie pour changer d'air, et le second pour revenir dans le Jura d'où je suis originaire, car le confort de vie y est plus important. »

—

« J'ai grandi et vécu dans le centre de Paris, j'y ai ouvert mon premier cabinet naturellement. J'ai quitté Paris avec ma famille cet été, et notre maison a une extension que j'ai converti en cabinet. Cela me permet de ne pas avoir à monter travailler à Paris tous les jours (1h30 de transports aller...) »

—

« Rapprochement affectif. Le but initial était de déménager, substituer progressivement le premier cabinet au profit du second. »

—

« J'ai ouvert un second cabinet pour m'essayer dans une commune de 3000 habitants. Là où finalement j'ai été amenée à vivre. Un deuxième cabinet donc, à domicile, pour optimiser mon chiffre d'affaire, élargir une patientèle qui à terme, serait idéalement mobile sur un seul des deux cabinets, si je suis amenée plus tard à n'en garder qu'un. »

Si le praticien peut chercher à développer une activité près de l'endroit où il souhaite vivre ou vient d'emménager, le processus inverse est également possible : il peut décider *a posteriori* d'ouvrir un cabinet plus proche de son domicile, après avoir réalisé que la population de la commune peut constituer une part importante de la clientèle. Ainsi Patrice, qui avait emménagé avec sa conjointe à une quarantaine de kilomètres de son cabinet, a ouvert un second cabinet en constatant que plusieurs personnes de sa commune faisaient le déplacement pour le consulter.

« Depuis quelques temps on avait commencé à se faire un réseau ici. Les gens venaient me voir à mon cabinet, et puis ils se plaignaient que ça faisait loin, qu'il fallait faire le trajet pour venir se faire soigner etc. Donc je leur avais dit "trouvez-moi un local par cher sur [Nom de la commune] et je ferai une permanence. Une demi-journée par semaine vous

pourriez me consulter ici". Et puis ils ont trouvé un local vraiment pas cher. Donc j'ai commencé à faire une demi-journée. Après ça se remplissait vite donc j'ai fait deux demi-journées, puis deux jours, et puis arrivé un moment j'équilibrais à peu près les deux cabinets. Je devais faire deux jours ici et trois jours là-bas. Et au premier cabinet du coup ça avait arrêté de progresser. Par contre ici ça montait, montait, donc j'ai mis mon cabinet principal ici. Et puis il y a quatre ans maintenant j'ai décidé d'arrêter le premier cabinet, parce que ça progressait toujours pas beaucoup. »

(Patrice, étiope en exercice depuis 21 ans)

Par ailleurs, pour se faire connaître, les étiope semblent très peu recourir à la publicité. En plus d'être désormais proscrite par la charte de l'étiope⁴³², celle-ci peut être mal perçue par les médecins des alentours et s'avérer préjudiciable⁴³³. Certains praticiens – et certains seulement – déposent leurs cartes et leurs annuaires d'étiope chez les commerçants voisins. « *J'allais me faire coiffer juste en dessous du cabinet [raconte Patrice]. Je faisais mes courses à la supérette. J'ai déposé mes livrets et mes cartes de manières un peu plus spontanée, dans des commerces locaux...* » D'autres ne se donnent pas tant de peine : « *j'ai mis ma pancarte et puis j'ai laissé le bouche à oreille se faire. J'ai fait aucune parution dans un journal, rien du tout. Bon, j'en avais déjà parlé à des copains, je faisais du sport... Mes parents en avaient parlé aussi à leur copains, et puis ça se fait comme ça* » (George). En revanche, sur les 163 praticiens enquêtés, pas moins de 61 (37,9%) ont développé des « partenariats » (c'est-à-dire des tarifs avantageux), et 40 (24,8%) envisagent de le faire. Les trois quarts de ces partenariats se font avec des clubs sportifs, le quart restant comprenant essentiellement des associations et des entreprises. Certains partenariats, rares mais plus surprenants, impliquent des acteurs du monde médical : ainsi un enquêté déclare travailler « *avec le milieu médical* » (sans plus de précision), un autre « *dans une maison de santé* » comprenant, entre autres, des médecins.

En plus de ces partenariats, 41 (25,2%) enquêtés indiquent des tarifs promotionnels à la question portant sur le prix des séances⁴³⁴. Trente-cinq proposent des prix réduits pour les enfants, trois en proposent également pour les étudiants, et un autre inclut les demandeurs d'emploi. Quatre

432 La charte précise en effet qu'« en tout état de cause, sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale. La publicité sous quelque forme que ce soit (diffusion de brochures, de cartes de visites, d'affiches, etc...) est interdite ». La seule forme de communication autorisée, outre la plaque du praticien, est la publication d'une annonce dans la presse : « Lors de son installation ou d'une modification de son lieu d'exercice, l'étiope peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués à l'*Institut Français d'Étiopathie* pour accord ».

433 Un étiope s'est ainsi retrouvé devant les tribunaux après avoir distribué des prospectus en 2005. Il fut condamné pour exercice illégal de la médecine en 2008 (il fut cependant dispensé de peine). https://nantes.maville.com/actu/actudet_-Condamne-pour-exercice-illegal-de-la-medecine-_654214_actu.Htm, page consultée le 18 novembre 2019.

434 Parmi ces 41 personnes, 5 seulement ont développé un ou plusieurs partenariats en parallèle.

pratiquent des tarifs dégressifs, et trois des tarifs de groupe. Trois déclarent encore pratiquer des tarifs promotionnels pour les « anciens patients », la « famille et les amis proches », ou encore les personnes « manifestement démunies ». Certains praticiens entendus en entretien, conscients du coût que peuvent représenter leurs séances, ont exprimé leur souci de les rendre plus abordables par le biais de ces promotions.

« Ça m'arrive très souvent [de faire des réductions]. En moyenne, pour les personnes que je connais pas, je fais une séance offerte toutes les quatre. La quatrième je ne fais pas régler. Je trouve que c'est cher, si je pouvais faire moins cher je ferais moins cher. Si je peux faire du troc ça m'arrange encore plus. Moi j'ai pas envie de gagner plein de sous, j'ai envie juste de pouvoir payer mon loyer ici et puis le reste j'ai ce qu'il faut. Donc je suis un peu gêné de faire payer 5, 6, 7 séances... C'est vrai que les étioopathes de Rennes, ils diront pas ça par exemple : "ben non, on fait payer à chaque fois !" Mais voilà, après ils ont plein d'argent et pas de temps pour le dépenser. Moi ça m'intéresse pas. Donc effectivement je fais pas payer la quatrième séance, et puis les gens qui viennent très très souvent, des fois c'est la troisième séance... Mais en général je fais payer trois séances, puis [j'offre] une "SAV" comme je dis. Et après pour les potes je fais une sur deux. La plupart comme je te disais ils bossent ici, ils sont à leur compte, c'est pour des assoc' culturelles ou des choses... Ils sont pas blindés donc je sais que... Et puis pour ceux qui peuvent je fais du troc. J'ai pas mal de potes maraîchers qui me ramènent des cageots de légumes, du jus de pomme, du miel, donc ça me va aussi quoi. C'est pareil, c'est pas des gens qui roulent sur l'or et si on peut s'arranger comme ça c'est aussi bien. »

(Lionel, étioopathe en exercice depuis 5 ans)

Ces réductions sont aussi conçues comme un moyen de s'attirer une clientèle : « C'est un geste, et puis les gens sont contents, ils en parlent... » poursuit Lionel. Cependant les avis peuvent diverger quant aux effets d'une telle stratégie. Synonyme de désintéressement pour certains, elle peut aussi trahir un manque de confiance ou de compétence pour d'autres. Ainsi Simon, bien qu'également soucieux de « rester accessible », a fini par réduire la fréquence de ce qu'il appelle les « services après-vente ».

« Je pense que l'erreur que je faisais c'était de faire beaucoup de "services après-vente", comme je les appelle, c'est-à-dire une consultation gratuite. Je pense que ça m'a beaucoup desservi. C'est-à-dire quelqu'un vient pour une douleur au niveau du cou par exemple, je fais une première séance, ça se passe bien, une deuxième séance, ça va beaucoup mieux, et puis la troisième, il reste un petit quelque chose et puis je la fais pas payer. Ça avait un petit côté automatique. J'en fais quasiment plus. On pourrait croire que ça peut inciter à faire confiance, dans le fait que le mec il cherche pas qu'à faire de l'argent, mais en fait dans la tête des gens, le médical faut que ça coûte cher. Je suis pas cher hein, je suis le moins cher, je suis à 35€. Je veux garder ce côté accessible, le plus accessible possible. Ça va pas être possible pour tout le monde, mais si jamais quelqu'un vient me voir et qu'il a pas de sous, je m'arrange toujours... Si faut pas faire payer je fais pas payer, enfin bref... Ça ça se fait toujours, mais je le fais vraiment spécifiquement aux personnes qu'ont vraiment pas de thunes. Alors qu'avant c'était plus général. Par exemple l'ostéopathe qu'est à côté de moi, il est à 60€. Il fait jamais de service après-vente lui... Du coup, dans la tête du patient, je pense

qu'il le retranscrit comme quelque chose de pas sûr quoi, comme un manque de confiance du thérapeute plus que comme une source de générosité. Surtout quand tu commences et que t'as pas le crédit de ta réputation. »

(Simon, étiope en exercice depuis 9 ans)

Qu'elles soient exceptionnelles ou fréquentes, les ristournes ont probablement concerné un bon nombre de praticiens, à un moment ou un autre de leur carrière. Michel, par exemple, a d'abord affirmé faire payer systématiquement ses clients, mais les observations de séances ont révélé qu'il peut faire des exceptions. En l'occurrence, une cliente mécontente imputait ses souffrances au récent traitement délivré par le praticien. Afin de préserver la relation avec sa cliente, Michel effectua gratuitement quelques vérifications et manipulations.

Une femme âgée d'une cinquantaine d'années entre en trombe dans le cabinet. Le rendez-vous a été pris le matin même. Au téléphone, la patiente racontait avoir été prise de nausée durant la nuit et n'avoir « *pratiquement pas dormi* ». Le praticien avait alors évoqué le nerf vague. L'appel terminé, le praticien m'apprend qu'il a reçu cette cliente trois fois en une semaine suite à une chute dans sa baignoire. « *Je viens juste pour contrôler le nerf vague. On ne touche pas au reste, j'ai eu trop mal, je veux plus qu'on me bouscule !* », prévient-elle, avant d'ajouter qu'elle ne ressentait aucune douleur de ce type avant le traitement. Arrive le moment de payer. La femme fouille dans son sac à main. « *Non non, c'est bon...* » fait le praticien. « *C'est le service après-vente ?* » demande alors la femme. Elle part sans payer.

(Notes d'observation)

Comme dans une situation commerciale ordinaire, la séance gratuite ou la remise peut intervenir lorsque le client estime que le contrat de vente n'a pas été respecté. En entretien, Michel a décrit un autre cas de figure où le client peut repartir sans payer : celui où il s'avère rapidement que son problème ne relève pas du traitement étiope. Ainsi lorsqu'il détectait une tumeur rectale chez un client qui consultait pour une douleur coccygienne (voir l'extrait d'entretien p. 146), ce dernier fut d'emblée réorienté vers l'hôpital, et Michel ne lui fit pas régler la séance.

En cas de forte incertitude sur l'issue du traitement, le contrat peut également prendre la forme d'un nombre de séances préalablement défini. Le praticien joue alors carte sur table et propose au client de mettre fin au traitement après un certain nombre d'actes en cas d'absence de résultat. Ce contrat peut être réactualisé au fur et à mesure des séances en fonction du ressenti ou de la disposition du client (c'est ce qui s'est passé dans l'extrait présenté au chapitre 3, p. 155). Ci-dessous, un praticien expose la manière dont il gère les demandes relatives aux acouphènes :

« Il y a un tableau en particulier où je prends mes précautions, c'est les acouphènes. [...] Maintenant je dis à mes patients : "je fais deux séances, s'il y a la moindre modification, on continue, si y a pas de changement, j'arrête". J'ai pas envie non plus de faire revenir les gens

quinze fois sans pouvoir leur garantir au minimum une amélioration... J'ai trouvé cette manière-là, pour gérer, c'est-à-dire que je présente le plus honnêtement possible aux patients. Je suis loin de prétendre avoir la vérité. Je leur dis par rapport à mon expérience, je fais comme ça. Si vous êtes d'accord, on fait comme ça »
(Patrice, étiope en exercice depuis 21 ans)

Certains praticiens peuvent aussi proposer à leurs clients des séances gratuites ou à prix réduit afin de tester des traitements. Il s'agit alors d'une forme d'investissement dans la mesure où le praticien renonce à une rémunération en vue de gagner en compétence.

« Quand je vois que c'est vraiment bizarre et que je suis pas sûr du tout de moi... On peut prendre un exemple : [un client dit] "j'ai un acouphène vraiment violent des deux côtés, depuis des années, j'ai vu plein de gens..." Les acouphènes par exemple on n'arrive pas toujours. Quand c'est unilatéral, on a des résultats plus souvent. Quand c'est bilatéral euh... Je leur dis "ben écoute, on peut essayer sur deux séances, et si y a vraiment pas de mieux..." Je vais pas dire "cinq séances", je fais deux ou trois... Après, quand ce sont des gens que je connais un petit peu, ça m'est arrivé de dire : "ce que je te propose c'est de faire payer deux séances au début, et après, pour moi, j'ai besoin de savoir si je peux régler ce truc-là. Je te fais revenir tant que j'ai besoin, tu reviens, tu joues le jeu, si jamais tu viens pas, on arrête tout, et si jamais tu joues le jeu, tu viens quand j'ai besoin". Et moi je fais mes petites expériences comme ça. Donc moi ça m'est arrivé trois quatre fois, notamment un gars là, récemment, et ça a payé. Une douleur de coude récalcitrante, un truc qu'on voit souvent, où je bosse une charnière cervico-dorsale, je bosse son coude, je bosse les dorsales hautes, et pas de mieux du tout. Et je l'ai vu cinq ou six fois en bossant que le bassin, parce qu'il avait d'autres phénomènes lésionnels associés du coup... Et il n'a plus de douleur au coude. Ça a payé. Mais je l'aurais pas fait revenir dix fois sinon »
(Lionel, étiope en exercice depuis 5 ans)

—
« Je veux terminer mon travail quoi. Si le mec ça fait déjà trois séances – en plus le pire c'est que je fais pas ça forcément en fonction de la situation financière – si je vois qu'il tique pour terminer, "ben ouais, ça fait déjà quatre fois que je viens", ou "trois fois", je me dis "merde, je pense qu'avec encore une séance ou deux peut-être qu'on peut terminer, tout ça..." Donc je ne veux pas que ce soit un frein. Personnellement j'ai envie de voir si ce que je fais va jusqu'au bout. Donc je dis "allez, vous repasserez en SAV". »
(Laura, étiope en exercice depuis 14 ans)

Les praticiens se voient en définitive confrontés à un ensemble de contraintes auxquelles les médecins échappent au moins partiellement dans la mesure où la relation commerciale qui les lie à leur patient est « médiée » par le tiers-payant. On l'a vu en seconde partie de ce travail : le médecin, contrairement à l'étiope, n'est pas au service de son client, il est au service d'un objet autre, qui inclut la collectivité sans pour autant s'y réduire. De cette façon, l'étiope est davantage sommé de rendre des comptes à son client, de fournir la preuve de sa compétence. Pour cette raison, il est probable que bon nombre de praticiens – y compris ceux qui sont attachés à faire régulièrement payer leurs prestations – aient connu à un moment ou un autre de leur carrière des situations au

cours desquelles des accommodements se sont avérés nécessaires, afin de préserver la relation avec le client. Inversement, le fait que ce ne soit pas le patient qui paye la consultation médicale (dans le cas des thérapeutes conventionnés, et ticket modérateur excepté) a sans doute pour effet de prévenir les éventuelles contestations et de protéger la compétence (l'autorité) du médecin⁴³⁵.

Malgré un coût d'entrée élevé, le métier d'étiopathe s'avère généralement un investissement rentable sur le plan économique, moyennant une période relativement longue de constitution d'une clientèle ainsi que des aménagements dans la pratique (par exemple, l'ouverture d'un second cabinet). La section suivante montrera que ce métier présente aussi l'avantage d'être extrêmement modulable en termes d'emploi du temps.

4.4. Le « temps choisi » par excellence :

Si l'on considère les cabinets ouverts à partir de 2013, praticiens et praticiennes réalisent à peu près le même nombre d'actes hebdomadaires, avec une moyenne de 22,14 actes pour les hommes et de 22,51 pour les femmes (les médianes étant respectivement de 16 et 20). Mais si l'on considère les cabinets ouverts avant 2008, et qui ont de ce fait eu amplement le temps de se constituer une clientèle plus conséquente, on constate que les hommes concentrent les clientèles les plus importantes, notamment celles de 70 clients ou plus (voir le tableau 24).

Tableau 24 : Nombre d'actes hebdomadaires selon le sexe du praticien au sein des cabinets ouverts avant 2008

	Moins de 40		De 40 à 59		De 60 à 69		70 et plus		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Hommes	6	18,8	6	18,8	2	6,3	18	56,3	32	100,0
Femmes	5	33,3	4	26,7	4	26,7	2	13,3	15	100,0
Total	11	23,4	10	21,3	6	12,8	20	42,6	47	100,0

Au final, les hommes ayant ouvert leur cabinet avant 2008 dispensent en moyenne 65,72 actes par semaine (médiane = 70 ; N=32) et les femmes 48,47 (médiane = 45 ; N=15). Dans le même temps, on observe que les femmes déclarent des séances légèrement plus longues : 30,37

⁴³⁵ Cela est sans doute moins vrai pour ce qui concerne certains traitements comme la kinésithérapie, où un nombre de séances parfois important peut engager une avance considérable de la part du patient.

minutes en moyenne (médiane = 30) contre 25,93 chez les hommes (médiane = 25) (voir le tableau 25)⁴³⁶.

Tableau 25 : Temps accordé à la consultation selon le sexe du praticien

	Moins de 20		De 20 à 29		De 30 à 39		40 et plus		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Hommes	13	15,5	31	36,9	34	40,5	6	7,1	84	100,0
Femmes	2	2,5	17	21,5	49	62,0	11	13,9	79	100,0
Total	15	9,2	48	29,4	83	50,9	17	10,4	163	100,0

Si tant est que les temps fournis sont à peu près exacts, on constate que l'écart entre la durée des séances ne suffit pas à compenser l'écart entre leur nombre. Autrement dit, les temps de travail entre les sexes sont inégaux. En effet, si l'on multiplie les moyennes respectives, on obtient un total d'environ 28,4 heures de temps de séance par semaine pour les hommes, et de 24,5 heures pour les femmes ; environ 29 heures pour les hommes et 22,5 heures pour les femmes si l'on considère les médianes. Dans le sillage de ce qui a été dit plus haut sur les rôles sociaux de genre et leur impact sur l'orientation professionnelle et l'aménagement des temps de travail, cet écart s'explique peut-être par le fait que les femmes « intègrent davantage que les hommes [...] les contraintes de l'interface travail-famille » (LAPEYRE & LE FEUVRE, 2005). Cela étant, on constate que, d'une manière générale, les temps de travail, y compris celui des hommes, n'apparaissent pas excessifs. Certes, les chiffres qui viennent d'être avancés ne représentent que du temps de séance cumulé, auquel il conviendrait d'ajouter des temps de transition entre les séances, des temps de secrétariat etc. Mais sur la cinquantaine d'enquêtés ayant ouvert leur cabinet avant 2008, les 25 qui ont daigné détailler leurs horaires ne font pas état de temps de travail particulièrement conséquents. En effet, on obtient pour l'ensemble (hommes et femmes confondus) une moyenne de 38,6 heures par semaine (médiane = 40 heures), sachant que cette moyenne est en partie calculée sur la base d'amplitudes horaires plutôt que sur des temps de travail effectifs⁴³⁷. Et, si l'on tient compte uniquement des hommes (N=16), on obtient une moyenne de 39,7 heures (médiane = 40 heures). On est donc loin des temps de travail médicaux, estimés en moyenne à 51 heures par semaine (LAPEYRE & LE FEUVRE, 2005). Il est possible que ces temps de travail également « raisonnables » chez les hommes reflètent leur relative intégration des contraintes de « l'interface travail-famille ». En effet, si les exigences de la vie familiale affectent toujours davantage les femmes, N. Lapeyre et M. Robelet observaient « une

436 Cette différence entre hommes et femmes est également observée chez les médecins généralistes exerçant en libéral (BREUIL-GENIER & GOFFETTE, 2006).

437 Sur les journées complètes, la plupart des enquêtés indiquent des horaires telles que : « 10 h lundi mardi jeudi vendredi » ; « 5x7h » ; « de 10h à 20h 4 jours par semaine » ; « 9h-19h, mardi-mercredi-vendredi », etc.

certaine convergence dans le rapport au travail des hommes et des femmes [...] des groupes professionnels étudiés chez la jeune génération (Lapeyre, Robelet, 2007a, 2007b), en particulier la prise de distance par rapport à l'archétype de la disponibilité permanente pour le travail » (LAPEYRE & ROBELET, 2010). « [Par exemple] à partir du moment où les hommes médecins se trouvent en couple avec des femmes diplômées qui tiennent à rentabiliser leurs études sur le marché de l'emploi, il leur est de plus en plus difficile de se conformer aux principes de l'éthos, qui a longtemps prévalu dans l'ensemble des professions libérales » (LAPEYRE & LE FEUVRE, 2005)⁴³⁸. Ces temps de travail réduits peuvent aussi refléter un style de vie hédoniste, où le temps libre (c'est-à-dire hors travail parental) prime sur la rémunération. Dans l'extrait d'entretien suivant, Lionel, étiope de 28 ans installé depuis quatre ans, décrit l'organisation de son temps de travail. Il explique concentrer ses heures sur le mardi et le jeudi afin de conserver son lundi et son mercredi pour le repos ou les loisirs (le vendredi étant encore consacré à des remplacements dans un cabinet situé à trois quarts d'heure de route de sa commune, et de faire passer son nombre d'actes hebdomadaire de 30 à 40). Si l'augmentation de la fréquentation de son cabinet le contraint parfois à trouver d'autres créneaux, Lionel affirme que la semaine à cinq jours « *n'est pas son objectif* ».

LIONEL : « *J'essaye de blinder le mardi et le jeudi à [sa commune], sachant que je travaille le vendredi à [une autre commune]. Mardi toute la journée, ça ne me dérange pas de bosser de 9h à 20h. Le jeudi pareil. Et puis après si besoin, en cas d'urgences, je prends – je suis là, parce que j'habite à côté – le lundi et le mercredi. Comme ce matin... Je travaille pas les lundis matins d'habitude. J'ai eu quatre patients ce matin parce qu'il y avait deux urgences et puis du coup j'ai mis... j'ai eu deux appels que j'aurais pu caler demain, bon, je les ai mis en fin de matinée, ça les arrangeait aussi.*

ENQUÊTEUR : *Tu gardes des créneaux pour des urgences donc ?*

LIONEL : *Ouais, si besoin, si les gens peuvent vraiment pas attendre le lendemain... Mais en même temps si j'ai des activités de prévues je vais pas non plus... voilà. Je vais pas me priver de vivre à côté quoi.*

ENQUÊTEUR : *Comment t'as choisi le mardi et le jeudi ?*

LIONEL : *Alors euh... Je pense que c'est parce que je remplaçais... Quand je commençais à m'installer je faisais encore des remplacements où on avait choisi de faire trois jours chez lui, lundi, mercredi, vendredi. Un jour sur deux. Et moi je faisais du coup les jours qui restaient à [sa commune]. Je faisais mardi, jeudi, samedi si besoin. J'ai gardé ces jours-là et puis en fait ça dérange pas. Du coup ça se présente bien. Et je trouve que les gens du vendredi et samedi ils peuvent très bien attendre le mardi, sauf si c'est vraiment urgent. Mais en général ça ne pose vraiment pas de problème. Et c'est quand même appréciable d'avoir le lundi disponible après un gros week-end de... voilà, je fais beaucoup la fête et le lundi matin ça m'arrange de pas trop bosser. Après le mercredi je fais pas mal de... Là je me suis mis à la voile. Je fais beaucoup de musique aussi, des répétitions. Donc voilà, le mercredi c'est le jour des activités. Là je pense que je vais peut-être arrêter les remplacements du vendredi. À ce moment-là je réorganiserai peut-être ma semaine. À bosser le vendredi ici, peut-être le mercredi si il faut...*

438 Je ne dispose malheureusement pas du métier du conjoint.

Je verrai. Puis ça augmente aussi la fréquentation, donc euh... Là c'est pour ça, je bosse de plus en plus le lundi. Si le mardi et le jeudi sont blindés, faut que je trouve d'autres créneaux quoi.

ENQUÊTEUR : *Tu ne bosses pas le samedi matin du coup ?*

LIONEL : *Alors ça arrive, c'est pareil, en général j'essaye de bosser la semaine parce que les gens qui demandent le samedi matin, c'est souvent du confort pour eux, mais si je leur propose un rendez-vous à 19h30 le jeudi ils diront oui. C'est pour les étudiants souvent, qui sont de retour le week-end, et puis les personnes qui bossent loin et qui sont là que le week-end. Mais dans l'idéal, si je peux éviter, ça m'arrange aussi d'avoir mon week-end. Enfin bon, c'est bien de changer hein ! Toutes les semaines, j'ai pas des horaires fixes, s'il faut bosser un jour en plus ou un jour en moins, ça ne me dérange pas. Et puis j'ai pas envie de me faire une semaine à cinq jours par semaine, c'est pas mon objectif du tout. »*

Si l'emploi du temps de Lionel n'est pas étranger au fait que son installation demeure récente et qu'il reçoit encore assez peu de clients, on constate que des aménagements semblables persistent chez les praticiens susceptibles de recevoir davantage de personnes. En effet, si l'on considère à nouveau les cabinets ouverts avant 2008, on constate qu'au moins 19 des 50 répondants répartissent leurs heures de travail sur 4 jours ou moins⁴³⁹, moyennant des journées dépassant souvent les 10 heures d'amplitude. Certains enquêtés préfèrent pour leur part limiter le nombre de clients. Karine, par exemple, a choisi de ne pas en recevoir plus d'une cinquantaine par semaine. « *Je ne veux pas finir trop tard [explique-t-elle], je veux pas être trop crevée, et je veux pouvoir offrir de la qualité à chacun. Et si je veux faire un peu plus, je prends ma collègue* ». On est par ailleurs frappé par la diversité des configurations possibles : demi-journée(s) de travail, créneaux en fin d'après-midi/début de soirée, samedi matins par intermittence... Certains enquêtés n'ont pas été en mesure de fournir un semblant d'emploi du temps : « c'est jamais pareil ! », écrit l'un ; « variable », répond un autre ; « de façon tout à fait aléatoire », déclare un troisième. En somme, l'étiopathie apparaît fréquemment comme un exercice « à la carte », modulable selon les contraintes (familiales ou autres) et les préférences personnelles.

En définitive, la souplesse des emplois du temps des étiopathes, combinée à un taux horaire conséquent, facilite grandement les remplacements et donc, *in fine*, la perpétuation de la profession. En gagnant rapidement de l'argent, les praticiens ont la possibilité de n'effectuer qu'un nombre d'heures restreint et de les concentrer dans la semaine afin de laisser d'importants créneaux à des confrères ou consœurs dans le besoin. Ainsi, par exemple, le cabinet de Michel, dont on a vu qu'il était très demandé, peut accueillir jusqu'à 150 personnes par semaine. Ce dernier se contente de recevoir une centaine de clients, et laisse l'équivalent de deux jours par semaine à un collègue ayant démarré son activité depuis trois ans, ce qui lui permet de recevoir entre 40 et 50 clients. Les

⁴³⁹ À ceux-là s'ajoutent quelques uns qui travaillent quatre jours en semaine plus le samedi matin par intermittence.

professionnels (de santé ou non) qui parviennent à s'imposer ne répondent donc pas nécessairement à un besoin plus « réel » que ceux qui n'y parviennent pas : peut-être se montrent-ils simplement plus à même de « prêter » leurs clientèles aux nouveaux arrivants⁴⁴⁰. Indépendamment des demandes auxquelles ils prétendent répondre, les praticiens de santé exercent à n'en pas douter des métiers qui présentent une « viabilité économique » inégale, qu'il conviendrait d'étudier dans une perspective comparative. Olivier Faure a par exemple montré que le regain qu'a connu l'homéopathie à partir des années 1930 « réside dans la capacité [de ses] leaders d'intégrer les données de l'industrie et du commerce dans leurs stratégies » (FAURE, 2002). L'émergence de richissimes laboratoires comme Schwabe ou Boiron a contribué à faire de l'homéopathie une médecine alternative de premier plan. Il est bien évident que si l'étiopathie est suffisamment « viable » pour que les praticiens puissent se prêter leurs clientèles et réussir leur implantation, les praticiens manuels ne peuvent en revanche escompter le soutien d'une quelconque production industrielle. Cette situation n'est pas sans conséquence sur les recherches – ou plutôt le peu de recherche – qui ont été consacrées aux médecines manuelles : ainsi qu'on l'a expliqué au chapitre 5, ces dernières n'attirent pas les investisseurs (MONVOISIN & PINSULT, 2015). Dans ce contexte, les étiopathes se voient sommés (par les pouvoirs publics, et par l'intermédiaire de l'INSERM) d'apporter des preuves scientifiques de l'efficacité de leurs soins qu'ils ne sont guère en mesure de fournir, faute de moyens. Le rapport de l'INSERM précise en effet que « l'évaluation à travers des essais contrôlés randomisés semble à ce jour encore impossible à réaliser [aux yeux des étiopathes] (Communication IFE, Réunion IFE-INSERM, 16 décembre 2017) et [que] les obstacles [sont] nombreux (en particulier de par des difficultés méthodologiques et d'accès aux laboratoires de recherche...) » (BEN KHEDER BALBOLIA ET AL., 2018, p. 41). Le règlement national des études précise également que « l'étiopathie ne possédant pas de centres de recherche et n'ayant pour l'instant pas de convention de partenariat avec de tels établissements, toute ambition de soumettre un mémoire aux critères d'une recherche instituée serait prématurée, et échapperait aux objectifs d'un mémoire de fin d'études d'étiopathie ». « *Le problème, [explique le directeur de la FLEB], c'est qu'il faudrait presque salarier quelqu'un pour gérer des études statistiques, pour faire des publications... Mais qui est capable ? On n'a pas trente-six étiopathes qui en sont capables. Là on a une professionnelle qui a un doctorat en biologie, il faudrait qu'on aille la voir, qu'on lui propose, qu'on lui demande*

440 Ces « prêts » ne sont pas nécessairement désintéressés, loin s'en faut même. Comme l'explique le directeur de la FLEB, le praticien remplacé perçoit souvent un pourcentage sur le chiffre réalisé par le remplaçant. Du reste, « *quel que soit le résultat, les patients reviennent voir le titulaire, en disant soit : "votre remplaçant était super, vous avez bien fait de le prendre" ; soit : "votre remplaçant était nul, vous êtes quand même vachement mieux que le remplaçant". Donc c'est tout bénéfice !* » Les étiopathes n'ont donc pas besoin de mener une quelconque « politique » afin de favoriser les remplacements et l'implantation des nouveaux arrivants. Le praticien peut rester maître en son cabinet : « *les étiopathes sont avides de remplaçants. Nos étudiants n'ont pas de problème pour trouver des remplacements. Les bons étudiants sont assaillis de requêtes en fait.* »

"est-ce que tu accepterais ça comme mission ?" » En somme, l'histoire d'une médecine est indissociablement une histoire de capitaux, parmi lesquels des capitaux économiques (potentiellement convertibles en capitaux culturels, par le biais de la formation ou de l'embauche de personnels compétents). Le succès ou l'insuccès d'une entreprise à prétention scientifique ne peut se comprendre qu'au regard des ressources dont disposent ceux qui la représentent.

4.5. Des profits symboliques :

Une rémunération élevée ainsi qu'une possibilité accrue d'aménager son emploi du temps ne constituent pas les seuls avantages du métier d'étiopathe. « À travers les jeux sociaux qu'il propose, le monde social procure plus et autre chose que les enjeux apparents [...]. Être attendu, sollicité, accablé d'obligations et d'engagements, ce n'est pas seulement être arraché à la solitude ou à l'insignifiance, c'est éprouver, de la manière la plus continue et la plus concrète, le sentiment de compter pour les autres, d'être *important* pour eux, donc en soi, et trouver dans cette sorte de plébiscite permanent que sont les témoignages incessants d'intérêt – demandes, attentes, invitations – une sorte de justification continuée d'exister » (BOURDIEU, 2003, p. 344-345). En s'arrêtant sur les situations parfois désespérées dont les praticiens parviennent à tirer leurs clients, les chapitres 3 et 4 ont déjà fourni un large aperçu de cette autre forme de profit : le profit symbolique. C'était d'ailleurs précisément l'objectif de la notion de « non-urgence » : signifier qu'il existe des situations qui, certes, ne constituent pas (ou pas toujours) des « urgences » voire même des « problèmes » aux yeux des médecins ou des pouvoirs publics, mais qui n'en constituent pas moins des urgences à part entière aux yeux des individus et qui, de ce fait, sont susceptibles de générer d'importants profits pour la personne qui saura les aider⁴⁴¹. Il s'agit, à travers le récit de quelques usagers ayant marqué positivement les praticiens, de donner un peu mieux la mesure de la reconnaissance sociale à laquelle peuvent accéder les étiopathes, et, dans le même temps, de préciser ce que le métier d'étiopathe recèle de valorisant pour les enquêtés.

« Il y a des sujets qui me tiennent à cœur, par exemple la cicatrice. Donc j'ai quelques cas exceptionnels de cicatrice comme ça, qu'ont été traités et qui sont... Cette patiente par exemple qu'est venue et qu'avait de l'endométriase. Le traitement chirurgical c'est d'enlever à chaque fois la partie de l'organisme qui est atteinte, au niveau de la sphère génitale principalement, et aussi au niveau digestif. Donc cette patiente s'était faite opérer sept ou huit

441 Et l'on a par ailleurs vu qu'il n'était pas rare que les étiopathes se fassent appeler « docteurs » par leurs clients, une confusion méliorative qui profitait également aux ostéopathes étudiés par É. Bailly.

fois, au même endroit, avec la même ouverture du ventre, du nombril jusqu'au pubis. On lui enlevait un morceau de rectum, d'intestin, d'ovaire, un morceau d'une trompe... Tout ça en sept opérations. Et donc elle se plaignait de douleurs au niveau du ventre. Elle pouvait pas se pencher en arrière à cause de la cicatrice. Et elle se plaignait de colique, elle allait quinze fois aux toilettes par jour. Donc c'était un cas... lourd, quoi. En faisant le traitement de la cicatrice tel que je le concevais, ça a bien marché en un an, une fois par mois. J'en ai quelques uns comme ça autour des cicatrices. [Également] un patient qu'a eu un accident de voiture, avec une algodystrophie – donc une réaction végétative forte sur l'articulation en cause, le coude. Trois ans après l'accident il était bloqué à 90 degrés, il pouvait le plier, mais il pouvait pas l'étendre. Mais vraiment pas. Il a fait 150 séances de kiné sur son coude, ce qui n'a rien donné. Et ce mec-là, je l'ai vu pareil à peu près une fois par mois pendant un an, et on a récupéré 80% de sa mobilisation, je pense qu'on n'aura pas mieux. J'en ai plusieurs sur chaque sujet... J'ai eu la semaine dernière un mec qu'avait des douleurs dans les jambes et dans le dos depuis huit mois à peu près, de manière vraiment handicapante. Il avait du mal à marcher, il faisait des petits pas, bref... Et puis ce mec-là il a vu son médecin généraliste une première fois. Il lui a d'abord prescrit des anti-inflammatoires. La seconde fois il lui a prescrit une radio, laquelle n'a rien montré de plus que la précédente. Il a été voir un rhumatologue ensuite, puis un neurologue, puis un angiologue, il a fait deux IRM, un scanner, et il n'y avait rien du tout... Je l'ai manipulé, il est ressorti en marchant bien comme il faut. J'aime bien ces cas-là ! (rire) C'était une 10^{ème} dorsale qu'était bloquée, tout bêtement. Mais c'est vrai que dans la nosographie médicale ils n'ont jamais relié ce genre de douleur qu'était pourtant caractéristique de ça. »

(Simon, étiope en exercice depuis 9 ans)

« Un cas miraculeux : une patiente qui vient me voir avec des vertiges depuis 25 ans. Ça fait 25 ans qu'à chaque fois qu'elle sort de chez elle, elle appréhende parce qu'elle sait pas si elle va pas avoir un vertige, n'importe quand, c'était purement aléatoire. Ça la prenait assise, debout, couchée, en marchant... À un rythme variable : ça pouvait être trois mois sans rien et puis d'un seul coup pendant deux semaines ça tournait tous les jours. Elle avait une cinquantaine d'années cette dame. Et je lui dis : "théoriquement, oui" , mais l'ancienneté me fait être prudent quoi, sur la capacité du système à faire marche arrière. Elle s'allonge, je lui trouve une deuxième cervicale mais pas non plus... J'ai trouvé pire quoi, elle était pas complètement bloquée. Je la manipule. Elle se lève, elle se retourne, elle sort de chez moi, c'était limite. Je la revois la semaine d'après, elle me dit qu'elle n'a pas eu d'épisode vertigineux. Je contrôle, je vois plus rien. Bon ben... "Au revoir, tenez-moi au courant !" Elle m'a appelé un mois après pour me dire qu'elle n'a pas eu de vertige. Elle m'a appelé six mois après pour me dire qu'elle n'a pas eu de vertige. Elle m'a appelé un an après pour me dire qu'elle n'a pas eu de vertige, et elle m'a appelé deux ans après... Voilà. Moi c'est mon miracle quoi. Et honnêtement je suis... Je comprends pas comment ça se fait que sur 25 ans le système n'ait pas mis de compensation en place. C'est-à-dire que je n'ai rien trouvé, je n'avais plus rien à faire quoi ! Elle s'est allongée sur la table, et à la deuxième séance y avait plus rien, donc elle est partie sans payer. Ça fait plus de vingt ans maintenant, donc je ne sais pas, mais j'espère pour elle ! »

(Patrice, étiope en exercice depuis 21 ans)

« J'ai un nom qui me vient tout de suite : un monsieur qui devait se faire opérer, je crois des deux épaules... [il vérifie sur son ordinateur]. Voilà c'est ça : c'était sur la ceinture scapulaire, donc la personne mobilisait à 30° de chaque côté. On a fait une séance en

septembre 2015, puis une séance en octobre un mois après, et déjà l'épaule gauche allait mieux en une séance, et la droite c'était mitigé. Et là on a refait une séance trois semaines après et l'épaule droite est pratiquement récupérée, et la gauche était parfaitement récupérée. Donc finalement il s'est pas fait opérer. C'était une personne qui avait arrêté le karaté, son sport favori, depuis deux ans, et là il a repris. Je l'ai revu pour d'autres choses mais je ne l'ai jamais revu pour ses épaules finalement. Donc j'ai fait trois séances, et là ça fait huit mois. Donc faut attendre encore un peu, mais ça faisait deux ans qu'il souffrait et on a évité l'opération. »

(George, étiope en exercice depuis 4 ans)

« Un petit couple qui vient. Moi je fais des petites fiches A4 que je plie en deux, et j'enlève la moitié, ça c'est mes fiches patients. Du coup je me laisse pas beaucoup de place pour les antécédents. Et là je commence par Madame, et elle commence par me dire : "vous avez que ça comme feuille...? Parce que j'ai une maladie rare, j'ai des tumeurs, je suis opérée tout le temps depuis l'âge de 20 ans. J'ai des tumeurs sur plein d'organes mais à chaque fois je me les fais enlever. Bon, j'ai de la chance ça touche jamais les organes vitaux" qu'elle me dit. Okay... Donc du coup tumeur de la surrenale, du cervelet, enfin tac tac... Okay, "et vous venez pour quoi ?" "Ben on n'arrive pas à avoir d'enfants. Ça fait deux ou trois ans qu'on essaye", je sais plus exactement. Je dis "on va aller voir tous les déterminants qui s'occupent des organes de la reproduction et je vais voir si moi j'ai des choses à travailler". Donc à elle, je lui dis je vais aller voir D12 [la douzième vertèbre dorsale] pour la circulation locale de l'utérus, je vais aller voir le bassin pour ce qui est innervation des organes génitaux, tout ça... Je lui fais tous mes tests, et je lui dis "à mon avis chez vous y a pas grand-chose à faire". Donc je lui manipule D12 et L1 [la première vertèbre lombaire] mais je lui remets pas de deuxième séance parce que pour moi c'est pas elle le problème. Donc du coup le Monsieur, j'y vais, et il me dit "c'est pareil que ma femme hein, vous pouvez prendre une deuxième feuille...". "Comment ça ?" En fait à eux deux ils avaient eu plus de 30 opérations... Alors lui il était spinabifida – quand il est né sa colonne vertébrale n'était pas refermée – du coup il a été opéré à l'âge de cinq mois. Et il me dit "on n'arrive pas à avoir d'enfant mais en même temps je suis éjaculateur rétrograde" – ça veut dire que quand il éjacule son sperme remonte dans la vessie. C'est sûr que c'est embêtant pour se reproduire ! Et il me dit "par contre quand je prends des anti-dépresseurs deux ou trois jours, hop! Ça va dans le bon sens !" Il avait aussi du diabète, une pompe à insuline... Donc là forcément je me dis "mais qu'est-ce que je vais bien faire pour lui...?" Donc lui, éjaculateur rétrograde, pourquoi ça pourrait aller vers la vessie et pas vers l'extérieur ? Donc je me suis dit : "qu'est-ce qui peut comprimer ? Une prostate volumineuse". Donc je lui dis : "je vais aller voir votre prostate, ça se passe par toucher rectal, je vais aller voir si elle est volumineuse" Et effectivement, elle était volumineuse. Je l'ai traité deux fois. Le mois d'après elle était enceinte. Donc là un cas extraordinaire, je n'y croyais pas ! »

(Nathalie, étiope en exercice depuis 15 ans)

Chaque praticien interrogé a été en mesure de fournir une sinon plusieurs anecdotes de ce type. Dans chacune d'entre elle, la fierté de l'enquête repose essentiellement sur une victoire thérapeutique (que celle-ci fût pleinement comprise ou non) permettant d'améliorer significativement le quotidien des clients. « C'est vrai que c'est un super métier d'arriver à soulager les gens [résume Michel], surtout quand les gens ils ont traîné leur problème pendant des années, et que vous les sortez d'affaire... C'est quand même intéressant. C'est valorisant ». Les étiope

différent en cela d'un personnel comme les aides-soignantes, qui valorisent plutôt leur métier à travers la revendication d'une compétence « relationnelle », quitte à déformer la nature réelle de leur travail – l'intégralité du travail de l'aide-soignante n'étant pas d'ordre « relationnel » – et à éluder le travail accompli en la matière par les médecins et les infirmières.

« Une compétence relationnelle est mise en avant par l'aide-soignante pour caractériser – et valoriser – sa fonction par rapport aux agents de service, a priori moins concernés par le contact avec les malades, et par rapport aux infirmières dont les fonctions techniques sont soulignées. [...] L'absence de technicité des tâches de l'aide-soignante fait du "relationnel" non seulement une façon commode de résumer le contenu de ses tâches devant autrui, mais aussi un des rares moyens de valorisation. Cette rhétorique s'alimente donc à une vision bipolaire opposant fonctions relationnelles et fonctions techniques, sociologisation spontanée de la division du travail hospitalier assez largement diffusée chez les aides-soignantes et parmi leurs formateurs. Le monopole des relations affectives – traduit en termes de compétence relationnelle – est donc une ressource que peut mobiliser toute aide-soignante en contact direct avec les malades, proposant elle-même pour critère d'objectivation de sa position spécifique, le temps passé auprès du lit du malade. »
(ARBORIO, 1996)

Plus que son efficacité, les étiopathes soulignent même, lorsqu'ils le peuvent, l'efficacité de leur traitement, soit sa capacité de rendement. La rapidité du soulagement est alors mise en contraste avec les mois voire les années de souffrance de l'usager.

*« Le gars il arrive, émacié, tronche de cake, une sciatique. Mais le mec abîmé hein : une valise de documents, invalide du travail depuis deux ans, la sciatique [depuis] cinq ans, deux interventions chirurgicales... Le gars disait : "la sciatique elle me fait mal, elle me fait mal". "Elle fait mal comment ? Elle monte ou elle descend ?" "Pourquoi vous me posez cette question ?" [répond le patient] "Elle monte ou elle descend ?" [reprend l'étiopathe] "Et si je vous dis qu'elle monte ?" "Vous tirez votre chaussette, vous vous allongez". Un cuboïde⁴⁴². Bam ! "Marchez". Le mec il me dit "J'ai plus rien". Il cherche : plus de douleur. Le gars m'a expliqué que les premiers temps, chaque fois qu'il voyait un médecin, il disait "la douleur elle monte". Et le médecin il disait "non, une sciatique la douleur elle descend, c'est vous qui vous trompez". »
(Bastien, étiopathe en exercice depuis 32 ans)*

L'étiopathie, de ce point de vue, recèle une dimension que l'on pourrait qualifier de « spectaculaire ». Le rendement symbolique est en quelque sorte optimal, tant la simplicité et la brièveté des traitements détonnent avec les souffrances des usagers et leur parcours parfois chaotique au sein de l'institution médicale. Cette dimension n'a d'ailleurs pas échappé à Joris, étudiant en STAPS (parcours kinésithérapie), sur le point d'intégrer une faculté libre d'étiopathie après avoir d'abord envisagé de devenir kinésithérapeute :

442 L'os cuboïde est l'un des sept os du tarse, situé sur le bord externe du pied.

« La kiné, pour moi, c'est plus de la rééducation, c'est quelque chose sur le long terme. Et l'éti ça va être plus pour te régler quelque chose sur le coup. Là j'ai eu l'occasion de faire un stage – c'était particulier – avec des kinés en soins de suite et réadaptation. Donc c'est des personnes âgées qui viennent après une pose de prothèse, ou qui ont Alzheimer, Parkinson, des trucs assez chroniques. Et puis je me suis rendu compte qu'au niveau du rapport au patient et de ce que tu lui fais faire, je trouve ça un peu... moyen quoi. Enfin... C'est hyper répétitif. Après je dis pas que c'est... C'est ce qu'il faut faire en même temps, sûrement hein ! Pour que ce soit utile. »

(Joris, étudiant en licence STAPS, sur le point d'intégrer une faculté libre d'étiopathie)

Dans cet extrait, l'opposition entre l'étiopathie et la kinésithérapie recoupe celle entre l'immédiat (« sur le coup ») et le « long terme » (ou la « répétitivité »), entre le visible et l'invisible, entre l'activité dont on peut aisément tirer un profit symbolique, et celle dont l'utilité est moins évidente. En somme, on retrouve en partie les mêmes ingrédients que ceux qui fondent la domination symbolique masculine : « Il appartient aux hommes, situés du côté de l'extérieur, de l'officiel, du public, du droit, du sec, du haut, du discontinu, d'accomplir *tous les actes à la fois brefs, périlleux et spectaculaires* qui, comme l'égorgeement du bœuf, le labour ou la moisson, sans parler du meurtre ou de la guerre, marquent des ruptures dans le cours ordinaire de la vie ; au contraire, les femmes étant situées du côté de l'intérieur, de l'humide, du bas, du courbe et *du continu*, se voient attribuer tous les travaux domestiques, c'est-à-dire privés et *cachés, voire invisibles* ou honteux [...] » (BOURDIEU, 2002, p. 49)⁴⁴³. On retrouve également une opposition entre ce qui soigne et ce qui relève de la prise en charge des malades chroniques et de l'incurable (Parkinson, Alzheimer...), soit la hiérarchie symbolique entre la médecine curative et la médecine palliative. Dans l'univers médical lui-même, cette dernière est également peu valorisée : « des doutes planent sur la qualité de "médecin" de ceux qui soignent sans guérir. "Appartiennent-ils vraiment au monde médical ou à celui du soin paramédical ?", se demandent différents personnels hospitaliers. Ce sentiment est bien décrit par le cardiologue Claude Bersay, pour qui "l'attitude de résignation devant [la mort] n'est pas dans la pensée médicale". Même si le traitement de la douleur apparaît comme un objet de préoccupation plus consensuel qu'auparavant et plus valorisé, la fin de vie reste un domaine peu prestigieux professionnellement » (CASTRA & SCHEPENS, 2015). Michel Castra et Florent Schepens ont montré que l'orientation dans cette voie des soins palliatifs, qui « est présentée comme l'échec même de la médecine », ne relève pas du hasard : elle est avant tout un choix, qui procède d'événements souvent dramatiques ayant marqué les professionnels. Sans être suffisants en eux-mêmes – puisqu'ils doivent « entrer en résonance avec ce qu'est le soignant, en tant que fruit de sa formation, de ses valeurs et croyances, de ses expériences et rencontres professionnelles »⁴⁴⁴ – ces

443 C'est moi qui souligne.

444 Les auteurs notent par exemple l'intérêt précoce des médecins pour « la maladie grave [...] ou les questions éthiques liées à la fin de vie (décision d'arrêt des soins, limites de la réanimation) ».

événements « signent un malaise, de la gêne à la souffrance, qui incite le professionnel à envisager une réorientation »⁴⁴⁵. Ainsi les étioopathes, dont on a vu qu'une partie n'aspiraient même pas à faire médecine ni à intégrer une profession paramédicale au sortir de l'enseignement secondaire, semblent finalement attirés par ce qui fait le prestige ordinaire de la médecine, y compris au sein même du champ médical : guérir.

4.6. *L'illégalité du métier : fausse barrière, vrai problème*

La loi ne fait pas la norme, et l'illégalité ne fait pas la déviance. Un acte peut être illégal et toléré ; un autre peut être parfaitement légal tout en étant largement condamné. Loin d'envisager la déviance comme une propriété inscrite dans les actes eux-mêmes, l'approche interactionniste la considère avant tout comme le produit d'une réaction et d'un étiquetage (BECKER, 1963). Cette déviance peut donc être mesurée à l'aune de cette réaction, et des règles explicites ou implicites que les individus se voient contraints de respecter afin de l'éviter. Dans son étude des pratiques homosexuelles furtives (le « commerce des pissotières ») dans l'Amérique des années 1960, Laud Humphreys offre sans doute un des plus beaux exemples en la matière (HUMPHREYS, 2007). Face à la crainte d'être découverts⁴⁴⁶, les participants développaient tout un ensemble de savoirs et des formes d'actions collectives malgré la contrainte du silence et de l'anonymat, pour parvenir à leurs fins tout en échappant à la sanction⁴⁴⁷. Qu'en est-il des étioopathes ? À quelles réactions sont-ils exposés compte tenu de l'illégalité de leur exercice ? Quelles règles suivent-ils afin de prévenir toute sanction ?

Ainsi qu'on l'a vu au premier chapitre, plusieurs praticiens ont fait l'objet de poursuites et de condamnations pour exercice illégal de la médecine. Cependant les actions en justice contre les étioopathes sont désormais moins fréquentes. Les attaques groupées, comme ce fut le cas à Caen au cours des années 1980, semblent appartenir au passé. Déjà à l'époque des poursuites contre les ostéopathes, un syndicat comme le syndicat national des médecins ostéothérapeutes français (SNMOF), faute de pouvoir traduire en justice l'ensemble des non-médecins, était contraint de

445 Les auteurs soulignent que bon nombre de professionnels de santé ont été confrontés à ce type d'événement et que ceux-ci « peuvent, à l'inverse, amener les soignants à justifier des gestes euthanasiques ».

446 Les pratiques homosexuelles dans les toilettes publiques faisaient alors l'objet d'une sévère répression et, en cas d'arrestation, les conséquences pour les participants pouvaient être désastreuses : publication nominale dans la presse, perte d'emploi, rupture familiale...

447 L'enquêteur lui-même, pour mener sa recherche, endossa un rôle spécifique : la « folle qui guette ».

cibler des « têtes à faire tomber », en l'occurrence, « ceux qui se "distinguent" en publiant, en envahissant les médias, et surtout ceux qui enseignent dans les multiples écoles non-médicales » (BAILLY, 2005, p. 100). Depuis, le président de l'IFE, J-P. Moureau, a été invité sur des plateaux TV, des praticiens ont été interviewés pour le journal télévisé ou la presse locale, d'autres facultés libres ont été ouvertes, des stands sont tenus lors des salons étudiants... et cela n'a suscité aucune attaque de l'Ordre ou d'un syndicat de médecins à notre connaissance. À la fin des années 1990, le syndicat national des médecins ostéopathes (SMO) avait déjà tenté de faire interdire les enseignements délivrés par la faculté d'étiopathie de Paris, au motif que l'étiopathie relèverait de l'ostéopathie et, par conséquent, du monopole médical. En vain : « Le tribunal, dans sa sagesse, a constaté que l'étiopathie n'est pas l'ostéopathie et, surtout, que cette dernière discipline n'en est pas une puisqu'elle "ne fait actuellement l'objet d'aucun enseignement universitaire sanctionné par un diplôme, de sorte qu'elle ne peut bénéficier d'aucune protection à ce titre". En foi de quoi, le 28 mai 1997, le SMO a été débouté de l'ensemble de ses demandes et condamné aux dépens. Le SMO fait appel de cette décision, qu'il avait pourtant sollicité » (RIME 22, 1997, p. 3). Le syndicat perd en cassation en 1999 et se voit condamné à verser une somme de 10 000 francs à la faculté d'étiopathie de Paris. Une copie du chèque est toujours encadrée dans le hall de la faculté libre de Rennes, en guise de trophée ; de quoi rassurer les étudiants potentiels venus visiter les locaux. Les ostéopathes ont par ailleurs été reconnus officiellement, ce qui laisse espérer qu'à terme il en soit de même pour les étiopathes, ou, à tout le moins, que ces derniers puissent bénéficier d'une légitimité accrue. Enfin, les aspirants étiopathes ont pu constater combien les praticiens étaient loin, très loin d'exercer dans l'ombre. Au contraire, ils apposent une plaque affichant leur qualité « d'étiopathe », recourent parfois à un secrétariat, disposent d'un annuaire, d'un registre national et d'un site internet répertoriant leurs cabinets, ils informent parfois de leur installation dans des médias locaux etc. Ainsi l'illégalité du métier ne semble guère avoir constitué un motif d'hésitation au moment de s'engager dans le cursus⁴⁴⁸. Et, contrairement à ce qu'a pu avancer la mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), qui a consacré une partie de son rapport de 2010 à l'étiopathie, les étudiants et, le cas échéant, leurs parents, étaient très conscients du statut de l'étiopathie⁴⁴⁹. Ce point est abordé dès l'entretien préliminaire avec le directeur de la

448 Rappelons que la plupart d'entre eux avaient d'abord connu l'étiopathie en tant qu'utilisateur, et que les autres avaient généralement effectué des stages d'observation en cabinet.

449 Le rapport de la Miviludes prétend en effet qu'« il n'est pas rare que les dispositifs de formation aux PNCAVT [pratiques non-conventionnelles à visée thérapeutique] cherchent à entretenir la confusion quant à la "reconnaissance" dont ils prétendent être l'objet. Ainsi, la simple déclaration en préfecture à laquelle ils sont astreints est souvent présentée dans des termes qui laissent penser qu'il s'agit d'un agrément ou d'une validation de la part de l'administration, ce qui n'est en aucune façon le cas » (MIVILUDES, 2010, p. 165). Les travaux de la Miviludes ne reposent sur aucune enquête sérieuse et ont déjà fait l'objet de multiples critiques de la part de chercheurs, comme l'anthropologue Nathalie Luca (Luca, 2006), qui a démissionné de la mission en 2006. Pour le sociologue Olivier Bobineau, la Miviludes endosse « le rôle d'une police administrative des esprits », dont « la seule

FLEB, auquel aucun étudiant n'échappe : « *C'est une manière de faire en sorte que les étudiants qui s'inscrivent chez nous le fassent en connaissance de cause. Je leur explique tout : je leur dis qu'on est illégaux, que les médecins nous veulent du mal, que notre statut est en cours, mais que ce n'est pas fait* ».

Si les étioopathes n'ont pas à se « cacher » pour exercer leur métier, ces derniers font globalement « profil bas ». On a déjà mentionné plus haut la question de la publicité, interdite par la charte de l'étiopathie et source de déboires judiciaires (voir la note de bas de page n°433, p. 283). Mais surtout, les praticiens n'entrent pratiquement jamais en contact avec les membres de la profession médicale⁴⁵⁰. Leur situation d'illégalité tend ainsi à prévenir tout engagement du dialogue⁴⁵¹. Il y a pourtant tout lieu de penser que, dans la plupart des cas, leur présence n'échappe pas aux médecins des environs : outre le fait qu'ils ne se « cachent » pas pour exercer, on a vu au chapitre 4 qu'il n'est pas rare que les usagers parlent d'eux à leur médecin. En d'autres termes, les étioopathes se trouvent dans la situation paradoxale de ne pas pouvoir se manifester auprès des médecins, de quelque façon que ce soit, alors même que, dans la plupart des cas, leur intervention auprès des patients est sans doute parfaitement connue. Ainsi, pour accéder à des examens complémentaires qu'ils ne peuvent ni prescrire ni faire prescrire, mais qui s'avèrent parfois nécessaires (le plus souvent des radiographies, « *en cas de chute* [précise par exemple Karine], *ou des fois sur des os qui ne sont pas très accessibles* »), ils sollicitent le client lui-même, tout en évitant de lui fournir le moindre écrit, susceptible de constituer un élément à charge⁴⁵².

« Nous on nous avait toujours dit : "vous n'écrivez jamais sur un papier ce que vous faites ! Puisque ce sera forcément lu par des médecins. Vous savez très bien qu'on n'est pas médecins et que ça se retournera contre vous !" »
(Nathalie, étioopathe en exercice depuis 15 ans)

logique est la recherche de boucs émissaires » (Sources : <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-nos-vies-connectees/20090608.RUE0793/lutte-contre-les-sectes-la-miviludes-police-des-esprits.html>, page consultée le 25 août 2019). Quant à Raphaël Liogier, sociologue et directeur de l'Observatoire du religieux, il oppose « deux communautés de hauts fonctionnaires » au sein de la lutte contre les dérives sectaires : celle du ministère de l'intérieur (le Bureau central des cultes), à qui il associe « la culture du terrain », et celle de la Miviludes, « offensive et sourde à la critique, retranchée à Matignon » (Source : Liogier, R. (03/03/2008). « Révolution culturelle dans la lutte antisectes », *Le Monde*).

450 À l'exception de quelques uns, dont on a vu qu'ils pouvaient collaborer avec des « cabinets médicaux ». La teneur de ces partenariats, qui posent éminemment question, reste à préciser.

451 Dans un sens comme dans l'autre, car la collaboration avec un étioopathe peut aussi comporter des risques pour les médecins, notamment en vertu de l'article R.4127-30 du code de la santé publique relatif à la complicité d'exercice illégal de la médecine : « est interdit toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ».

452 Sans pouvoir me fournir plus de détail, une enquêtée m'a ainsi expliqué qu'un praticien s'était fait poursuivre après avoir transmis ses soupçons sur papier et souligné la nécessité de procéder à des examens complémentaires. Inversement, les praticiens rencontrés tendent à conserver des notes de tout ce qu'ils font et disent aux clients, afin de pouvoir opposer des éléments tangibles en cas de procédure judiciaire.

« Je me méfie des écrits tu vois, vaut mieux pas... Parce qu'après les médecins, t'as un truc écrit euh... Ça on nous l'avait appris en tout cas – ou je sais plus si je l'avais appris au cours d'un stage – mais en tout cas tu vas pas écrire. Si je leur dis "j'ai besoin d'une radio au niveau des lombaires, ou du rachis, ou du sacro-iliaque", [les clients peuvent répondre] "comment vous avez dit ? Vous pouvez me l'écrire ?" "Non non non ! Tu dis au médecin que t'as mal en bas du dos et qu'il faudrait une radio de cette zone". »

(Lionel, étiope en exercice depuis 5 ans)

Certains praticiens tendent cependant à renoncer aux examens. *« Des fois on en a besoin, mais moi j'ai pas trouvé le moyen d'en obtenir facilement [regrette George]. C'est assez compliqué s'ils n'en ont pas déjà. C'est compliqué de les renvoyer chez leur médecin traitant et de les faire revenir avec un examen. Généralement je demande pas parce que je sais que c'est très compliqué »*. Et si leur situation d'illégalité empêche les étiope de accéder à certains éléments, inversement, elle complique aussi la transmission d'informations aux médecins. Un ancien étiope, désormais ostéopathe, explique ainsi le « confort » qu'a représenté son changement de statut. Dorénavant, qu'il soit légitime ou non aux yeux des médecins, celui-ci a voix au chapitre, au moins dans une certaine mesure. Il peut en effet se permettre d'exprimer son désaccord et, de ce fait, il engage davantage la responsabilité des autres professionnels de santé.

« Pendant dix-sept ans j'ai travaillé en exercice illégal de la médecine. Depuis qu'on ne l'est plus, c'est quand même un super confort, parce qu'on peut se permettre de faire des courriers aux médecins. Avant on ne pouvait pas. Quand ils veulent pas faire des examens, quand ils passent à côté, quand ils traitent les gens de barjos, qu'ils refusent de faire des examens en disant "c'est dans votre tête, vous êtes dépressif, prenez un peu d'anti-dépresseurs...", moi je fais un courrier, je dis "je pense que ci, que ça", et du coup ça met leur responsabilité en jeu, ils font les examens. J'aurais fait ça avant, j'aurais eu l'Ordre des médecins : "bon, vous avez le médecin Untel qui porte plainte contre vous, vous avez fait un diagnostic..."

(Victor, ancien étiope formé à l'ISLEM de Paris, devenu ostéopathe et membre de l'AFO)

On ne peut en définitive que rejoindre la conclusion de L. Humphreys au sujet la contre-productivité de la législation : de la même façon que la répression des pratiques homosexuelles furtives, en plus d'être inefficace, a pour effet de renforcer la nécessité du secret et, au final, de contraindre les participants à passer à l'acte « dans les conditions les moins acceptables pour la société » (HUMPHREYS, 2007, p. 177)⁴⁵³, la législation en vigueur, officiellement destinée à protéger la population plus que le monopole médical en lui-même, a pour conséquence de nuire en premier

453 D'après Humphreys, les codes permettant aux participants de communiquer dans le silence et les protections mises en place pour se prémunir contre les personnes de l'« extérieur » font qu'il est impossible qu'un quidam soit impliqué contre son consentement et même hautement improbable qu'il assiste fortuitement à un spectacle relevant de l'intimité. « Les seuls effets nocifs, directs ou indirects, proviennent de l'activité de la police. Chantage, rançon, destruction de réputations et de familles, tout cela résulte de l'intervention de la police sur la scène des tasses » (HUMPHREYS, 2007, p. 175) (les « tasses » désignant ici les toilettes publiques).

lieu aux usagers, en contraignant les étiopathes à travailler dans de mauvaises conditions. Cette situation apparaît d'autant plus ubuesque que certains des étiopathes enquêtés ont assuré que des médecins leur envoyaient des clients :

« Les médecins [des environs] je connais pas trop. Je sais qu'il y a des médecins qui m'envoient du monde, et d'autres pas. Mais je les connais pas trop. [...] C'est lorsque c'est vraiment très net que c'est mécanique : une entorse de cheville... Ils ne vont pas m'envoyer des cas heu... Enfin c'est souvent des cas simples, mécaniques. »

(Karine, étiopathe en exercice depuis 4 ans)

"Moi j'ai quand même pas mal de médecins qui m'envoient du monde. Ils ont appris par des patients en fait, à force que les patients parlent... Des fois j'ai des médecins qui m'envoient du monde mais je ne les connais pas ! "Docteur X, Saint-Lô? Connais pas...", "ah ben si, il m'a dit de venir vous voir !". Donc en fait c'est les patients qui parlent, et les médecins ils appellent même pas pour savoir qui t'es, ils font confiance aux patients... C'est un peu moyen ! Enfin y en a un qui m'a appelée un jour pour savoir ce que je faisais sur les hernies discales. Il m'a dit "ah intéressant ! Mais faudrait vous les envoyer avant de les envoyer à la chirurgie !" Donc du coup il m'a envoyé plein de monde après. Et une fois un médecin de [une commune] il m'a envoyé sa femme, et après toutes les semaines j'avais deux trois patients de sa part. Je pense que j'ai réussi à résoudre le problème de sa femme ! »

(Nathalie, étiopathe en exercice depuis 15 ans)

« Quelques uns, mais de manière un peu sporadique, ponctuelle. Je sais qu'il y a d'autres cabinets où les médecins en envoient. Moi j'ai un cabinet médical plutôt hostile ici. J'ai des propos rapportés par les patients qui me font savoir qu'une bonne partie des médecins autour sont de froids réfractaires. »

(Simon, étiopathe en exercice depuis 9 ans)

L'analyse de ces collaborations « sous-marines », et plus généralement le rapport des médecins aux thérapies non-conventionnelles, mériterait largement d'être approfondie. La profession médicale ne constitue pas un ensemble homogène mais bien plutôt un conglomérat de « segments », sous-groupes porteurs d'une identité et de conceptions spécifiques vis-à-vis de leurs pratiques⁴⁵⁴. Il n'est donc pas impossible que l'on puisse observer des divergences profondes entre certains de ces segments, notamment ceux qui constituent la « première offre » décrite par J. Peneff – les généralistes libéraux, condamnés à « trouver des solutions rapides face à la pression des patients » et qui « [tâtonnent] dans la recherche d'alternatives » (PENEFF, 2005, p. 279-281) – et ceux qui constituent la deuxième : hospitaliers, spécialistes et chercheurs du CHU, supérieurs hiérarchiques et seuls garants de la médecine « scientifique ». On a déjà relevé au chapitre 5 (voir la note de bas de page n°351, p. 232) que les généralistes libéraux respectent peu les recommandations

⁴⁵⁴ « On ne s'attend pas dans ce monde à ce que les membres d'une profession aient les mêmes intérêts : l'important c'est qu'ils en persuadent l'extérieur, les professions sont un conglomérat lâche de segments réunis sous le même drapeau » (BÜCHER & STRAUSS, 1992, p. 68).

de bonnes pratiques concernant le diabète de type 2, du fait de leur inadaptation à la réalité de leur quotidien (BACHIMONT ET AL., 2006). Il n'est pas impossible que, de la même manière, les généralistes soient beaucoup plus nombreux à réorienter leurs clients vers des praticiens alternatifs, voire à instaurer avec eux des « partenariats » informels⁴⁵⁵. Cette fraction dominée du corps médical serait ainsi, d'une certaine manière, victime d'un monopole qui profite davantage aux fractions dominantes.

Conclusion du chapitre 6 :

Quoique encore illégal, le métier d'étiopathe présente bien des attraits. Cantonné à la prise en charge de troubles non-urgents, il présente le double avantage d'être à la fois relativement accessible – en témoigne l'arrivée dans le métier de personnes au départ très éloignées de l'exercice de la médecine – et particulièrement rentable sur le plan économique et symbolique, précisément parce que la « non-urgence » – répétons-le – peut tout à fait désigner des « urgences » ou du moins des problèmes considérables aux yeux des clients. Les praticiens parviennent ainsi à occuper une place valorisante et valorisée (ne serait-ce qu'économiquement) où, quoiqu'en disent les médecins (ou plus précisément l'Académie nationale de médecine), ils interviennent sur le plan curatif⁴⁵⁶. La relative attractivité de cette position contribue sûrement à expliquer l'explosion des effectifs des ostéopathes à partir des années 2000. Ce chapitre n'a toutefois étudié qu'une partie de la valorisation symbolique des étiopathes. Il laisse en effet de côté toute la rhétorique développée par les praticiens pour se légitimer non seulement vis-à-vis des médecins officiels, mais également vis-à-vis des autres thérapeutes manuels (notamment des ostéopathes et des chiropracteurs, avec qui les usagers tendent à les confondre). Cette rhétorique, qui contribue à la croyance des étiopathes qu'ils représentent des praticiens d'exception, sera l'objet d'étude du septième et ultime chapitre.

455 Cela est d'autant plus probable que, comme on l'a vu au chapitre 5, les généralistes sont les premiers à s'investir dans les médecines non-conventionnelles.

456 Un rapport de 2013 de l'Académie nationale de médecine introduit en effet son propos par une forme de dénégation du travail proprement curatif des thérapeutes non-conventionnels, en le cantonnant au rang des soins « complémentaires » : « La terminologie employée pour désigner l'ensemble de ces pratiques est riche et reflète des conceptions différentes : médecines douces, médecines naturelles, médecines alternatives, médecines complémentaires, thérapies complémentaires, soins de support, sans oublier le terme de "patamédecine" (MF Kahn) qui fustige la nocivité de certaines initiatives prises par intérêt financier, dérèglement psychique, aberration scientifique, parfois dans le cadre d'une dérive sectaire. De ces termes en usage, thérapie complémentaire nous semble le meilleur car il évite l'appellation tout à fait injustifiée de "médecines" et implique que ces pratiques ne sont que de possibles compléments aux moyens de traitement qu'offre la médecine proprement dite, à laquelle elles ne sauraient se comparer ni se substituer » (BONTOUX ET AL., 2013).

Chapitre 7

Se faire une place : une question de Principes

Ainsi qu'on l'a vu tout au long de la seconde partie de ce travail, les étioopathes se cantonnent à la prise en charge de troubles « non-urgents ». Dans ces conditions, comment les praticiens s'y prennent-ils pour rendre leur métier valorisant ? Et comment s'y prennent-ils pour revendiquer une compétence spécifique, qui justifierait qu'on leur reconnaisse une autonomie et non qu'on les place sous la tutelle des médecins, à l'instar des personnels paramédicaux ? La situation des étioopathes est d'autant plus épineuse que ces derniers se voient contraints de se démarquer des ostéopathes, dont l'exercice apparaît très proche, et qui bénéficient d'une meilleure visibilité. Dans ce dernier chapitre, on montrera que les étioopathes concentrent l'essentiel de leur discours de légitimation sur l'originalité de leur diagnostic, en l'occurrence axé sur la « recherche de la cause », et que ce diagnostic « causal », dont les fondements théoriques et méthodologiques sont exposés dans les *Principes fondamentaux* de C. Trédaniel, est au principe d'un renversement symbolique qui positionne ces praticiens non-conventionnels « à la pointe de la médecine scientifique » (pour reprendre l'expression du président de l'IFE⁴⁵⁷). On verra d'abord qu'à travers cette relecture étiologique, les étioopathes en viennent à effectuer une remise en cause plus ou moins importante des diagnostics médicaux. Puis, on verra que les *Principes fondamentaux* s'inscrivent dans une critique à la fois épistémologique et « sociologique » de la médecine. En effet, dans le prolongement de l'antagonisme entre une approche médicale classique « symptomatique » et l'approche étioopathique « causale », les étioopathes en viennent à se dépeindre comme les représentants d'une médecine véritablement scientifique, opposés à une médecine officielle « magique » qui répondrait à un besoin d'ordre « métaphysique » ou « religieux »⁴⁵⁸. On verra ensuite que pour parachever leur entreprise de distinction, notamment vis-à-vis des autres thérapeutes manuels, les praticiens se réunissent autour de leur propre figure fondatrice : C. Trédaniel, qu'ils dotent au passage de qualités exceptionnelles. On verra enfin que si la critique épistémologique de la médecine officielle est éminemment valorisante pour les étioopathes, elle présente le risque de desservir leur quête de légitimité en alimentant une fausse opposition entre les praticiens. Ce risque, cependant, reste

457 Voir l'extrait de son discours de clôture de la cérémonie de remise des diplômes de 2015, p. 69.

458 À l'instar de Samuel Hahnemann et son homéopathie opposée à « l'allopathie » (FAURE, 2015), C. Trédaniel (et d'autres à sa suite, notamment J-F. Gautier) a élaboré une bipolarité opposant son propre système de pensée – l'*étioopathie*, la « cause de la souffrance » – à celui des autres médecines, qui ne s'intéresseraient au fond qu'au symptôme.

modéré dans la mesure où elle consiste surtout en un discours d'auto-légitimation, peu utilisé en dehors du cercle étiopathique.

1. Discuter la médecine : une relecture étiologique

Si les étiopathes reconnaissent volontiers partager des techniques de manipulation avec d'autres praticiens, notamment les ostéopathes et les chiropracteurs, c'est pour mieux revendiquer ensuite la spécificité de leur approche sur le plan diagnostique. « *Sur la manipulation, on va être très clair [explique ainsi un étiopathe entendu en entretien, en exercice depuis huit ans] : les ostéopathes ils ont les mêmes, et ils sont pas moins bons que nous. Par contre, la méthode de réflexion, d'analyse raisonnée des phénomènes, ça c'est vraiment spécifique, et c'est toute la force de l'étiopathie* ». « *Les manipulations sont universelles même si on les complète avec le temps [renchérit un autre praticien, en exercice depuis 40 ans]. C'est la façon dont on les fagote qui importe. Still [le "fondateur" de l'ostéopathie] a fait une compilation des rebouteux de l'immigration, il lui a manqué un petit quelque chose pour en faire une médecine* ». Les concepts contenus dans les *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique*, décrits dans le chapitre 3, fournissent la trame et la justification théorique de cette approche. La terminologie contribue d'ailleurs en elle-même à faire exister la singularité du « diagnostic étiopathique » : « lésion étiopathique primaire » et « secondaire », « suite étiopathique », « phénomène lésionnel », « phénomène directeur », « phénomène extérieur », « potentiel génétique originel » ou « PVO », « potentiel vital actuel » ou « PVA », « somme pathologique », « principe de similitude » etc. Au final, l'étiopathie est moins décrite comme une « thérapie manuelle » que comme une « méthode de raisonnement » à part entière. Dès lors, les *Principes fondamentaux* constituent en quelque sorte la « bible » de l'étiopathe. Les rééditions successives (8 éditions entre 1979 et 2015) témoignent du statut tout particulier de l'ouvrage, destiné à garnir les bibliothèques personnelles des aspirants praticiens⁴⁵⁹. Lorsque les cabinets visités comprenaient une bibliothèque, l'ouvrage de C. Trédaniel était généralement visible. En étiopathie, la construction des savoirs consiste en une relecture étiopathogénique des phénomènes pathologiques à l'aune de ces *Principes*, dont l'apprentissage est sanctionné par un premier certificat dès la deuxième année, puis par un second lors de la quatrième année. Chaque année et jusqu'à la cinquième année, les étudiants se voient dispensées plusieurs

459 À titre de comparaison, les autres livres écrits par des étiopathes n'ont pour la plupart été édités qu'à deux reprises. L'unique ouvrage ayant fait l'objet d'une troisième réédition (ouvrage « grand public » excepté) est *L'Introduction à la chimie* de Daniel Woehrling, qui a été rédigé pour les étudiants.

centaines d'heures de sémiologie médicale, ici qualifiée de « nosographie contemplative » par M. Bretin, le directeur de la FLEB, précisément parce que l'objectif de l'étiopathe est de remonter à la cause des maladies identifiées à travers cette sémiologie.

M. BRETIN : « Dès la première année on a un médecin, ici, qui enseigne la sémiologie médicale ; donc cette nosographie contemplative qui nous est assez peu utile mais qui fait partie du langage utilisé quand on s'intéresse à l'activité médicale. Nos patients, quand ils parlent, ils utilisent les termes de la sémiologie médicale. Quand on lit des comptes-rendus, on lit de la sémiologie médicale. Donc on connaît ces termes. Il y a à peu près 300 heures de sémiologie médicale par an pour chaque promotion. Tout le monde a de la sémiologie médicale, jusqu'à la fin de la cinquième année. [...] On voit toute la sémiologie médicale. Alors on ne la voit pas au lit du malade, on n'est pas un CHU... Mais les étudiants entendent parler de tout. Et donc on vérifie que ce dont ils ont entendu parler ils sont capables soit de le reproduire, soit d'en parler... Donc ils ont des examens de sémiologie qui sont extrêmement redondants et qui émaillent en fait tous les modules. À la fin de chaque module ils ont un examen.

ENQUÊTEUR : Donc à ce niveau-là, vous apprenez en gros les mêmes choses qu'en faculté de médecine ?

M. BRETIN : Oui, on comprend les compte-rendus qui nous parviennent, bien sûr. L'obscurantisme médical ne nous est pas étranger ! »

La construction de la compétence étiopathique repose ainsi sur une incursion frontale dans les connaissances médicales (ou « l'obscurantisme médical ») dont la littérature représente une vaste base de données à exploiter ou à réexploiter⁴⁶⁰. « La littérature clinique possède déjà un immense réservoir d'observations qui attendent d'être traitées et classées méthodiquement », écrit C. Trédaniel (préface de *Logique et pensée médicale*, 1991, p. 11-12). « Si on veut faire de l'étiopathie, on a le problème de comprendre les effets d'une pathologie, les effets à distance, par voie nerveuse ou humorale. Donc à un moment donné, il faut essayer d'expliquer ce cheminement. Donc ça passe par l'anatomie, par la physiologie... », explique encore Daniel, enseignant en faculté libre d'étiopathie. Parmi les matières fondamentales, l'anatomie tient une place de choix pour des praticiens dont le travail consiste à réduire manuellement des désordres structuraux. « C'est en nous appuyant en premier lieu sur l'anatomie, qu'elle soit macro ou microscopique, qu'il nous sera permis de comprendre la raison d'être de nouveaux phénomènes pathologiques et, en connaissance de cause, de pouvoir utiliser les techniques propres à y remédier », soutenait C. Trédaniel (TRÉDANIEL, 1999). La discipline émaille la majeure partie du cursus étiopathique, et sa maîtrise est sanctionnée par un premier puis par un second certificat, obtenu au terme de la quatrième année, après un examen oral de 45 minutes. Les facultés libres d'étiopathie s'efforcent même de faire pratiquer des dissections à leurs étudiants – ceux de Rennes ont pu en réaliser au Centre d'études et de

460 À ce titre, le directeur de la faculté libre d'étiopathie de Bretagne expliquait en 2017 vouloir équiper l'établissement d'un accès à Medline, une base de données bibliographiques de médecine et de biologie.

Recherches en Anatomie de Nantes (CERAN), ceux de Paris au Centre Universitaire des Saints-Pères – et, auparavant, ces derniers avaient la possibilité d'intégrer dès leur troisième année le DU d'anatomie clinique au CHU des Saints-Pères (ils doivent à présent avoir obtenu leur titre pour prétendre à cette formation). Dans la bibliothèque de la FLEB, l'anatomie est de loin la discipline la mieux représentée. Le directeur de la FLEB explique privilégier les traités anciens car ils seraient plus précis :

« On essaye de privilégier les traités jusqu'au Paturet en quelque sorte – le Paturet c'est un traité d'anatomie de 1957 jusqu'à 1960 – mais il y a eu de choses à peu près correctes qui ont été faites après. Il fut un temps où les rédacteurs des traités d'anatomie s'étaient adjoints des graveurs. Chaque anatomiste avait son graveur, ce qui fait une imagerie, une iconographie qui est extraordinaire pour l'apprentissage, pour la visualisation. Il y avait un vrai talent de dessinateurs, des artistes du dessin, ce qui permet à l'anatomie de rentrer bien mieux. Jusqu'au milieu des années 1960 on avait effectivement ces traités. On les a tous, ces traités d'anatomie, ici. Ils y sont tous. Et donc en l'occurrence, après, c'était moins bien. Alors y a le Netter peut-être, mais le Netter ça ressemble plus à du coloriage... C'est moins précis, c'est à cause de la qualité des dessins. Alors bon, Netter s'en sort plutôt bien, mais il n'y en a pas trente-six. Et tout ce qui est des photocopiés distribués en médecine, je sais pas comment ils peuvent apprendre leur anatomie. C'est du dessin qu'est digne du brevet des collègues quoi... Vraiment hein ! C'est très très mauvais. Alors on a aussi pas mal d'ouvrages japonais, les Rohen-Yokochi, qui sont des photos de dissection. Ça aussi c'est intéressant. »
(M. Bretin, directeur de la FLEB)

La rubrique « au courrier » de la *RIME* n°20 délivre à ce titre quelques conseils bibliographiques : elle indique qu'un traité comme le *Rouvière*, essentiellement « topographique », pourra s'avérer utile pour le chirurgien chargé d'intervenir sur un organe précis, mais « apparaît gravement incomplet à l'usage du généraliste, notamment dans l'étude de l'appareil neurologique et de ses ramifications ». En revanche, pour l'étiopathe, qui « a plus besoin d'étudier les systèmes que les régions », la *RIME* recommande plutôt les traités de Poirier ou de Testut, ou encore ceux de Sappey ou Cruveilhier. « Ces anatomistes ont en effet pris la peine d'étudier et de détailler les innervations articulaires, ligamentaires, musculaires, organiques et surtout vasculaires qui, seules, permettent de déchiffrer la plupart des processus pathogéniques rencontrés en consultation ». La revue recommande encore les traités de neurologie de Hovelacque, de Delmas et Laux, de Lazorthes ou de De Ribet. Bon nombre des dessins reproduits dans les articles de la *RIME* sont issus de ces différents ouvrages. En revanche, un traité plus récent comme le *Kamina* se voit qualifié de « fautif » et « d'incomplet » – ce qui ne l'empêche pas d'être présent dans la bibliothèque de la FLEB⁴⁶¹. Les étiopathes entendent donc se distinguer des médecins par leurs usages de la

461 C. Gaubert rapporte que, chez les étudiants en kinésithérapie, le *Rouvière*, le *Kamina* et les *Brizon et Castaing* – qui datent respectivement des années 1920, 1980 et 1950 – figurent parmi les ouvrages les plus cités (GAUBERT, 2006, p. 597). Il est donc possible que les ouvrages de référence varient d'un espace à l'autre. Il faudrait néanmoins étudier

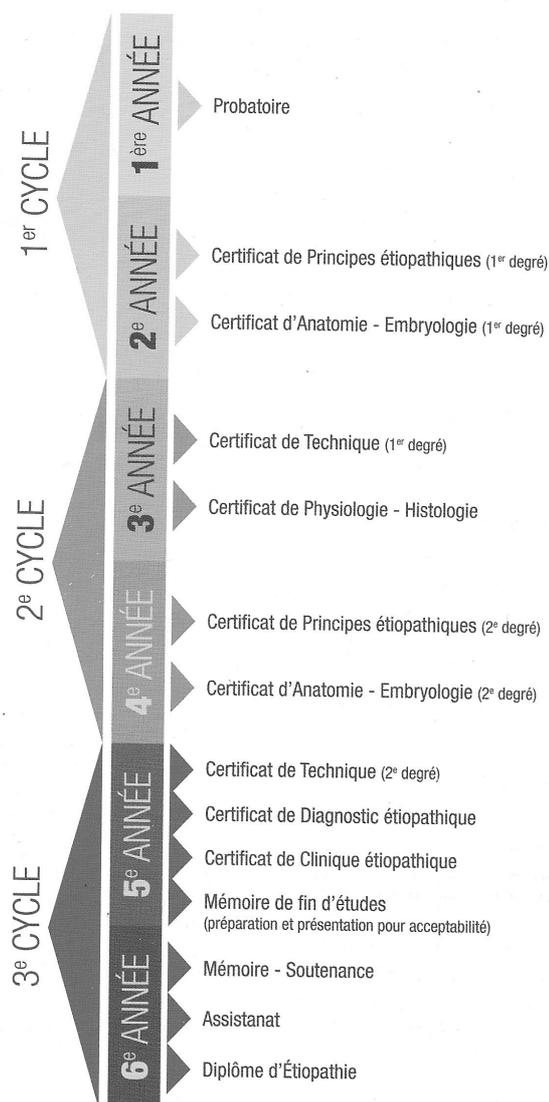
science anatomique, non seulement au niveau des ouvrages de référence, mais également au niveau de la place qu'un thérapeute digne de ce nom doit accorder à la discipline. En effet, certains praticiens accusent les facultés de médecine de l'avoir progressivement délaissée. Pour le directeur de la FLEB, « *l'activité médicale en est déconnectée* ». Et dans un article pour la revue *Éléments*, J-F. Gautier, qui a enseigné dans les facultés libres d'étiopathie entre 1990 et 2002, déplorait également « l'abandon de l'étude de la localité du pathos : l'anatomie n'est plus qu'une matière à concours de première année, limitée aux membres supérieurs et inférieurs, et souvent à la moitié seulement. Et encore : seuls subsistent les enseignements des pièces osseuses, des articulations, éventuellement des masses musculaires, mais le viscéral, le neural et le vasculaire n'existent apparemment plus comme sources de problèmes physiquement situés » (GAUTIER, 2013). De fait, au sein des facultés de médecine, l'anatomie est loin d'occuper une place primordiale : au fil du cursus, « les matières fondamentales laissent la place à l'enseignement de la séméiologie et de la thérapeutique. À ce moment commence l'apprentissage des "maladies", enseignées selon une typologie qui recouvre globalement les spécialités médicales » (HARDY, 2013, p. 178). La méthode d'évaluation de l'anatomie, du moins lors de la première année (PACES), est celle du questionnaire à choix multiples. Quant aux séances de dissection, elle « tendent à disparaître des facultés de médecine, qui usent d'autres artifices pour objectiver les corps humains, en un temps où l'approche des corps et leur contact n'apparaissent plus aussi indispensables au raisonnement clinique » (HARDY, 2013, p. 178)⁴⁶². En fait, le caractère central de l'anatomie en étiopathie traduit sa contiguïté avec la kinésithérapie. En effet, « cette discipline (ou cet ensemble de disciplines associées, anatomie, morphologie, cinésiologie) [...] constitue (historiquement) le socle "théorique" de la compétence technique du kinésithérapeute et ne peut être ouvertement critiquée sans risquer de mettre en cause la valeur relative des kinésithérapeutes dans le champ de la santé. Il est alors plus difficile à un élève de ne pas perdre la face quand il est "nul en anatomie" » (GAUBERT, 2006, p. 575). En accordant simultanément une large place à l'anatomie et à la sémiologie médicale, le cursus étiopathique apparaît finalement au croisement de la formation en kinésithérapie et de la formation en médecine (au moins sur le plan théorique). Cette alliance des disciplines met en relief la proximité des étiopathes avec les kinésithérapeutes sur le plan thérapeutique (en témoigne la mobilisation par les étiopathes des travaux de « pères de la kinésithérapie » ; voir l'encadré n°7 : Les « oubliés de la médecine » : Leriche, Stapfer et les autres, p. 320), et, dans le même temps, elle manifeste leur volonté de se démarquer de ces paramédicaux, en s'invitant sur des terrains

les usages réels de ces traités par les étudiants en étiopathie, au-delà des recommandations des enseignants (recommandations en l'occurrence déclarées à l'enquêteur en situation d'entretien).

462 En 2002, E. Voiglio et ses confrères notaient également que les « dissections anatomiques sont menacées de disparition pour des raisons diverses (manque de corps, réduction des surfaces attribuées à l'anatomie, risque de contagion...) » (VOIGLIO ET AL., 2002).

normalement réservés aux médecins, comme la construction des savoirs (en matière de pathologie et de thérapeutique) et la formulation des diagnostics. En d'autres termes, et pour reprendre la classification établie par Freidson (1984), elle révèle l'ambition des praticiens de se saisir en tant que « professionnels » – c'est-à-dire en tant que thérapeutes bénéficiant d'une autonomie technique – d'une activité ordinairement dévolue à des « para-professionnels ».

LE CURSUS



LES FACULTÉS D'ÉTIOPATHIE

Les établissements sont constitués en associations à but non lucratif, soumis au régime de la loi du 1^{er} Juillet 1901 et de son décret d'application.

1981

Création de la Faculté d'Étioopathie de Paris (FEP)

1986

Création de la Faculté d'Étioopathie de Bretagne (FEB)

1996

Création de la Faculté d'Étioopathie de Toulouse (FET)

2004

Création de la Faculté d'Étioopathie de Lyon (FEL)

Les nouveaux diplômés peuvent ensuite soutenir une thèse de Doctorat en Étioopathie devant les hautes instances de l'Étioopathie.

Illustration 10 : Les matières enseignées aux étudiants en étiopathie

LES MATIÈRES FONDAMENTALES ENSEIGNÉES AUX ÉTUDIANTS

- | | | |
|--|--|---|
| › Histoire de la médecine et de la chirurgie non-instrumentale | › Chimie - Biochimie | › Endocrinologie |
| › Systémique - Cybernétique | › Biologie | › Histologie |
| › Physique Fondamentale - Mécanique | › Génétique - Évolution | › Embryologie |
| › Principes fondamentaux de l'Étiopathie - Épistémologie - Méthodologie - Statistiques | › Morphologie - Typologie - Anthropologie | › Anatomie générale - anatomie palpatoire |
| › Terminologie | › Physiologie articulaire | › Anatomie du système nerveux |
| | › Physiologie générale et Physiologie du système nerveux | › Bactériologie - Virologie - Parasitologie |
| | | › Radiologie - Imagerie médicale |

La cinquième année, qui marque la fin des enseignements sous forme de cours, est celle de la délivrance de trois certificats censés attester de la capacité du praticien à exercer en cabinet en autonomie : les certificats de « clinique étiopathique », de « diagnostic étiopathique »⁴⁶³, et, enfin, de « technique ». C'est également celle du choix du sujet pour le mémoire de fin d'études, auquel les étudiants consacrent leur sixième et dernière année (souvent en parallèle de remplacements en cabinet)⁴⁶⁴. Ainsi que l'indique la liste des intitulés de 46 des 54 mémoires soutenus au terme de

463 Comme le note C. Gaubert, « le choix des termes a son importance » (2006, p. 245), et, dans le cas de l'étiopathie, c'est bien la notion de « diagnostic » qui est omniprésente, et non l'une de ses versions euphémisées, comme celle de « bilan », empreinte de reconnaissance du monopole médical. Par exemple, si les modifications apportées en 2000 au décret relatif aux actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes (dit « décret de compétence ») ont donné droit de cité au « diagnostic kinésithérapique » dans la littérature professionnelle (« ce qui tout à la fois l'assimile au diagnostic médical et l'en distingue »), les textes de loi ne retiennent qu'un « bilan-diagnostic kinésithérapique » (GAUBERT, 2006, p. 244-245). Dans son travail sur les ostéopathes, É. Bailly rapporte également que certains praticiens, aux prises avec la justice, ont fait valoir que leur production se limitait à de simples « bilans » : « pour que leurs actes ne soient pas assimilés au diagnostic, les ostéopathes non-médecins ont développé un vocable spécifique pour définir leurs actions devant les tribunaux. Ils parlent ainsi de "bilan biomécanique", de "bilan ostéo-articulaire", ou encore de "bilan ostéopathique" qui consistent non pas à définir une maladie, mais à rechercher les dysfonctionnements pour agir afin de rétablir un équilibre de l'organisme » (BAILLY, 2005, p. 94-95).

464 D'après un praticien ayant démarré son cursus étiopathique à Paris en 1978 ou 1979, les mémoires de fin d'études étaient déjà exigés à cette période (cette exigence doit cependant être relativisée au regard du peu de containte qui semblait s'appliquer jadis aux étudiants, ainsi qu'en témoigne le parcours de M. Bretin. Voir l'encadré n°3 : « M. Bretin, directeur de la FLEB, et précieux soutien », p. 87). Aujourd'hui, il est encore possible de poursuivre en « thèse de doctorat en étiopathie » après le mémoire, mais peu d'étudiants se lancent dans cette voie qui semble n'apporter guère plus qu'un maigre crédit symbolique. La dernière « docteure en étiopathie » était une étiopathe inscrite au RNE dès 2001 et, en septembre 2017, le directeur de la FLEB expliquait « avoir trois thèses sur le gaz ». D'après Pascale, ancienne présidente de l'IFE, se pose également le problème de la correction d'un tel travail : « *On n'a pas le personnel suffisamment pointu pour corriger ce genre de chose. Vous pouvez pas demander à un étiopathe de corriger la thèse d'un autre étiopathe* ».

l'année 2014-2015 (voir l'annexe n°5)⁴⁶⁵, dont pas moins d'une vingtaine démarrent par « approche étiopathique de... », ce mémoire de fin d'études est généralement l'occasion pour les étudiants de formuler, souvent à la suite d'une recherche essentiellement livresque (les étudiants n'ayant pas les moyens, on l'a vu, de réaliser des expérimentations) et à la lueur des *Principes fondamentaux*, des hypothèses sur les causes d'une pathologie et, le cas échéant, de proposer une thérapeutique manuelle. « Le mémoire de fin d'étude d'Étiopathie [précise le règlement national des études (version de septembre 2016)], a pour objet de sanctionner la capacité du futur étiopathe à explorer une question relevant notamment d'une problématique relative à la médecine ou à la biologie, qu'il éclairera de la vision étiopathique ». On lira ci-dessous les propos de deux praticiens évoquant leur propre travail de recherche, ainsi que le résumé d'un mémoire auquel j'ai pu avoir accès.

« En fait on était six à travailler sur un syndrome qui s'appelle le syndrome de Champy-Coujard qui atteint la glande sous-maxillaire, la thyroïde, la glande sénale – enfin le sein –, la surrénale, le pancréas, et les testicules ou ovaires. Et en fait c'est un prof qui nous avait dit "le syndrome de Champy-Coujard il n'a pas été étudié depuis 1940-1945. C'est le docteur Champy et le docteur Coujard, Roger Coujard, qu'avaient vu que ces glandes-là elles sont en relation entre elles. Sauf que personne ne l'a jamais étudié". Donc nous dans ma promo on a tous pris une glande, il y en a six, on a tous pris une glande et on a essayé de faire un travail commun, chacun en systématisant notre glande, et en essayant de voir ce qui relie ces glandes entre elles. On n'a pas eu de réponses, mais y en a qui disaient que c'est peut-être plutôt hormonal, d'autres que c'est peut-être plutôt nerveux mais on n'a jamais découvert les filets nerveux entre ces glandes... »

(Nathalie, étiopathe en exercice depuis 15 ans)

« Moi j'ai toujours été attiré par le ventre. Et quand j'ai découvert la maladie de Crohn, je me suis demandé... La principale question en fait c'est pourquoi ça se focalise préférentiellement à cet endroit-là ? On en trouve sur toute la longueur du tube digestif, mais 95% des cas d'inflammation, d'ulcération caractéristique de la maladie de Crohn, c'est à la jonction entre le petit et le gros intestin. Donc je me suis interrogé là-dessus »

(Patrice, étiopathe en exercice depuis 21 ans)

Ce mémoire vise à établir un lien de causalité entre la position fœtale, la longueur du travail obstétrical et les lésions périnéales.

On note en cabinet d'étiopathie qu'un grand nombre de femmes viennent consulter pour des douleurs périnéales persistantes en post-partum malgré des rééducations périnéales effectuées. En effet, en raison du travail prolongé, les risques d'extraction instrumentales et de lésions traumatiques du périnée augmentent très sensiblement parce que les limites d'adaptation du plancher pelvien et de la statique abdominopelvienne sont dépassées. Les épisiotomies, les déchirures sphinctériennes, en somme les lésions graves du périnée empêchent ces femmes de retrouver "leur vie d'avant". Classiquement, les douleurs passent au second plan au profit d'un travail de rééducation périnéale visant au bon fonctionnement élémentaire de la structure.

⁴⁶⁵ Cette liste fut établie à partir de l'enregistrement de la cérémonie de remise des diplômes du congrès d'étiopathie de Deauville, en juin 2015. La qualité de l'enregistrement étant médiocre, je n'ai pu livrer l'intégralité des intitulés.

Dans le duo mère-enfant, l'allongement du temps de travail est multifactoriel mais certaines positions du bébé y contribuent plus que d'autres. Notre étude concernera les positions communément appelées "tête en bas", c'est-à-dire en variétés céphaliques et tout particulièrement en variétés céphaliques postérieures. L'objectif de ce mémoire sera d'analyser et de démontrer les relations entre la position fœtale, l'allongement du temps de travail et les lésions périnéales sans négliger le rôle de la mécanique obstétricale avec le jeu des positions d'accouchement. Pour finir, nous avons envisagé des hypothèses de traitement et de prévention dans ce contexte de variétés céphaliques postérieures.

(Résumé d'un mémoire de fin d'études intitulé *Variétés céphaliques postérieures et conséquences périnéales. Approche et traitements*)

Le couronnement du cursus étio-pathique consiste ainsi à contribuer aux connaissances étiologiques et thérapeutiques, ou, plus exactement, à formuler des hypothèses sur la base d'éléments anatomiques et physiologiques. Une démarche qui reflète et anticipe le travail du praticien amené à se livrer à diverses expériences thérapeutiques une fois en cabinet, et qui semble contraster avec celle qui prévaut lors de la rédaction des thèses de médecine. En effet, J. Peneff note que les aspects proprement « biopathologiques et anatomo-physiologistes » de ces thèses demeurent « réduits », et il affirme qu'elles consistent plus souvent en un « exercice conformiste » qu'en un véritable travail de recherche :

« [Le contenu des thèses de médecine] est très variable selon les universités. Si on s'amuse à les consulter systématiquement, le moins que l'on puisse constater c'est qu'elles ne sont en rien une initiation à la recherche pour la majorité d'entre elles. En incluant les interminables bibliographies obligatoires, le sommaire et les annexes usuelles de remplissage, on parvient à un document ayant entre 30 à 60 pages (et même moins si l'on ôte les tableaux, les diagrammes, etc.). Mais l'apparence importerait peu si la profondeur du texte – qui en bonne logique devrait échapper à la compréhension du profane – s'imposait. L'aspect purement biopathologique et anatomo-physiologiste que je ne peux juger est réduit par rapport à l'élément socio-démographique ou épidémiologique qui se veut sophistiqué. Or, cet aspect qui représente l'implication de la pratique dans la vie en société est généralement simpliste, du niveau d'un mémoire de licence pour tous les étudiants bac + 3 issus des facs de lettres ou de droit. Il est admis que ce rite ne juge pas la fin d'études, et encore moins les compétences de chercheurs, mais que de telles cérémonies vides font le lien entre la vocation et les engagements déontologiques qu'elles ritualisent. Elles donnent toutefois au futur médecin une mauvaise appréciation de la recherche ou une démonstration du conservatisme universitaire, et elles ont un effet de soumission. [...] Pour être impartial, reconnaissons qu'une petite proportion des thèses (une sur cinq peut-être) est d'une autre trempe, révélant des qualités de chercheur fondées sur un simple esprit de curiosité »

(PENEFF, 2005, p. 275-276)

S'il doit constituer un travail de recherche original, le mémoire de fin d'études n'en demeure pas moins, lui aussi, un exercice de conformisme. En effet, alors même que, dans la théorie, l'étiopathe envisage des lésions « somatiques » et des lésions « extra-somatiques », dans sa pratique, le praticien est supposé ne s'intéresser qu'aux premières. Cette restriction semble se répercuter sur le

sujet de recherche de fin d'études, et plus largement sur l'ensemble de la production théorique. Les enseignants paraissent craindre qu'en laissant les étudiants s'intéresser aux lésions extra-somatiques, ces derniers en viennent à ne plus voir que des causes environnementales chez les clients présentant des troubles récalcitrants, et à délaissier ainsi la recherche des lésions somatiques. C'est à ce titre, explique un praticien, que l'étude de la « variable d'entrée alimentaire » tend à être découragée :

« Depuis que moi je suis en étio, dès que quelqu'un a évoqué la possibilité de l'intervention de la variable d'entrée alimentaire dans la pathologie, il s'est fait allumer à boulet rouge. Parce que... Je pense que l'argument, c'est que si on commence à prendre ça en compte, on ne prendra plus que ça en compte. Et on a peur de la dérive quoi. Effectivement, je pense que le risque existe, mais on ne peut pas nier que la malbouffe a une influence sur le fonctionnement de la machine. Surtout que dans le schéma de la systémique générale, il y a une flèche "variable d'entrée alimentaire". [...] Je me rappelle d'une présentation de mémoire où le mec s'était fait allumer... Il l'avait eu son diplôme hein, mais il s'était fait allumer. Il avait eu plein d'attaques, à chaque fois les questions c'était pour le casser... Ça en a refroidi plus d'un. Et on évite clairement d'évoquer ce sujet-là en étiopathie »⁴⁶⁶.

(Patrice, étiopathe en exercice depuis 21 ans)

En amont, l'étudiant doit d'ailleurs faire valider son projet de mémoire par un « coordonnateur "Principes" », nommé au sein de chaque faculté, qui « se porte garant de la conformité du projet à l'esprit des Principes fondamentaux de l'Étiopathie » et qui « appose son visa au projet avant soumission au jury national des études » (règlement national des études, version de septembre 2016). Une fois la soutenance passée, le mémoire se voit consacré lors de la cérémonie de remise des diplômes, rite de fin d'études obligatoire : un à un, les désormais étiopathes se voient convoqués par les directeurs de leur faculté respective de la façon suivante : « pour son travail sur [intitulé du mémoire], j'appelle [nom de l'étudiant(e)] ». Une telle formule tend à occulter les connaissances théoriques de l'étudiant, son habileté technique ou encore son sens clinique. Ce que les organisateurs de cette cérémonie mettent en avant, c'est d'abord la capacité des impétrants à interpréter ou à réinterpréter les phénomènes pathologiques conformément aux

466 La crainte de ce type de « dérive » a également poussé le directeur de la FLEB à mettre un terme à un enseignement facultatif de psychologie :

M. BRETIN : « C'est très intéressant de sensibiliser nos étudiants à certains aspects psychiatriques de nos patients. Il faut savoir reconnaître les psychotiques, parce que les psychotiques on n'y peut rien, et rencontrer un psychotique ça peut être dangereux. Donc je faisais venir en 2004/2005 un psychanalyste qui était un ami de [deux étiopathes]. Le cours était facultatif, il s'adressait à toutes les promotions, et venait qui voulait. C'était vraiment sur la base du volontariat, y avait pas d'examen. C'était une ouverture en somme. Et puis je me suis rendu compte sur le tard qu'à force de parler d'hystérie etc., j'entendais des conversations où les échecs des uns et des autres c'était parce que la patiente était hystérique, parce que l'autre était... Vous voyez ce que je veux dire ?

ENQUÊTEUR : On retrouve ce genre de "glissement" avec les lésions extra-somatiques, non ?

M. BRETIN : Bien sûr ! Et on ne pouvait pas laisser continuer cet enseignement qui en fait menait les étudiants et les jeunes professionnels sur la voie de cette justification de leur incompétence entre guillemets, qu'était à ce moment forcément de la faute du patient ou de la patiente. Ça empêchait le jeune professionnel de se remettre en cause par rapport son traitement. Et c'est pour ça qu'on a arrêté en fait. »

*Principes fondamentaux*⁴⁶⁷. Cependant, lors de leur cursus, les étudiants n'apprennent pas seulement une méthode de raisonnement faisant intervenir des « lésions » ou des « suites étiopathiques », un « potentiel génétique originel » ou un « principe de similitude ». À travers les *Principes*, ils se voient également inculquer une vision particulière de la médecine officielle, une vision où le diagnostic médical semble incapable « par nature » d'interroger la cause des pathologies.

2. Critiquer la médecine : les rouages d'une revanche symbolique

*« Le patient demande : "docteur, pourquoi ai-je mal ?"
"Parce que vous avez de l'arthrose", répond le docteur.
"Et pourquoi ai-je de l'arthrose ?" "Parce que vous
avez mal, c'est une donnée du tableau clinique de
l'arthrose."*

(Un étiopathe, lors d'une conférence au congrès annuel de Bordeaux, en 2017)

2.1. Médecine « causale » contre médecine « symptomatique » :

Pour les étiopathes, cette approche qui consiste à « remonter » de lésion étiopathique en lésion étiopathique jusqu'à atteindre et réduire la lésion étiopathique « primaire » générée par un « phénomène extérieur » (un choc par exemple) devrait constituer la trame du raisonnement de tout thérapeute ou de tout biologiste. Dans la préface à la septième édition des *Principes fondamentaux*, on peut en effet lire que « les Principes de Trédaniel constituent une base solide et féconde pour toute réflexion scientifique, non seulement en médecine, mais aussi pour l'ensemble de la biologie. Le fondateur de l'étiopathie n'a pas fait qu'ouvrir une voie thérapeutique nouvelle : il a créé une école de pensée, qui s'étend de la clinique à la biologie moléculaire » (TRÉDANIEL, 2013, p. 10). Dès lors, ainsi qu'en témoignent les extraits suivants, tirés d'entretiens et d'une émission de radio, les praticiens assimilent volontiers le diagnostic médical à une « recette diagnostique », à une application « statistique » du tableau clinique, ou, autrement dit, à une absence de réflexion dont la thérapeutique subséquente se bornerait à masquer les symptômes.

« Quand vous réfléchissez à ce qu'est la médecine allopathique : quand vous avez des

467 Un observateur non-averti pourrait ainsi croire qu'il s'agit d'une cérémonie destinée à récompenser une série de travaux scientifiques.

douleurs, on vous donne un anti-douleur ; quand vous avez une inflammation, on vous donne un anti-inflammatoire ; de l'acidité, un anti-acide. On va vous donner quelque chose qui va permettre de masquer le symptôme mais absolument pas de comprendre pourquoi il est là. Et la formation qui est donnée aujourd'hui aux médecins, c'est la même chose. On leur apprend pas à réfléchir en fait. On leur apprend à enregistrer des tableaux cliniques et à être capables de savoir quel médicament va avec quoi. »

(Carl, étiope en exercice depuis 8 ans)

« Paradoxalement, la médecine n'a pas cette démarche scientifique. Quand on analyse la façon dont on est soigné, c'est tout sauf une démarche scientifique. Si une hypothèse est démontrée fautive une fois ou deux, c'est que l'hypothèse n'est pas bonne. Faut individualiser, faut... Là on applique à tout le monde la même recette, et 80% des gens ça les améliore, mais 20% "c'est dans votre tête hein... c'est pas le traitement qui est en cause, c'est vous" ».

(Victor, ancien étiope formé à l'ISLEM de Paris, devenu ostéopathe et membre de l'AFO)

« En médecine classique on fait de la médecine symptomatique, c'est-à-dire qu'on se contente de soigner les symptômes les plus apparents, et puis on en reste là en règle générale, quoique le but de tout médecin devrait être de remonter à la cause de la maladie, ce qu'ils ne font pas. Nous [les étiope] essayons grâce à une grille logique, issue de la théorie des systèmes, de remonter à la cause, par cascade, des pathologies successives, et d'identifier la cause première. »

(Jean-Paul Moureau, président de l'IFE, France inter – « Service public », « Les guérisons inexplicables », 25/05/2015)

En revendiquant la portée générale du diagnostic étiope et en s'en servant pour qualifier la médecine officielle de « symptomatique », les praticiens oublient que ce diagnostic « causal » n'est qu'une expression de leur propre position dans la division du travail thérapeutique, une position où, précisément, les étiope se contentent de vérifier une étiologie et une seule (les lésions étiope manuellement réversibles) et où, de ce fait, les conditions sont réunies pour mener cette recherche étiologique, à savoir : du temps (les troubles ne présentant pas d'urgence vitale), la possibilité de multiplier les essais thérapeutiques (du fait de l'innocuité des traitements et de l'absence de tiers-payants)⁴⁶⁸, et, surtout, la possibilité de déléguer les autres étiologies à d'autres thérapeutes (les médecins notamment), donc de ne pas avoir à appliquer un traitement purement « symptomatique » ni à manipuler les savoirs et les outils conceptuels qui permettent tant bien que mal de faire face à ce type de situation⁴⁶⁹. En d'autres termes, les étiope manquent de voir ce que

468 Le cas de M. Nanterre, exposé au chapitre 4, illustre bien cette possibilité pour l'étiope de multiplier les essais thérapeutiques, lorsque le client y est disposé :

- M. NANTERRE : « [L'étiope] m'a dit vraiment "vous êtes un cas à part, c'est la première fois que je vois ça".

Mais on a essayé euh...

- ENQUÊTEUR : C'était une vraie recherche quoi...

- M. NANTERRE : Une vraie recherche ouais. On a essayé dix choses différentes ! »

469 Pour les interactionnistes, cette question de la possibilité d'une délégation, soit la question de la division du travail, est la première question que doit poser tout analyste du travail. En effet, « pour Hughes, "le point de départ de toute analyse sociologique du travail humain c'est la division du travail". On ne peut séparer une activité de l'ensemble de

le diagnostic médical, axé sur la nosologie avant la recherche des causes⁴⁷⁰, peut receler d'opérationnel dans les situations (parfois urgentes) où les médecins, faute de pouvoir s'appuyer sur un autre corps de thérapeutes, se voient contraints d'agir malgré les incertitudes. Le positionnement des étiopathes vis-à-vis de la notion de tableau clinique est à ce titre édifiante : lors d'un congrès annuel d'étiopathie, un praticien réagissant à une communication s'exclamait qu'il « *n'y a pas de tableau clinique en étiopathie* », car « *l'étiopathie, c'est l'application du déterminisme à la pathologie, et non pas des statistiques du tableau clinique* ». Pour orienter leur diagnostic, les étiopathes, eux, parlent de « phénomènes directeurs », soit des phénomènes qui « présentent un caractère spécifique qui peut permettre de déterminer leurs lésions causales » (TRÉDANIEL, 2013, p. 96). Ces phénomènes directeurs peuvent être classés en degrés : « ceux du premier degré sont nécessaires et suffisants à induire leur lésion causale ; ceux du deuxième degré donnent une indication très précise, mais doivent être confirmés par un autre phénomène directeur du second degré pour que l'indication puisse être considérée comme sûre » (TRÉDANIEL, 2013, p. 97). Cette définition est en réalité très proche de celle du tableau clinique :

« Un tableau clinique se présente comme un ensemble de signes dont la simultanéité traduit l'existence d'un état pathologique. Il faut entendre simultanéité au sens large. Tous les signes ne doivent pas nécessairement être présents en même temps pour que le diagnostic soit établi. Si l'on considère une maladie, on constate que certains symptômes sont toujours présents, tandis que d'autres le sont plus rarement : c'est ce qui permet d'affecter aux symptômes des degrés de "sensibilité". Par ailleurs, le même symptôme peut figurer dans plusieurs tableaux cliniques. On appelle "degré de spécificité" la probabilité que, pour un symptôme donné, on diagnostique telle maladie. Un symptôme est d'autant plus spécifique qu'il dirige plus sûrement l'exploration vers un diagnostic précis. Un tableau clinique est un ensemble de symptômes de sensibilité et de spécificités variables. »
(DODIER, 1993, p. 83)

La seule différence entre phénomène directeur et tableau clinique réside dans ce que le premier renvoie nécessairement à une lésion étiopathique, tandis que le second peut caractériser un état pathologique dont l'étiologie est indéterminée. Le concept de phénomène directeur, que les étiopathes estiment être à la *base* d'une approche différente de la pathologie, est en réalité le *produit* d'une position spécifique dans la division du travail thérapeutique, une position où le praticien est

celles dans lesquelles elle s'insère et des procédures de distribution sociale des activités. Par suite, les questions les plus pertinentes, en face de n'importe quel travail, sont, selon l'auteur, les suivantes : que considérez-vous comme sale, pénible ou honteux dans votre travail ? Avez-vous la possibilité de déléguer les sales travaux ? À qui ? Comment ? Sinon, pourquoi continuez-vous à les faire ? Ainsi le "professionnel" est à la fois celui qui peut déléguer des "sales boulots" à des tiers et ne garder que ce qui est lié à une satisfaction symbolique et à une définition prestigieuse ("guérir les malades") » (DUBAR, 1991, p. 144).

470 « La nosologie est la discipline qui étudie les traits distinctifs des maladies en vue de leur classification systématique. C'est la discipline spécifique et véritablement "fondamentale" de la médecine, et bien plus, pour les cliniciens, que les sciences désignées communément sous le vocable de sciences "fondamentales". Elle a, en effet, pour objet la "substance" même sur laquelle va s'édifier toute la structure cohérente ultérieure du raisonnement médical » (PAOLAGGI & COSTE, 2001, p. 17).

en mesure de déléguer les cas dont l'étiologie demeure inconnue ou mal appréhendée. Le médecin, à l'inverse, doit disposer des outils lui permettant d'intervenir même dans les cas où la cause du problème n'est pas identifiée. L'oubli de ces différences fondamentales dans la division du travail thérapeutique se trouve facilité par le fait que le rédacteur des *Principes fondamentaux* attire d'emblée le regard vers les « incohérences » de la « pensée médicale », et qu'il croit avoir trouvé en elles l'origine de cette approche « symptomatique ».

2.2. Les « héritiers de Leriche » et la médecine « bernardienne » :

Dans l'introduction de ses *Principes fondamentaux*, C. Trédaniel se livre à une critique de la médecine officielle dans laquelle celle-ci se voit confondue avec la méthode expérimentale de Claude Bernard. En somme, la pensée de ce dernier se voit assimilée à la pratique réelle des médecins, et ses « erreurs axiomatiques » sont dépeintes comme étant à l'origine de leurs échecs thérapeutiques.

« L'auteur [de l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*] en arrive à donner une autonomie totale au milieu intérieur, excluant toute influence du milieu extérieur. Le milieu intérieur se dérègle de lui-même, sans que l'on sache pourquoi, sans doute spontanément, et voilà la cause de la maladie. Connaître les lois qui régissent la physiologie, c'est-à-dire le fonctionnement des différents systèmes qui composent l'organisme, et connaître la cause du dysfonctionnement d'un système, savoir non seulement comment il dysfonctionne mais pourquoi il dysfonctionne, ce qui est beaucoup plus important, voilà des domaines hétérogènes que Claude Bernard n'a pas su distinguer. »
(TRÉDANIEL, 2013, p. 31-33)

L'approche « symptomatique » des médecins serait donc due, d'après C. Trédaniel, au fait qu'à travers sa méthode expérimentale, Claude Bernard délaisserait l'étude de la cause première pour ne s'intéresser qu'aux causes « secondes » ou « médiates » (TRÉDANIEL, 2013, p. 105). Dans son ouvrage *Logique et pensée médicale*, qui, à l'instar des *Principes fondamentaux*, occupe probablement une place de choix dans la bibliothèque des praticiens, J-F. Gautier prend le relai de C. Trédaniel en illustrant longuement les impasses de la méthode expérimentale⁴⁷¹.

471 On a vu en première partie de ce travail la place importante qu'a occupé J-F. Gautier dans le paysage étiopathique (Voir l'encadré n°1 : « C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence », p. 59). Devenu « docteur en étiopathie » suite à la publication de son ouvrage *Logique et pensée médicale* en 1991, il intègre l'IIE, commence à enseigner en faculté libre d'étiopathie, et rédige une large partie des articles de la *RIME*. Son ouvrage *Logique et pensée médicale*, qui met en évidence les impasses épistémologiques de la « pensée médicale » et montre en quoi le raisonnement étiopathique en constitue un dépassement, représente une utile source de légitimation pour les praticiens, d'autant plus utile que, par ailleurs, les productions écrites des étiopathes se font rares. En effet, depuis le début des années 1990, les éditions Avenir des Sciences n'ont publié qu'une quinzaine d'ouvrages (voir l'annexe

« Quelques rapides exemples suffisent à éclairer les insuffisances du "bernardisme" en médecine. Ainsi celui de l'adrénaline et de ses effets fonctionnels. La physiologie expérimentale établit par exemple que cette hormone à dose faible provoque une hypotension et une vasodilatation ; à l'inverse, à dose moyenne ou forte, elle accélère le rythme cardiaque, provoquant une hypertension et une contraction artériolaire. Comment dès lors utiliser l'adrénaline chez les cardiopathiques pour qui la dose est à la fois bénéfique et mortelle : selon la dose, le moment, ou l'état émotionnel ? L'expérimentation, ici, ne résout rien de la pathologie, ni de ses causes, ni de son histoire antérieure, ni de son évolution à venir. Il en va de même pour les antalgiques. S'il est expérimentalement prouvé qu'ils neutralisent l'information neuro-algique, ils ne constituent que d'éphémères cautères au regard des causes de la douleur, laquelle ne manque pas de réapparaître dès que l'effet fonctionnel de l'antalgique a disparu ; seule la légalité du phénomène physiologique a été prise en compte dans la prescription, mais non sa localité ni sa généalogie causale. La physiologie expérimentale de laboratoire et la connaissance des mécanismes effecteurs des molécules antalgiques ne sont ici d'aucun secours pour une médecine vraie qui prétend se constituer comme science : aucun mécanisme causal n'est identifié ni désigné par l'expérience [...]. On retrouve encore aujourd'hui, appliquée en médecine, la même méthode à courte vue, hormonale et "scientifique", dans l'administration de testostérone de synthèse aux hypogonadiques, ou de levothyroxine aux goitreux et aux enfants hypothyroïdiens. Une méthodologie généalogique causale peut, seule, amener à revoir le problème local plus complètement, et par exemple à envisager une éventuelle déficience circulatoire locale, due à une perturbation des mécanismes végétatifs réflexes régulant la vascularisation intra- ou périglandulaire. Mais telle n'est pas la méthodologie médicale commune : le constat du manque physiologique tient lieu, chez elle, de désignation de la cause des symptômes subséquents, lesquels deviennent causes d'eux-mêmes. Toute ces carences méthodologiques ne sont certes pas présentes dans l'œuvre de Claude Bernard lui-même, mais elles sont très directement issues de sa méthode, et de la confusion fréquente chez lui des causes médiatees et immédiates. Il avait pris pour principe général de la réflexion sur la généalogie d'une pathologie l'éviction de toute référence à une "cause première" comme étant de nature théologique. On pourrait lui donner raison sur ce point si, à l'extérieur du corps et sans remonter au septième ciel d'Aristote, il n'existait pas dans le milieu extérieur quelque cause possible des perturbations du milieu dit intérieur. Les techniques de laboratoire sont destinées à résoudre des problèmes gnoséologiques ou épistémologiques nés dans le laboratoire lui-même. Les savoirs qui en sont issus ne sont pas transposables sans danger à l'étude et surtout à la résolution des phénomènes pathologiques. »

(GAUTIER, 1991, p. 66-69)

En somme, la pratique médicale se voit réduite à une physiologie de laboratoire qui ne tiendrait aucun compte de la réalité clinique et serait incapable de poser le problème de la causalité. À travers cette critique de la méthode expérimentale, C. Trédaniel et, dans son sillage, J-F. Gautier,

n°6), parmi lesquels : les *Principes fondamentaux* ; deux ouvrages destinés au grand public sur les maladies soignées par l'étiopathie ; un manuel de chimie ; quatre ouvrages qui n'ont pas été rédigés par des étiopathes (deux recueils de textes de T. Brandt et H. Stapfer, *Préhistoire du piéton* d'Yvette Deloison, et *L'homme-machine* de Julien Offray de la Mettrie) ; et cinq ouvrages consacrés spécifiquement à l'analyse d'une ou plusieurs pathologies, peu accessibles aux profanes. *Logique et pensée médicale* figurait ainsi parmi les trois livres spontanément offerts par M. Bretin lors de notre première rencontre à la FLEB (cf. chapitre 2) – sachant que je m'étais alors déjà procuré les *Principes fondamentaux* et *Histoire du reboutement*.

réactivent le « conflit » entre Claude Bernard et René Leriche⁴⁷², commenté par George Canguilhem⁴⁷³. Si R. Leriche n'est pas mentionné dans les *Principes fondamentaux*, ses citations garnissent en revanche les brochures d'étiopathie dès les années 1970⁴⁷⁴. L'une d'elle, censée illustrer l'intérêt d'une médecine centrée non pas sur l'éradication du micro-organisme mais sur la « structure » de l'individu – « pour faire une maladie microbienne il faut être deux, le microbe ne suffit pas, on l'a un peu oublié » – a d'ailleurs été placée à la suite des définitions de C. Trédaniel, dans la rubrique « quelques principes de base de l'étiopathie » (voir l'illustration 1, p. 34). En outre, lors de mes allées et venues à la faculté d'étiopathie de Rennes, le portrait du chirurgien ornait le mur du hall d'entrée aux côtés de ceux de C. Trédaniel et de M. Lecoq, fondateur de ladite faculté. Un affichage qui ne manque pas de suggérer la parenté entre son œuvre et celle du « fondateur » de l'étiopathie⁴⁷⁵. Dans son ouvrage *Logique et pensée médicale* ainsi que dans la *RIME* – qui, rappelons-le, était distribuée aux étudiants –, J-F. Gautier s'attache à faire de C. Trédaniel et des étiopathes les héritiers de l'œuvre du chirurgien, non seulement de ses résultats, mais aussi et surtout de sa méthode :

« En intégrant le facteur temps dans l'analyse des causes des pathologies⁴⁷⁶, Christian

472 Né en 1879, mort en 1955, René Leriche fut chirurgien des Hôpitaux de Lyon en 1919, professeur de clinique chirurgicale à Strasbourg en 1924, de pathologie externe à Lyon en 1932, professeur au Collège de France, et également premier président du conseil national de l'Ordre national des médecins (institué sous le gouvernement de Vichy en octobre 1940).

473 « Pour [Auguste Comte] comme pour [Claude Bernard] [écrit G. Canguilhem], on ne peut procéder logiquement que de la connaissance physiologique expérimentale à la technique médicale. Leriche pense, lui, qu'on procède le plus souvent en fait, et qu'on devrait en droit presque toujours procéder, de la technique médicale et chirurgicale, suscitée par l'état pathologique, à la connaissance physiologique. [...] Leriche pense que la physiologie c'est le recueil des solutions dont les malades ont posé les problèmes par leurs maladies. C'est une des pensées les plus profondes sur le problème du pathologique que celle-ci : "il y a en nous, à chaque instant, beaucoup plus de possibilités physiologiques que n'en dit la physiologie. Mais il faut la maladie pour qu'elles nous soient révélées". [...] Ce qui fait la valeur en soi de la théorie de Leriche, indépendamment de toute critique portant sur quelque détail du contenu, c'est qu'elle est une théorie pour qui la technique existe, non comme servante docile appliquant des ordres intangibles, mais comme conseillère et animatrice, attirant l'attention sur les problèmes concrets et orientant la recherche en direction des obstacles, sans rien présumer à l'avance des solutions théoriques qui leur seront données » (Canguilhem, 1966, p. 58-60). Si G. Canguilhem n'est jamais cité dans les ouvrages de C. Trédaniel, il apparaît bien dans ceux de J-F. Gautier (GAUTIER, 1991, 1994) ; certaines réflexions de *Logique et pensée médicale* sont d'ailleurs directement issues de *La connaissance de la vie*. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer la section « Les fondements philosophiques du scientisme bernardien » de l'ouvrage de J-F Gautier aux premières pages du chapitre « Le normal et le pathologique » de celui de G. Canguilhem.

474 On peut supposer que tous ceux formés par A. De Sambucy ont ne serait-ce qu'entendu parler de René Leriche. Dans son ouvrage *Nouvelle médecine vertébrale de toutes les maladies chroniques*, paru dès 1958, A. De Sambucy le cite comme un des « grands noms de l'époque scientifique moderne » (DE SAMBUCY, 1987, p. 23).

475 Dans son ethnographie d'une salle de boxe de Chicago, Loïc Wacquant attribue les mêmes fonctions à l'affichage des posters de champions locaux et nationaux. Il s'agit non seulement de rendre hommage aux grands boxeurs (à la manière dont les étiopathes rendent hommage à C. Trédaniel), mais également de suggérer la continuité entre le parcours des boxeurs passés par le gym et ceux qui ont su s'extraire de leur condition sociale. « Chaque "grappe" de posters comprend une ou plusieurs photos de champions dans le feu de l'action, placées le plus souvent au-dessus d'annonces de combats régionaux » – une symbolique qui suggère « un lien quasi-généalogique » (WACQUANT, 1995).

476 C'est là la définition même de la lésion étiopathique, « nécessaire et suffisante à elle-même pour assurer sa propre continuité » (TRÉDANIEL, 2013, p. 83).

Trédaniel a permis de distinguer plus radicalement *légalité* et *généricité*⁴⁷⁷, et d'opérer ainsi un reclassement rationnel des phénomènes pathologiques décrits par la symptomatologie ou l'étiologie médicale traditionnelle. Son approche [...] a permis de généraliser les vues de Leriche et de lever l'obstacle épistémologique sur lequel bute la pensée médicale depuis Claude Bernard. [...] La médecine, dès lors, dispose des moyens théoriques pour devenir scientifique. »

(GAUTIER, 1991, p. 101-102)

Cette revendication d'un héritage chez celui qui fut paradoxalement le premier président du conseil de l'Ordre constitue une tentative de récupération de son crédit symbolique et, plus généralement, du crédit symbolique dont jouissent les médecins. Elle est, dans le même temps, une manière de subvertir la médecine officielle en suggérant que la profession portait en son sein les germes du « dépassement épistémologique » que les étiopathes appellent de leur vœux, et que, par conséquent, seule une attitude dogmatique a pu empêcher ce dépassement d'advenir. Ce travail de filiation va de pair avec un discours selon lequel R. Leriche aurait été largement oublié, discours qui, d'ailleurs, concerne également d'autres auteurs faisant figures de référence (voir l'encadré n°7 : Les « oubliés de la médecine » : Leriche, Stapfer et les autres, p. 320). « Qui s'intéresse encore au Pr René Leriche assurant, dans ses leçons au Collège de France, que la symptomatique des maladies infectieuses n'est que l'état terminal d'un processus pathogénique qui s'est joué dans le silence d'une physiologie neurovasculaire affaiblissant le terrain ? » (éditorial de la *RIME* 10, 1993, p. 4). « Que l'on ait pu trouver jusqu'en 1985, trente ans après sa mort, des livres de Leriche neufs chez son éditeur, tirés à deux mille exemplaires en 1947 ou 1950 et jamais réédités, frise le drame » (éditorial de la *RIME* 19, 1996, p. 5)⁴⁷⁸.

Encadré n°7 : Les « oubliés de la médecine » : Leriche, Stapfer et les autres

Outre R. Leriche, la rhétorique des « oubliés de la médecine » concerne également deux pionniers de la kinésithérapie gynécologique : l'officier-gymnaste suédois Thure Brandt (1819-1895), ainsi que le médecin gynécologue Horace Stapfer (1848-1913), qui devait importer sa méthode en France en 1892 (Monet, 2003, p. 425). En 1991, les éditions Avenir des Sciences publiaient un ouvrage du premier, *Traitement des maladies des femmes*⁴⁷⁹, puis, en 1994, une *Anthologie gynécologique* du second. La *RIME* se réfère également à plusieurs reprises à leurs travaux⁴⁸⁰. A l'instar de R. Leriche, ce qui est mis en avant chez ces auteurs, par-delà leurs apports

477 C'est l'auteur qui souligne.

478 De nombreux numéros de la *RIME* (du numéro 9 au numéro 24) annonçaient en outre la parution d'un livre de J-F. Gautier intitulé *René Leriche et la physiologie de la douleur*. Le résumé dépeint R. Leriche comme l'auteur d'une « "chirurgie de la douleur" restée sans héritier » qui peut « ouvrir la voie à de nombreux traitements étiopathiques ». L'ouvrage n'a cependant jamais vu le jour.

479 Dont le titre original était *Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten* (« traitement des maladies sexuellement transmissibles »). D'après, la *RIME*, l'œuvre originale aurait été publiée pour la première fois à Stockholm en 1890 et la traduction réalisée par Stapfer en 1987 (rubrique « En librairie », *RIME* 11, 1993, p. 91).

480 Sous le titre « les origines de la gynécologie étiopathique », le tout premier numéro de la *RIME* reproduit un texte

sur le plan thérapeutique, c'est la qualité de leur raisonnement, en particulier chez H. Stapfer. À l'occasion, la *RIME* établit même un parallèle entre la démarche diagnostique de ce dernier et celle de R. Leriche.

« L'anthologie gynécologique regroupe les textes d'un maître. Le style, le vocabulaire, les techniques parfois apparaîtront comme datées. Mais qu'importe. Le propre d'un maître est de continuer, par-delà le temps, à *enseigner à penser* et à donner les moyens d'*interroger le réel*⁴⁸¹. C'est ce que réussit pleinement Stapfer, au moins auprès de qui prend le temps de le lire, et sous la réserve d'y chercher moins des solutions toutes faites, des trucages thérapeutiques, que des méthodes d'analyse clinique et diagnostique pertinentes. Chaque cas rencontré en consultation, chaque pathologie relève d'une pathogénie particulière. C'est elle qu'il faut apprendre à déchiffrer. Stapfer a insisté assez sur le fait que les œdèmes du petit bassin et leur cortège de formation cellulitique sont presque toujours des lésions secondaires ; ils doivent servir de guide pour aller déchiffrer, au-delà des apparences anatomiques et des symptômes terminaux, la lésion primaire encore inaperçue qui est la vraie cause, la clef pathogénique. »
(GAUTIER, 1993)

« Même si les données de la physiologie moderne laissent voir chez Stapfer une information souvent datée, voire dépassée, il y a encore de grandes leçons à tirer de sa lecture. Nombre de ses intuitions anticipent celles d'un René Leriche, par exemple lorsqu'il dit : "la pathologie n'était ici que le verre grossissant, déformant et révélateur de la physiologie" »
(Commentaire précédant la reproduction du texte de H. Stapfer « Les vagues utéro-ovariennes », *RIME* 12, 1994)

Sur le site d'Avenir des Sciences, on peut lire que H. Stapfer a été « sorti de l'oubli le plus complet par C. Trédaniel »⁴⁸². Dans le premier numéro de la *RIME*, on peut également lire que son œuvre est « tombée en désuétude au début du XX^{ème} siècle » et qu'elle « ne fut réétudiée et améliorée qu'à partir des années soixante par Christian Trédaniel, fondateur de l'étiopathie, sur une suggestion de son maître le docteur André de Sambucy. Intégrée par Trédaniel dans l'ensemble des traitements étiopathiques, étendue dans son application au traitement d'autres pathologies abdominales ou génitales (prostatite notamment), elle a également été revue et développée par Pierre Roussel, directeur de la faculté libre d'étiopathie de Marseille »⁴⁸³ (*RIME* 1, p. 31). Cette thèse d'un « oubli » de l'œuvre de H. Stapfer trouve l'occasion d'être étayée dans un article intitulé « De la gynécologie mondaine, ou : l'enterrement des techniques manipulatives » (Becquerel, 1992b), dans lequel l'auteur – un pseudonyme de J-F. Gautier – revient sur la biographie du

de Stapfer : « Origine et développement de la méthode kinésique » (*RIME* 1, 1989, p. 31-38) (Dont le titre original est « Sommaire historique et critique du développement de la méthode kinésique ». Voir Stapfer, H. (1899). *La kinésithérapie gynécologique : traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique (système de Brandt)*, *L'Œuvre médico-chirurgical*, (16), (p. 3-9)). Le numéro 11 contient la préface de J-F. Gautier à son *Anthologie gynécologique* (*RIME* 11, 1993, p. 28-49). Il présente également une « manœuvre dynamogénique globale » élaborée par C. Trédaniel et inspirée de la méthode Brandt-Stapfer (*RIME* 11, 1993, p. 76-89). Les numéros 12 et 13 reproduisent en deux parties un autre texte de Stapfer sur les « vagues utéro-ovariennes », initialement publié sous le titre « physiologie et psychologie normales et pathologiques de la femme » dans le n°69 de *L'Œuvre médico-chirurgical*, en juin 1912 (*RIME* 12, 1994, p. 27-66 ; *RIME* 13, 1994, p. 6-31). Le numéro 18 expose encore un protocole facilitant une manœuvre d'élévation de l'utérus élaborée par Brandt (*RIME* 18, p. 66-83). Enfin le numéro 20 reproduit un texte intitulé « Traitement manipulatif de la syncope », paru le 20 juin 1900 dans le sixième numéro de la *Revue de cinésie et d'électrothérapie* (*RIME* 20, 1996, p. 27-35).

481 C'est l'auteur qui souligne.

482 http://www.avenir-des-sciences.com/ouvrages_specialises.php, page consultée le 29 août 2019.

483 Comme cause de cette désuétude, l'auteur évoque la reconversion de la chirurgie dans la traumatologie dans le contexte de la Grande Guerre.

chirurgien Samauel Pozzi (1846-1918) rédigée par Claude Vanderpooten, lui-même chirurgien de formation⁴⁸⁴. Il reproche à ce dernier de faire passer S. Pozzi pour « le fondateur de la gynécologie moderne » et d'avoir ignoré les travaux de Stapfer⁴⁸⁵. « Le "chirurgien et ami des femmes" contrôla en vrai mandarin la naissance et l'épanouissement de l'école de gynécologie médicale et mondaine qui prospère toujours en France. Il prit soin de ne jamais citer Stapfer. L'école mondaine a continué de se complaire dans l'ignorance. En cette fin de siècle, elle a oublié non seulement les écrits de Pozzi – qui ne méritèrent guère la relecture, faute d'analyse anatomo-physiologique solide – mais aussi et surtout les travaux de Brandt et de Stapfer qui, eux, sont toujours d'actualité ». D'autres « oubliés » apparaissent de façon plus sporadique, comme le chirurgien Just Lucas-Championnière, connu notamment pour avoir importé l'antisepsie en France et promu le massage appliqué au traitement des fractures (Monet, 2003, p. 205-214)⁴⁸⁶. En préambule d'une reproduction de l'un de ses textes, un étiopathe chargé de cours aux facultés libres de Paris et de Rennes le dépeint comme « le plus remarquable chirurgien de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle », et soutient par ailleurs que « l'étiopathie prédispose, tant sur l'aspect théorique que pratique, à utiliser [sa] méthode » (*RIME* 18, 1996, p. 38-40)⁴⁸⁷. L'histoire du personnage, qui, de fait, se heurta aux prescriptions d'alors et éprouva des difficultés à promouvoir sa méthode⁴⁸⁸, est l'occasion de critiquer le dogmatisme de la profession médicale : « [Les] travaux [de Lucas-Championnière] concernant le traitement des fractures, bien que révolutionnaires eux aussi, ne lui survécurent point. Il réussit, au début du siècle, après vingt années de combat acharné contre l'ignorance routinière des médecins et des chirurgiens, à imposer sa "méthode nouvelle" auprès de bon nombre de ses collègues. Cela ne fut pas suffisant. Quelques années après sa mort, les principes éculés et stupides, les méthodes inefficaces et invalidantes étaient de nouveau sur le devant de la scène, prônées par des crétins sérieux que les exigences de la réalité ne pouvaient atteindre » (*RIME* 18, 1996, p. 39). On peut également citer Charles-Émile François-Franck (1849-1921), dont les numéros 27 et 28 de la *RIME* reproduisent des extraits de ses travaux sur le système nerveux sympathique. Membre de l'Académie de Médecine, directeur du laboratoire de physiologie pathologique de l'École des Hautes Études, Professeur au Collège de France à partir de 1890, il est lui aussi « délaissé » du corps médical : « constater en 1996 dans une fiche de lecture qu'un recueil d'études de physiologie neuro-vasculaire de François-Franck est resté immobile dans les rayons de la faculté de médecine

484 Vanderpooten, C. (1992). *Samuel Pozzi. Chirurgien et ami des femmes*, Paris : Éditions In Fine. Chirurgien des hôpitaux, chef de service et membre de l'Académie de Médecin, S. Pozzi fut le premier titulaire de la Chaire de clinique gynécologique en 1901. D'après J. Monet, ce dernier mit au point « de nombreuses techniques opératoires en gynécologie-obstétrique » (Monet, 2003, p. 427).

485 Pozzi et Stapfer étaient en désaccord sur les dangers relatifs au massages gynécologiques. « Le Professeur Samuel Pozzi, futur titulaire de la première Chaire clinique gynécologique, s'oppose à la méthode [de Stapfer] dans un article publié dans le bulletin de la *Société de chirurgie* en 1895 démontrant les accidents causés par le massage gynécologique. Il provoque des hémorragies et la sécrétion de pus. Une polémique entre les deux hommes s'instaure et va se poursuivre au travers des courriers, de malades interposés pendant de nombreuses années. Stapfer souligne l'absence d'accident mortel par le procédé depuis près de quarante années ce qui n'est pas le cas des traitements chirurgicaux. "Le massage peut commettre des méfaits, mais je doute que même entre des mains ignorantes, il en commette autant que les opérations entre les mains savantes trop pressées". » (Monet, 2003, p. 427)

486 Ce dernier figure à ce titre comme l'un des précurseurs de la kinésithérapie française, à l'instar de H. Stapfer (Monet, 2003). Il fonda d'ailleurs la société de kinésithérapie en 1900.

487 Dans cet article, l'auteur annonce d'ailleurs la réédition prochaine de deux ouvrages de Lucas-Championnière sous la forme d'une anthologie – *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation* et *Précis du traitement des fractures par le massage et la mobilisation*. Cependant, pour une raison qui m'est inconnue, cette réédition n'a jamais vu le jour.

488 Les conclusions de Lucas-Championnière contrevenaient notamment « au discours professoral d'Ulysse Trélat, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, qui expose avec autorité les grands principes du traitement des fractures que personne n'est en droit de contester : l'immobilisation stricte de toutes les lésions osseuses est une règle absolue » (Monet, 2003, p. 206). Ayant échoué au concours d'agrégation, Lucas-Championnière ne put accéder au titre de professeur à la Faculté de médecine. Il se vit donc contraint de promouvoir sa méthode par le biais d'une association proposant des conférences, en dehors de l'enseignement officiel (Monet, 2003, p. 211).

de Paris depuis 1954 en dit assez long sur l'impuissance intellectuelle dont se parent les tenants du monopole » (éditorial de la *RIME* 19, 1996).

Cette rhétorique d'un « oubli » de grands noms de la médecine contribue finalement à donner une assise et une légitimité aux étioopathes. Elle suggère que, loin d'avoir tout inventé, les étioopathes ne font que récupérer des connaissances jadis établies par les médecins eux-mêmes. Ainsi, tout en ancrant globalement leurs techniques manuelles dans l'héritage des savoir-faire rebouteux, les étioopathes, à travers cette filiation à des figures issues du monde médical, signifient qu'ils ne sont pas « que » des rebouteux, et revendiquent le caractère scientifique de leur thérapeutique.

Cette critique épistémologique de la médecine qui oppose R. Leriche et C. Bernard médecine des causes premières et médecine des causes secondes, médecine de l'homme et médecine de laboratoire, trouve son prolongement dans une critique « sociologique ». En effet, pour C. Trédaniel, l'incapacité de la profession médicale à adopter un raisonnement causal traduirait au fond une fonction sociale proche de celle du clergé : prodiguer de l'espoir, en entretenant l'illusion d'un salut.

2.3. Médecine « mécaniste » contre médecine « magique » :

Toujours dans l'introduction de ses *Principes fondamentaux*, C. Trédaniel soutient que la médecine officielle répond à un « besoin métaphysique » fondamental : la conception « indéterministe » du corps – conception que suggère cette médecine qui renonce à s'intéresser aux causes des pathologies, comme si le corps humain n'était pas soumis au déterminisme des lois de la nature – aurait pour fonction d'entretenir l'espoir que l'Homme peut échapper à la maladie et à la mort. Cette posture empêcherait la médecine de se constituer comme une science véritable, « et le médecin d'être considéré au même titre qu'un ingénieur » (TRÉDANIEL, 2013, p. 25). Elle expliquerait en outre le « rejet » de l'étiopathie, dont la thérapeutique procède d'une conception « mécaniste » (c'est-à-dire « déterministe ») de l'Homme. « L'évolution médicale est bloquée par la nécessité qu'a la médecine de répondre au besoin pour lequel elle existe : soulager si possible, permettre d'espérer en tout cas. Cette situation fait qu'il existe des possibilités thérapeutiques qui n'ont jamais été admises officiellement, sans doute parce qu'elles relèvent d'une approche mécaniste de l'homme. [...] Si [l'étiopathie] offre une efficacité, elle n'offre aucun support à l'espérance. C'est son plus grand défaut, celui qui la relègue à l'inexistence officielle » (TRÉDANIEL, 2013, p. 35-36). Dans *Logique et pensée médicale*, J-F. Gautier prend à nouveau la suite de C. Trédaniel, convoquant au passage la théorie des résidus de Vilfredo Pareto pour expliquer l'opposition des médecins aux

étiopathes.

« Un premier type de réponse [à la question du rejet de l'étiopathie] peut être donné par la sociologie de la culture. Elle met en effet en évidence l'importance des résidus culturels religieux en rapport avec la médecine officielle, qui conduisent à attribuer à celle-ci une mission de consolation personnelle et sociale au sein de la cité ; d'où la fonction thaumaturgique endossée par les médecins obligatoires et remboursés, laquelle n'est guère compatible avec l'esprit ni avec la pratique scientifique ou étiopathique. [...] [Le jugement du médecin] est donc pratiquement formé à propos de l'étiopathie, avant même qu'il n'en aborde l'étude raisonnée : la pensée mécaniste lui échappe en tant que telle ; il la rejette parce qu'elle n'est pas de son monde et ne le sera jamais. »

(GAUTIER, 1991, p. 12-17)

C'est ainsi que, dans les ouvrages de C. Trédaniel, de J-F. Gautier ou encore dans la *RIME*, la médecine officielle se voit qualifiée tour à tour de « magique », de « thaumaturge », de « théurgique », ou encore de « vitaliste ». Parallèlement, les étiopathes mettent un point d'honneur à enseigner qu'un corps ne saurait tomber « par hasard » en pathologie. C'est d'ailleurs dans cette perspective que Daniel, biologiste arrivé dans le circuit étiopathique en 1979 en tant qu'enseignant, a proposé à C. Trédaniel d'introduire des matières fondamentales (voir l'encadré n°4 : L'étiopathie comme « aventure intellectuelle » : le parcours de Daniel, p. 96) : « *Il faut démontrer aux étudiants qu'on est une machine quoi. On n'a pas de secret, on peut pas dépasser les lois de la nature, on peut pas faire de miracle. Alors quand ça déconne, c'est pas parce que ça auto-déconne, y a pas de cause endogène à la Claude Bernard. Ça fait partie des principes de l'étiopathie. Donc partant de là, un système peut pas tomber en pathologie tout seul, il faut forcément une cause* ». Les matières comme la chimie, la biochimie, la systémique ou encore la thermodynamique, enseignées en début du cursus⁴⁸⁹, constituent le support de l'enseignement du déterminisme auquel est soumis le fonctionnement du corps. Leur enseignement va de pair avec celui des *Principes fondamentaux* ; elles sont la démonstration de leur bien-fondé. Ainsi, bien qu'elles puissent sembler marginales en termes de volume horaire⁴⁹⁰, leur rôle apparaît fondamental. Rapidement, l'étudiant doit avoir fourni la preuve qu'il a compris que le corps est une machine qui ne se dérègle pas « toute seule » et que, par conséquent, les pathologies procèdent nécessairement d'une cause qui ne peut trouver son origine première que dans une interaction avec l'environnement (une cause « exogène »). Dans l'extrait suivant, le directeur de la FLEB explique ainsi avoir exigé le redoublement d'une étudiante qui avait obtenu de bons résultats en anatomie mais qui avait échoué en biologie :

« *On ne peut pas laisser passer quelqu'un qui aurait mis le paquet sur l'anatomie mais qui ne*

489 Le règlement national des études précise en effet « qu'au cours des premières années d'étude, l'accent est mis sur l'acquisition des connaissances fondamentales ».

490 Par exemple, d'après le directeur de la FLEB, la biochimie ne représente qu'« entre 30 et 40 heures de cours ».

connaîtrait pas les lois de la biologie. Là on a encore eu une jeune fille de première année qui a eu de très mauvais rattrapages en biologie, je l'ai fait redoubler. Elle est venue me voir en me disant : "je comprends pas, j'ai de bonnes notes en anatomie, j'ai de bonnes notes en physiologie...". Je lui ai dit : "vous n'avez pas les éléments nécessaires pour la compréhension du vivant. Il faut régler ça avant de passer en deuxième année" ».
(M. Bretin, directeur de la FLEB)

Cette critique d'une médecine « thaumaturge » est ensuite étayée par un enseignement « d'histoire de la médecine et de la chirurgie non-instrumentale », enseignement qui, d'après le directeur de la FLEB (qui a démarré son cursus à Rennes en 1986) a « toujours existé », et qui fut assuré entre autres par C. Trédaniel. Ce module, intégré au premier certificat de « Principes étiopathiques », confère à l'antinomie entre la médecine « magique » et les praticiens « mécanistes » – représentés notamment par des rebouteux, des chirurgiens-barbiers, des chirurgiens, et les étiopathes – une dimension pluriséculaire. L'ouvrage *Histoire du reboutement. Du reboutement à l'étiopathie*, rédigé par C. Trédaniel, donne un aperçu du contenu de cet enseignement⁴⁹¹. En introduction, l'auteur résume : « ce sont bien les chirurgiens antiques et modernes qui ont toujours provoqué, contre le dogmatisme médical, l'avancée scientifique » (1998, p. 24)⁴⁹². Il développe ensuite pendant plus de deux-cents pages sa thèse d'une médecine répondant à un besoin « religieux », foncièrement opposée à une médecine positive (représentée en l'occurrence par les chirurgiens et les divers praticiens manuels) dont l'étiopathie constituerait l'aboutissement.

« Ce que savait à coup sûr faire l'homme de Cro-Magnon restera encore ignoré, méprisé ou rejeté par les médecins du XX^{ème} siècle et ces atteintes invalidantes n'auront trouvé, jusqu'aux temps modernes, de réponses positives que dans la pratique de rebouteurs transmise par la tradition orale. Ce comportement de la part des médecins ne peut trouver d'explication que dans le refus délibéré d'un geste thérapeutique jugé vulgaire, dégradant pour un esprit supérieur qui a la charge du savoir concernant la *vie* et la *mort*. Il y a une raison générale qui l'explique encore mieux : il irrite *de facto* le praticien de médecine magique pour la simple raison que ce geste, ce mode d'action, ne correspond pas à son rite. Il n'exige l'emploi d'aucun médiateur, il est simple, il peut être compris et pratiqué par tous. L'intégrer à sa pratique quotidienne, c'est se dévaloriser, perdre son image de prêtre, ne plus répondre au besoin religieux qui justifie son exercice. L'antinomie est telle, qu'elle amène un refus quasi instinctif que quarante siècles n'ont pas suffi à vaincre. [...] Certains représentants des deux parties [médecine et chirurgie] ont pu penser que ce combat permanent était ridicule, qu'il existait une complémentarité qui devait s'exercer dans l'intérêt des malades. C'est méconnaître les raisons fondamentales de cette situation qui se sont imposées par l'organisation sociale et les mentalités. La médecine magique comme la chirurgie non-instrumentale répondent chacune à des besoins bien spécifiques qui ne peuvent être confondus parce qu'antinomiques. La chirurgie instrumentale a été combattue au même titre que le reboutement. À partir du

491 Certaines parties de l'ouvrage, paru en 1998, ont d'abord fait l'objet de plusieurs publications dans la *RIME*.

492 Le terme « chirurgien » est à prendre ici au sens étymologique, à savoir celui qui « travaille avec la main ». Il désigne donc à la fois les praticiens de chirurgie « instrumentale » (ceux que l'on appelle aujourd'hui classiquement les chirurgiens) et les praticiens de chirurgie dite « non-instrumentale », qui rassemblent les divers praticiens manuels (rebouteux, étiopathes, etc.).

moment où la chirurgie instrumentale s'est imposée de manière irréversible, que ce soit par sa pratique journalière ou bien par sa nécessité absolue sur les champs de bataille, et surtout à partir du moment où la chirurgie a pris un rôle social concurrentiel ou supérieur à celui du médecin, le combat a changé de dimension et d'arguments. Ne pouvant plus éliminer, ne pouvant être dominée, il ne restait plus pour la médecine que la solution de phagocyter. » (TRÉDANIEL, 1998, p. 33-36)

Dans cet ouvrage, la question de la division du travail est à nouveau négligée. L'auteur semble oublier que les médecins et les chirurgiens n'avaient généralement pas la même chose sous les yeux. Ainsi que le rappelle P. Pinell dans son étude du champ médical : « L'unification institutionnelle de la médecine et de la chirurgie les constitue comme deux disciplines complémentaires se partageant l'univers de la pathologie, à travers un classement des maladies en deux catégories selon qu'elles relèvent de la médecine (« les maladies internes ») ou de la chirurgie (« les maladies externes ») (PINELL, 2005). Des trois courants de médecine identifiés par C. Trédaniel, à savoir « la tendance charlatanesque qui regroupe médecins, apothicaires et marchands de produits miracles ; la tendance mystique qui attribue des pouvoirs surnaturels à des dieux, des sites ou des individus ; [et] la tendance pragmatique dans laquelle se retrouvent les rebouteurs, les barbiers, les arracheurs de dents, les accoucheuses, en fait les chirurgiens » (TRÉDANIEL, 1998, p. 42-44), l'auteur reconnaît que le troisième concerne majoritairement les accidents de la vie quotidienne et les traumatismes de guerre, mais n'en tire aucune conséquence⁴⁹³. Tout se passe comme si ces différents acteurs se disputaient peu ou prou le même territoire, comme si leurs prestations, loin de pouvoir coexister (au moins partiellement), devaient nécessairement s'entrechoquer, et ce alors même que C. Trédaniel précise qu'il n'existe pas de séparation nette entre ces courants⁴⁹⁴(ce qui rend difficilement tenable la thèse de leur antagonisme). La démarche des chirurgiens peut dès lors se voir comparée dans une perspective normative à celle des médecins : la première est synonyme de pragmatisme, de progrès et, pour tout dire, de science, tandis que la seconde apparaît foncièrement irrationnelle et dogmatique. On peut adresser la même critique à l'ouvrage de J-F. Gautier *Logique et pensée médicale*, qui rejoint la thèse de C. Trédaniel. Dans sa première partie, l'auteur distingue la médecine antique en deux courants : l'un, est « encombré de recettes et de potions, lié au mode des pratiques religieuses, des cultes à mystères et des croyances magiques traditionnelles » (GAUTIER, 1991, p. 23) ; l'autre, manuel, « seul à échapper à la prégnance du religieux, est celui de la pure

493 C. Trédaniel écrit notamment : « Contrairement aux médecins, les chirurgiens s'imposent par leur nécessité face aux accidents graves et dans des situations désespérées comme la pierre, qui n'offrent aucun autre choix au patient. Encore faut-il remarquer que la lithotomie comme la cure des hernies sont l'affaire de spécialistes et que le chirurgien habituel n'intervient principalement que pour amputer, extraire les corps étrangers et panser les plaies, ce qu'il a le plus souvent appris sur les champs de bataille » (TRÉDANIEL, 1998, p. 70).

494 « Il ne s'agit que de courants ou de tendances car il n'existe pas d'absolu dans ce domaine » (TRÉDANIEL, 1998, p. 44).

fonctionnalité » (GAUTIER, 1991, p. 26). Ce second courant doit permettre l'émergence de la science anatomique.

« La pression de la mentalité générale et de la culture est telle, dans l'antiquité, que le courant manuel et observationnel ne subsiste en parallèle dans l'*ars medicalis* que pour le traitement de l'urgence et de l'aléa. Seuls l'accident ou la chute, avec leurs dégâts immédiats et leurs conséquences traumatiques invalidantes, relèvent de l'intervention manuelle, instrumentale ou non. Même si l'individu atteint est d'une certaine manière responsable par ses fautes (il s'agit là d'une forme immémoriale de la justice immanente), il faut la brusquerie, la brutalité de l'accident pour laisser ouverte la porte de l'analyse mécaniste et d'une intervention thérapeutique manuelle en harmonie avec les dégâts causés. À l'inverse, les fièvres, les tressaillements, des troubles trophiques sans traumatisme préalable, les infections ou épidémies relèvent de la science de l'équilibre des humeurs ou de la religion du péché collectif et du mal social. C'est-à-dire d'une médecine proche – très proche – de l'art divinatoire. » (GAUTIER, 1991, p. 31)

En hiérarchisant ces deux « courants » (dont les représentants ne sont pas clairement identifiés dans l'ouvrage⁴⁹⁵) alors même qu'il constate une nette division du travail – puisque l'un soigne des blessures d'origine clairement accidentelle, tandis que l'autre s'occupe des troubles « sans traumatisme préalable » associés au surnaturel⁴⁹⁶ –, l'auteur cède finalement au chronocentrisme en procédant comme s'ils prenaient en charge des problèmes d'une même nature⁴⁹⁷. À le lire, les progrès de la science positive, que l'on devrait essentiellement aux « manuels », découlent moins de ce qu'ils avaient sous les yeux et des schèmes de perception propres à leur époque que de leur résistance aux « cultes officiels »⁴⁹⁸. J-F. Gautier dresse ainsi le portrait manichéen d'une « médecine officielle » foncièrement irrationnelle et dogmatique, dressée depuis la plus haute antiquité *contre* la médecine vraie⁴⁹⁹.

495 À l'exception de l'école de Cos d'Hippocrate qui, à la mort de ce dernier, aurait « rejoint le courant magique » (GAUTIER, 1991, p. 28).

496 Au début de *La profession médicale*, E. Freidson évoque une division du travail analogue au sein de la médecine zandé, à travers la figure de l'exorciseur (ou du sorcier), qui ne prend en charge que certains types de troubles : « on n'incrimine la sorcellerie que si un malheur survient alors qu'on a pris toutes les précautions voulues pour en empêcher le cours naturel. Si vous vous coupez par inadvertance et si vous tombez malade parce que vous n'avez pas soigné la blessure, ne vous en prenez qu'à vous-même ; la sorcellerie n'y est pour rien. En revanche, les malheurs dont vous souffrez sans pouvoir les imputer à la défaillance d'un humain – vous-même ou un autre – relèvent de la sorcellerie et il convient de savoir qui en est l'auteur » (FREIDSON, 1984, p. 17).

497 L'auteur utilise d'ailleurs les mêmes termes de « maladie », de « pathologie » ou d'« atteinte malade » pour désigner des phénomènes aussi différents (à plus forte raison dans l'antiquité) que les blessures et les fièvres.

498 L'auteur semble en effet conférer à des principes théoriques ou épistémologiques une dimension proprement explicative, comme si, loin de se saisir d'un objet foncièrement différent, les « manuels » avaient sciemment rompu avec la philosophie sous-jacente (mais bien identifiée) de la médecine « méta-physique » : « [Les "manuels"], faute de croyances accordées aux cultes officiels, sont finalement les seuls à pouvoir se permettre de localiser dans le corps un mal spécifiquement corporel qui ne se réduise pas à la présence locale d'une puissance extérieure au corps. Il faut insister sur le fait que, dès les origines, les principes de la médecine *physique* ont différé fondamentalement de ceux de la médecine *méta-physique* » (GAUTIER, 1991, p. 31). L'auteur n'apporte cependant aucun élément sur l'« incroyance » de ces praticiens manuels.

499 Le terme même de « médecine officielle », utilisé par l'auteur pour qualifier ici le courant « magique » (Gautier, 1991, p. 28), fait lui aussi figure d'anachronisme. En effet, le terme « officiel » renvoie à une mission de contrôle

En définitive, cet enseignement d'histoire contribue à donner un sens au statut « illégal » des étioopathes et aux déboires afférents. Il « démontre » que les médecins ont en réalité persécuté de tous temps les thérapeutes « concurrents » et constitué un obstacle à la construction des savoirs. C. Trédaniel établit d'ailleurs à plusieurs reprises des parallèles entre le passé et la situation présente : « La Faculté de médecine qui interdit à ses étudiants et aux médecins, sous la foi du serment, de pratiquer quelques interventions chirurgicales que ce soit et plus généralement qui leur ordonne de bannir de leur pratique tout acte manuel, prétend imposer son diktat en se réservant ce qu'elle exècre le plus : l'étude de l'anatomie et les travaux pratiques qui la sous-tendent. C'est ce même comportement qui porte aujourd'hui ses membres à vouloir se réserver la pratique de l'étiopathie alors qu'ils ne peuvent y entendre, ayant été formés dans une conception opposée, radicalement dogmatique » (TRÉDANIEL, 1998, p. 59). Certaines figures, parfois issues du milieu médical, tel Ignace Phillippe Semmelweis, « découvreur de l'antisepsie [et] victime du sectarisme et de la haine médicale » (TRÉDANIEL, 1998, p. 72), apparaissent comme les figures héroïques de la lutte contre le dogmatisme de leurs contemporains. Le rejet dont ces précurseurs ont fait l'objet serait au fond tout à fait analogue à celui que connaissent aujourd'hui les étioopathes. D'autres, comme Ambroise Paré, servent également de support à la revanche symbolique du modeste rebouteur sur les universitaires : « Autodidacte et empirique, il a d'abord rassemblé les connaissances que la tradition orale, l'apprentissage et l'expérience personnelle pouvaient lui apporter, pour les compléter progressivement par celles, théoriques et techniques, de la tradition écrite. On retrouve dans son œuvre l'acuité d'observation, le sens pratique et la logique simple et efficace de nos anciens paysans » (TRÉDANIEL, 1998, p. 65). Dans la *RIME*, ce dernier se voit même qualifié de « fondateur de la chirurgie moderne » (BLAISE, 1998). En fin de compte, cette histoire du reboutement, de la chirurgie et de la médecine « mécaniste », éminemment gratifiante pour les étioopathes, apparaît comme un équivalent du « roman national »⁵⁰⁰, soit un récit qui, moyennant quelques

social, laquelle repose sur un mandat accordé par l'État, et qui consiste à statuer sur l'existence d'un problème et sur la manière de le traiter (FREIDSON, 1984, p. 301). Or l'auteur ne dit rien de la réalité objective d'un tel mandat. Celui-ci suppose en outre de disposer de moyens de lutte contre les praticiens concurrents « officieux ». Or, encore sous l'Ancien Régime, « il y avait une telle absence de monopole professionnel uniforme qu'il serait anachronique de parler d'exercice illégal au 18^{ème} siècle » (Ramsey, M. (1984). *The Politics of Professional Monopoly in 19th Century Medicine*, In G. Geison, *Professions and the French State. 1700-1900*, Philadelphie : University of Pennsylvania Press, cité par Sarfatti Larson, M. (1988). « À propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire », *Sociologie et Sociétés*, 20(2), (p. 23-40). Autrement dit la médecine « officielle » était encore loin d'être véritablement officielle.

500 On désigne par « roman national » une méthode d'enseignement de l'Histoire initiée sous la III^{ème} République, destinée à faire naître chez les jeunes enfants une conscience patriotique, notamment à travers l'étude d'événements ou de personnages marquants, fédérateurs et générateurs de fierté. Pour une critique de ce « roman national », voir OFFENSTADT, N. (2009). *L'histoire bling-bling. Le retour du roman national*, Paris, Stock.

aménagements (conscients ou non) avec la réalité historique, a pour objectif de générer une « identité » et une cohésion entre les praticiens.

2.4. Les étiopathes « seuls contre tous » :

Dans ses *Méditations Pascaliennes* Pierre Bourdieu reprochait aux philosophes leur épistémocentrisme scolastique⁵⁰¹, une forme d'ethnocentrisme consistant à oublier que, selon le mot de G. Bachelard, « le monde où l'on pense n'est pas le monde où l'on vit » (2003, p. 77). Cet épistémocentrisme, écrit-il, « engendre une anthropologie totalement irréaliste (et idéaliste) : imputant à son objet ce qui appartient en fait à la manière de l'appréhender, il projette dans la pratique un rapport social impensé qui n'est autre que le rapport scolastique au monde. [...] Parce qu'il ignore ce qui la définit en propre, le savant impute aux agents sa propre vision, et en particulier un intérêt de pure connaissance et de pure compréhension qui leur est, sauf exception, étranger » (2003, p. 80). Au final, en confondant la pratique médicale avec les réflexions de C. Bernard sur la méthode expérimentale, en interprétant les échecs ou les limites thérapeutiques des médecins comme un « refus du déterminisme » ou comme le révélateur d'un « besoin métaphysique », et en manquant de voir en quoi leurs *Principes fondamentaux* reflètent avant tout leur propre position dans la division du travail thérapeutique (une position « libérée des urgences » rendant possible ce rapport à la « recherche des causes »), les étiopathes proposent ici leur propre anthropologie irréaliste et idéaliste. Cette critique de la médecine officielle, cependant, n'en conserve pas moins sa cohérence, voire son érudition – en particulier dans l'ouvrage de J-F. Gautier, riche en références –, et, surtout, son pouvoir de persuasion (à l'instar des philosophies critiquées par P. Bourdieu). En témoignent mes propres égarements au cours de l'enquête, quand, suite à la lecture de ces ouvrages, je me lançais dans la lecture de G. Canguilhem, en pensant trouver dans ses textes d'épistémologie des éléments d'explication quant aux échecs de la médecine. « Happé » par la rhétorique des auteurs, incapable de me distancier du discours que les étiopathes tenaient sur eux-mêmes et sur la profession médicale, l'entreprise de « conversion » était réussie : les errements médicaux me semblaient bel et bien résider dans une erreur collective de « raisonnement », soit dans l'absence de

501 Dérivé de la racine grecque *Skholè* qui renvoie au temps libre, l'adjectif scolastique désigne une situation « libérée des urgences du monde qui rend possible un rapport libre et libéré à ces urgences, et au monde » (Bourdieu, 2003, p. 10). Pour P. Bourdieu, la condition scolastique est « la première et la plus déterminante de toutes les conditions sociales de possibilité de la pensée "pure" » (2003, p. 27), c'est-à-dire des productions scientifiques et philosophiques. En tant qu'elle « incline à mettre en suspens les exigences de la situation, les contraintes de la nécessité économique et sociale, et les urgences qu'elle impose ou les fins qu'elle propose » (2003, p. 27), la « disposition scolastique » peut être à l'origine d'erreurs caractéristiques (P. Bourdieu en distingue trois dans ses *Méditations Pascaliennes*).

la prise en compte de la lésion étiopathique et dans l'absence d'un classement des phénomènes selon leur rapport au temps. Le rôle de l'enquête sociologique ne pouvait dès lors qu'être le suivant : expliquer pourquoi les médecins n'adoptent pas les concepts étiopathiques. À l'occasion, cette réceptivité à la rhétorique étiopathique peut concerner les médecins eux-mêmes⁵⁰². Ainsi lors d'un congrès annuel, un étiopathe également médecin généraliste déclara : « *On est en train de remettre complètement en cause le diagnostic médical officiel. On ne fournit pas de recette diagnostic. On raisonne à tout moment, sur des cas différents, sur des individus différents* ». Sur son site personnel, une généraliste devenue étiopathe rapporte également : « *Après un doctorat en médecine et quinze années d'exercice en médecine générale comme interne, remplaçante et associée, j'ai rencontré un étiopathe en cherchant une solution à ma sinusite chronique sévère dont la médecine classique n'arrivait pas à me débarrasser. Après de longues discussions avec ce praticien, explications de ses raisonnements, traitement sur moi-même et "stages" dans son cabinet d'étiopathie, je me suis décidée à entreprendre mes études d'étiopathie à Paris, convaincue de la justesse de ses principes fondamentaux* ». En définitive, à travers l'apprentissage des *Principes*, à travers la critique « épistémologique » et « historique » de la médecine, ainsi qu'à travers des matières fondamentales comme la chimie, les étudiants en étiopathie se voient inculquer l'idée qu'ils occupent une place d'exception au sein du champ de la santé : celle de praticiens « déterministes », celle de praticiens « dissidents », « seuls contre tous », opposés à la médecine « magique », pour le progrès de la science et de la thérapeutique.

« Quand on m'a parlé d'étiopathie et dit que les étiopathes passaient leur vie à se demander : "pourquoi ?" – c'est toujours un "pourquoi" de plus que l'activité médicale, un seul, mais c'est ce qui fait la différence – moi ça m'a tout de suite intéressé. [...] C'est ce qui nous a fédéré autour d'un projet : appliquer le déterminisme à la biologie. Ce qui n'est pas fait malheureusement ! Vous allez voir un médecin avec une angine, il vous donne des antibiotiques. C'est complètement con ! Il faut essayer de comprendre pourquoi vous avez une angine ! Donc en l'occurrence le médecin n'est pas déterministe. »

(M. Bretin, étiopathe en exercice depuis 21 ans, directeur de la FLEB)

« À l'intérieur d'une sociologie générale, tu as un groupe qui reprend l'héritage de toute une science anatomique, qui s'en sert pour de la thérapeutique, dans une société qui, elle-même, est engluée – de manière strictement idéologique hein, pas expérimentale – dans tout un magma du médicament-salutiste. Et nous, on dit le contraire. On est forcément dissidents. »

(J-F. Gautier, ancien enseignant en facultés libres d'étiopathie)

502 Je n'ai pas pu quantifier la part exacte de docteurs en médecine parmi les étiopathes. Ces derniers paraissent cependant peu nombreux (aucun d'entre eux ne figure parmi les répondants de notre enquête par questionnaire). Les auteurs du rapport de l'INSERM sur l'étiopathie notent également que « l'effectif des médecins-étiopathes semble faible », sans toutefois pouvoir l'établir avec certitude (BARRY & FALISSARD, 2018, p. 27).

« *Moi ce qui m'a plu, c'est sans doute aussi le petit côté village de gaulois. Il y avait beaucoup plus de ça avant, mais il y a encore. [...] Le côté gaulois c'est peut-être le sentiment d'avoir un peu raison contre tous. À tort hein, sans doute... Mais il y a eu ça en tout cas pendant la formation.* »

(Simon, étiope en exercice depuis 9 ans)

—

« *Ce qui paraît le plus surprenant, c'est que l'étiopathie soit une des très rares disciplines de santé à appliquer [la recherche de la cause] au corps humain. À croire qu'un système biologique pourrait fonctionner différemment des systèmes pensés et conçus par l'Homme. Ou bien peut-être est-ce lié aux fondements judéo-chrétiens de notre société, encore trop présents dans la mémoire conceptuelle générale, qui confère un côté sacré aux êtres conçus par Dieu.* »

(Carl, étiope en exercice depuis 8 ans, lors d'une conférence au congrès de Bordeaux en 2017)

Dans un formidable renversement symbolique, les étiope, parfois décriés pour leur approche « pseudo-scientifique », se posent finalement en gardiens de la médecine scientifique, face à une profession médicale aussi puissante qu'irrationnelle⁵⁰³. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les éditions fondées par C. Trédaniel pour publier les ouvrages d'étiopathie ont été baptisées « Avenir des Sciences ». Quant aux *Principes fondamentaux* dont se réclament les praticiens, bien qu'ils soient constitués pour une large partie de propositions somme toutes assez simples – par exemple, le fait qu'un même phénomène puisse avoir plusieurs causes⁵⁰⁴; le fait qu'« un phénomène passager va pouvoir entraîner un ou des phénomènes qui, eux, peuvent être constants » (TRÉDANIEL, 2013, p. 108) ; ou encore le fait qu'une pathologie, lorsqu'elle n'est pas simplement « génétique » ou liée au vieillissement, ne peut que découler d'une interaction avec l'environnement (autrement dit, le fait qu'un organisme ne puisse pas « se dérégler tout seul ») –, ils réussissent à faire l'effet d'une véritable « révolution » tout en relevant parfois (et paradoxalement) du « bon sens ». En somme, bien qu'il n'ait « rien inventé », C. Trédaniel n'en a pas moins permis de « *repenser la médecine moderne* ».

« *C'est vraiment un tour de force énorme ce qu'il a fait Trédaniel ! C'est un truc de cinglé !* »

(Carl, étiope en exercice depuis 8 ans)

503 Aux extraits précédents auraient d'ailleurs pu être adjoints les propos de J-P. Moureau suite à mon exposé à la FLEB (déjà rapportés au chapitre 2), particulièrement révélateurs de ce renversement symbolique : « *l'avancée conceptuelle initiée par C. Trédaniel et qui est poursuivie aujourd'hui par toutes les facultés, nous place, même au point de vue mondial je dirais, très en avance sur le reste de la pensée médicale* ».

504 « Prenons la fameuse expérience de la section de la corde de tympan (1851) qui entraîne une vasodilatation des capillaires de l'oreille du lapin. La section est bien la cause de la vasodilatation. Ceci est vrai, considéré dans l'ensemble de l'acte expérimental, et l'on pourra tirer une loi de cette expérience. Mais pourra-t-on émettre une loi réciproque qui s'énoncerait : toute vasodilatation du système capillaire de l'oreille chez le lapin trouve comme cause une section de la corde de tympan ? » (TRÉDANIEL, 2013, p. 106)

« Un moment, j'étais encore étudiant, j'ai travaillé dans un hôpital et j'étais en train de lire les *Principes*. Et il y a un interne qui tombe sur le bouquin, il commence à le feuilleter, il passe cinq minutes à lire les premières pages... Et il comprenait pas, quoi ! Ça le dépassait ! Ça le dépassait d'aborder la discipline médicale sur le plan purement philosophique ! [Les médecins] sont absolument pas prêts à ça quoi ! Ça leur échappe ! Ça leur échappe. Et pourtant les conséquences pratiques sont évidentes et... Enfin c'est faramineux ce que ça a bouleversé quoi ! [...] C'est vraiment du principe d'évidence hein ? Tréda il n'a rien inventé ! Je me rappelle quand on en discutait avec lui, Trédaniel il disait qu'il n'a rien inventé. Effectivement, il n'a pas eu le même référentiel, mais c'est toujours ça les génies, ils... Ils changent d'angle quoi. Ils regardent la même chose mais pas de la même façon. »
(Patrice, étiope en exercice depuis 21 ans)

« Lavoisier n'a rien inventé, il n'a rien découvert, il a juste été un "arrangeur" de la chimie. De la même manière, Trédaniel n'a rien inventé au sens propre, il a juste repensé la médecine moderne ».
(Daniel, biologiste, enseignant en faculté d'étiope).

C. Trédaniel en vient dès lors à éclipser tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué au développement de l'étiope. Dans sa préface à la septième édition des *Principes fondamentaux*, qui fait suite au décès de l'auteur, Daniel Woehrling qualifie tour à tour ce dernier de « guide permanent », de « Maître », de « figure légendaire », de « référence emblématique à jamais incontournable et productive », à la « pensée [...] structurante en ce siècle invertébré » (TRÉDANIEL, 2013, p. 9-10). C'est là le prolongement de la réduction de l'étiope à une « méthode » : l'histoire de la discipline tend à être réduite à celle du concepteur de cette méthode. Ce récit historique, centré sur la personne de C. Trédaniel, vient en quelque sorte appuyer la distinction « épistémologique » de l'étiope en étayant la thèse d'un mouvement né « à part », parachevant ainsi le travail de distinction des praticiens au sein du champ des médecines manuelles.

3. La construction d'un « fondateur » hors normes :

L'histoire de C. Trédaniel, telle qu'elle est presque toujours racontée par les étiopes, c'est d'abord celle d'un patient sauvé par l'un des promoteurs de la médecine manuelle française, André De Sambucy, qui devient ensuite son mentor. Avant de s'en remettre aux soins de ce dernier, C. Trédaniel aurait subi pas moins d'une trentaine d'infiltrations⁵⁰⁵, un acharnement qui ne manque pas de contraster avec les quelques séances d'élongations salvatrices prodiguées par la suite. Cet épisode fondateur, dont on trouve le récit dans les *Principes fondamentaux*, dans *Histoire du reboutement*, dans les ouvrages destinés au grand public, ou encore sur le site internet de l'IFE, est

505 35 ou 36 selon les sources (TRÉDANIEL, 2013, p. 37 ; NAPIER, 1994, p. 17).

l'occasion de démontrer l'absurdité du diagnostic médical et, par là même, de justifier la nécessité d'une nouvelle approche de la pathologie. En revanche, il n'en est fait aucune mention dans les livrets actuellement mis à disposition dans les salles d'attente. Ces supports mentionnent bien C. Trédaniel, mais sans faire état de sa trajectoire thérapeutique. S'il en est ainsi, c'est probablement que le récit de la « révélation » de C. Trédaniel pour la médecine manuelle ne peut produire l'effet recherché que chez ceux qui manifestent déjà une forme d'adhésion à l'étiopathie et qui, de ce fait, sont disposés à croire en cette révélation. Il paraît donc peu opportun de le faire apparaître sur des supports qui constituent le tout premier contact avec le « monde de l'étiopathie »⁵⁰⁶, car à l'inverse, chez les clients qui doutent davantage de la compétence des praticiens, la confrontation directe à cet épisode peut être interprétée comme une tentative de « passage en force », orchestrée par un groupe de « fanatiques » ou de « manipulateurs »⁵⁰⁷. La sociologie dispositionnaliste a en effet bien montré que l'efficacité de tout message ou de tout travail pédagogique « est fonction de la distance qui sépare l'habitus qu'il tend à inculquer (i.e l'arbitraire culturel imposé) de l'habitus qui a été inculqué par les travaux pédagogiques antérieurs [...] (i.e l'arbitraire culturel d'origine) » (BOURDIEU & PASSERON, 1970, p. 58)⁵⁰⁸. Au final, cette histoire du patient « sauvé » devenu « fondateur », dont prendront connaissance ceux qui auront fait la démarche de s'intéresser de près à l'étiopathie, s'adresse bien plus aux aspirants étiopathes qu'aux simples usagers. Son inscription dans les éditions successives des *Principes fondamentaux* en fait d'ailleurs un passage obligé du cursus étiopathique. L'aspirant étiopathe se voit ainsi rapidement offrir un avant-goût de la revanche symbolique décrite précédemment : celle du praticien manuel modeste mais pragmatique, qui parvient à de meilleurs résultats thérapeutiques que les représentants dogmatiques d'une médecine « thaumaturge » (voir les extraits tirés des ouvrages de C. Trédaniel, rapportés au chapitre 1, p. 38).

L'histoire de C. Trédaniel (donc de l'étiopathie), c'est ensuite une année, omniprésente : 1963, moment de la « création » du terme « étiopathie ». Cette datation (sur laquelle des réserves

506 Le site internet de l'IFE, susceptible de constituer un « premier contact » pour l'utilisateur – quoique cela semble très rarement le cas, ainsi qu'on l'a vu au troisième chapitre – n'offre qu'un récit particulièrement sobre du parcours de C. Trédaniel : « Son parcours médical personnel, un accident de sport que la médecine classique n'a pu soigner, lui permit de rencontrer André de Sambucy, pionnier de la médecine manuelle en France, dont il devint l'assistant » (<http://www.etiopathie.com/etiopathie/origine/christian-tredaniel>, page consultée le 29 août 2019).

507 Les critiques des médecines non-conventionnelles ne manquent d'ailleurs pas de relever que « l'histoire » de la plupart des médecines non-conventionnelles s'apparente à une « hagiographie » d'un « fondateur » : « Lorsqu'on regarde attentivement toutes ces hagiographies, des points sautent aux yeux. Nous avons remarqué par exemple que l'œuvre de l'immense majorité des inventeurs de théorie/thérapie est sacrificielle : elle met en scène un homme sacrifiant tout pour le bien de l'humanité, ses biens, éventuellement sa famille, surtout sa santé [...]. Il est arrivé que la construction du mythe ne soit pas directement le fait du fondateur, mais de ses continuateurs ou descendants, qui alimentent le conte de fée afin bien souvent d'en tirer un bénéfice symbolique ou lucratif » (PINSULT & MONVOISIN, 2014, p. 62).

508 La réception d'un discours scientifique n'échappe d'ailleurs pas à cette « disposition à croire » : « La vérité scientifique est soumise aux mêmes lois de diffusion que l'idéologie. Une proposition scientifique, c'est comme une bulle du pape sur la régulation des naissances, ça ne prêche que les convertis » (BOURDIEU, 2013, p. 230).

ont été émises au chapitre 1) de ce qui, au fond, ne constitue qu'une simple étiquette apposée sur un ensemble de concepts, a pour effet magique de créer une rupture dans le déroulement continu de l'Histoire, en situant d'une manière tout à fait arbitraire un « début », une « origine »⁵⁰⁹. Dans la majorité des articles de presse, et même dans le rapport de l'INSERM qui, pour l'occasion, livre un copié/collé de ce que rapportent les principaux intéressés, on pourra en effet lire, au terme d'un glissement sémantique, que « l'étiopathie a été créée en 1963 ».

« L'étiopathie a été créée et développée en 1963 en France par Christian Trédaniel (1934-2011). Il créa le terme "Etiopathie" du grec *aïtia* "cause" et *pathos* "souffrance" pour désigner une pratique manuelle qui priorise "la détermination de la cause d'une pathologie plutôt que s'en supprimer directement les effets" (Trédaniel 2013). Il fonda la première faculté libre d'étiopathie de Paris en 1979⁵¹⁰. "En 1963, je créai le terme "Étiopathie" pour désigner la méthode qui devait répondre simultanément aux recherches théoriques concernant ces problèmes, et aux applications à la pathologie et à la thérapeutique qui en découlaient" (Trédaniel 2013). »

(BEN KHEDER BALBOLIA ET AL., 2018, p. 7)

L'étiopathie apparaît dès lors comme une thérapeutique relativement récente, plus récente que ses rivales ostéopathique et chiropratique, dont les représentants et les médecins historiographes font, pour leur part, remonter les « origines » au 19^{ème} siècle (LE CORRE & HALDEMAN, 1986 ; LE CORRE & TOFFALONI, 1996).

Certains épisodes du parcours de C. Trédaniel sont ensuite passés sous silence afin d'étayer la version d'un mouvement véritablement distinct. Ainsi, son usage de l'étiquette « ostéopathique » jusqu'à la fin des années 1960 – à travers l'AOI, et lors de son passage à la SRO de Paul Gény – n'est mentionnée que brièvement dans un premier livre de vulgarisation publié en 1989 et 1990 (aujourd'hui peu accessible), et, d'une façon plus approfondie, dans un article de la *RIME* accessible essentiellement « en interne » (TRÉDANIEL, 1993, p. 13-44). « *Je dirais que Christian Trédaniel ne s'en est jamais remis finalement [raconte l'ancienne présidente de l'IFE]. C'était son tendon d'Achille. Fallait surtout pas lui dire qu'il avait été ostéopathe. Pour lui... D'ailleurs, il n'a jamais été ostéopathe !* » Le passage de C. Trédaniel chez les chiropracteurs, mentionné dans ses *Principes fondamentaux* (2013, p. 39-40) et conté avec plus de précision dans son *Histoire du reboutement* (1998), semble davantage assumé. Ceci étant, cette partie de l'histoire n'apparaît également que dans

509 Pour l'historien, la délicate désignation d'un « début » – celui de la thèse, de la période étudiée – fait partie intégrante du travail de construction de l'objet. Les « débuts » et les « origines » qui s'imposent à l'esprit comme s'ils étaient objectivement inscrits dans les choses ou dans les événements ne manifestent que la vision qu'ont les dominants de l'Histoire, vision dont l'arbitraire est méconnu en tant que tel.

510 La première structure de formation à utiliser l'appellation « étiopathie » fut en réalité le Collège Européen d'Étiopathie (CEE) de Genève, anciennement Collège d'Ostéopathie Européen (COE) renommé en 1973, et dont C. Trédaniel fut l'un des initiateurs (BAILLY, 2005). Le travail de thèse d'É. Bailly, qui contribue à démontrer l'intrication historique des mouvements ostéopathique et étiopathique, ne figure pas dans la bibliographie du rapport.

certaines ouvrages ; elle ne figure pas dans les livres de vulgarisation les plus récents ni dans les supports de « premier contact ». Tout se passe donc comme si C. Trédaniel pouvait, en quelque sorte, « se confier » aux étiopathes et apprentis étiopathes, public averti et disposé à « comprendre » que l'étiopathie constitue bel et bien une médecine distincte de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Sans doute avait-il même intérêt à leur raconter toute l'histoire, dans la mesure où il n'était pas improbable que ces derniers découvrent par d'autres voies le passé de leur « maître ». En revanche, la confusion entre l'étiopathie et l'ostéopathie (et parfois la chiropraxie) étant ce qu'elle est chez les profanes, expliquer à ces derniers que C. Trédaniel fut naguère un « ostéopathe » (et un chiropracteur) risque fort de saper l'entreprise de distinction⁵¹¹. En fin de compte, celui qui ne s'intéresse pas de près à l'histoire de l'étiopathie risque fort de ne pas entrevoir sa « parenté » historique avec l'ostéopathie. Je n'ai moi-même accédé à ces éléments qu'en première année de thèse. Tout au long de l'enquête de Master 2, qui portait essentiellement sur les pratiques des usagers, les étiopathes sont parvenus à faire illusion. Leur mouvement me semblait *a priori* avoir impliqué des acteurs distincts de ceux qui ont contribué au développement de l'ostéopathie française.

Ce n'est qu'à la suite des différents « schismes » décrits au chapitre 1 que C. Trédaniel est apparu comme le seul et unique « fondateur » de l'étiopathie. Dans une brochure datant du milieu des années 1970 exhumée par un enquêté – époque où C. Trédaniel n'avait pas encore rompu avec le CEE de Genève – il est non seulement question d'une « équipe de pionniers », mais on y trouve également des références ostéopathiques – en l'occurrence Still et Sutherland – qui seront par la suite décriées tant dans les ouvrages d'étiopathie que dans la *RIME*⁵¹². De même, dans l'avant-propos de la toute première édition des *Principes fondamentaux* (1979), C. Trédaniel accorde un rôle à son ancien acolyte C. Aemmer dans l'élaboration de l'étiopathie : « C'est en 1959 que Christian Trédaniel et Charles Aemmer se réunirent et décidèrent de revoir entièrement les fondements de la médecine manipulative tant sur le plan de la technologie que sur celui de ses bases épistémologiques. Charles Aemmer se chargea du domaine technique alors que Christian Trédaniel entreprit d'élaborer les Principes fondamentaux de ce qui allait devenir l'étiopathie ». Dès la seconde

511 La confusion entre étiopathie et chiropraxie apparaît moins problématique, d'abord parce la différence phonétique des termes (que l'on ne retrouve guère entre « ostéopathie » et « étiopathie ») semble contribuer à faire exister une différence entre les pratiques et, surtout, parce que les chiropracteurs sont de toute façon peu nombreux en France.

512 On peut notamment lire sur cette brochure qu'« après avoir hérité de l'esprit pragmatique, mécaniste de De Sambucy ; après avoir pris le meilleur de l'esprit des techniques chiropractiques et ostéopathiques, et rejeté tous les dogmes sans fondements scientifiques ; après avoir repris, pensé et amélioré les travaux et les techniques de Thure-Brandt, de Stapfer, de Still, de Sutherland ; après avoir de nombreuses années sous l'influence et avec Guy Steiner, critiqué et approfondi les bases de ce qui devait être une médecine manipulative totale ; une équipe de pionniers donna naissance en 1962 à la médecine "étiopathique" ». On remarquera que, sur cet ancien support, ce n'est pas au cours de l'année 1963 qu'est situé le « début » de l'étiopathie.

édition des *Principes* (publiée en 1982, juste après le « schisme » avec le CEE de Genève), C. Aemmer disparaît totalement des écrits, y compris des références bibliographiques. Inversement, si l'on considère les productions du groupe d'étiopathes réunis autour du CEE après 1982, comme par exemple l'ouvrage de Gérald Lapertosa *Quelle médecine ?*, publié en 1987 et préfacé par Charles Aemmer – qui, pour le coup, apparaît comme le « fondateur du centre d'étiopathie de Genève » – C. Trédaniel n'apparaît à aucun moment comme le « père » de l'étiopathie. Il n'apparaît même pas dans le corps de texte ; seuls ses *Principes fondamentaux* sont cités dans la bibliographie. Ainsi C. Trédaniel est-il loin d'avoir bénéficié d'emblée du statut de « fondateur de l'étiopathie ». Au contraire, celui-ci ne fut désigné comme tel qu'*a posteriori*, par les praticiens restés à ses côtés et non par les autres, après qu'il se soit éloigné d'une partie de ceux avec qui il avait commencé à entreprendre des enseignements et à concevoir une thérapeutique. Désormais seul à occuper la scène dans l'histoire de ceux qui se revendiquent encore de « l'étiopathie » – ce qui tend déjà à en faire un homme d'exception –, les différents écrits qui lui sont consacrés achèvent d'en faire un personnage hors normes. Difficile, en effet, de trouver la moindre mention de C. Trédaniel qui ne soit assortie d'un commentaire laudateur soulignant son intelligence, sa rigueur, son intuition, voire son génie. On pourra d'ailleurs lire dans tous les ouvrages destinés au grand public (TRÉDANIEL & GAUTIER, 1989, p. 15 ; NAPIER, 1994, p. 17 ; LOCCHI, 2013, p. 31), sur l'ancien livret de communication mis à disposition des usagers (la liste des praticiens mise à jour en octobre 2012), ou encore sur les sites personnels de certains praticiens, que C. Trédaniel fut « formé » à la philosophie, à la logique, aux mathématiques, voire à la psychologie, même s'il n'a jamais suivi aucun autre cursus que celui de kinésithérapie chez De Sambucy et ceux de chiropraxie dans les écoles américaines.

« Le passé est un enjeu du présent, celui des disciplines ne fait pas exception. Dans les sciences sociales, [par exemple], contrôler l'histoire ou la mémoire du groupe savant est un moyen d'y asseoir une autorité. Le commentaire des œuvres d'autrui – auteurs du passé ou contemporain – est, on le sait, une activité qui contribue à délimiter et organiser les champs disciplinaires » (TOPALOV, 2015, p. 15). Tout comme pour les sciences sociales, cette « histoire » de l'étiopathie, centrée sur le « fondateur » C. Trédaniel, répond aux enjeux actuels de définition de la discipline et de sa distinction vis-à-vis des autres thérapies manuelles. Le récit historique, en somme, est l'un des instruments de lutte dans la concurrence entre les disciplines. « Les modalités de la compétition sont diverses, selon la situation de la discipline et les positions des acteurs en son sein [...]. Quelques types semblent se dégager : les gardiens de la tradition, généralement au centre des pouvoirs d'une discipline, qui visent à stabiliser un discours sur les grands auteurs et s'assurer le monopole de celui-

ci ; les divers redresseurs de torts, généralement des prétendants situés aux marges qui revendiquent la révision des histoires officielles : ce sont eux qui exhument les ancêtres injustement oubliés, redécouvrent la génération qui précède celle qui se trouve aux commandes, préconisent les "retours aux textes" ; [et] les bâtisseurs de monuments, qui s'attachent à célébrer un fondateur en vue de rassembler une communauté savante incertaine, déchirée ou menacée » (TOPALOV, 2015, p. 15-16). Selon l'espace considéré, les étiopathes (ou plutôt les *auteurs* étiopathes) apparaissent tour à tour comme des « bâtisseurs de monument » (le singulier est ici de rigueur, C. Trédaniel étant le seul monument) ou comme des « redresseurs de torts » : bâtisseurs de monument lorsque l'on considère le seul champ des médecines manuelles, au sein duquel il revient aux étiopathes de revendiquer la spécificité de leurs pratiques, en se référant systématiquement à C. Trédaniel et, accessoirement, en détruisant les monuments des autres disciplines (A. T. Still pour l'ostéopathie ; B. J. Palmer pour la chiropraxie) ; redresseurs de torts lorsque l'on considère l'ensemble de l'espace de la santé, où il s'agit cette fois de se légitimer vis-à-vis de la profession médicale dominante, en « exhument » et en célébrant les travaux et les mérites d'un René Leriche, d'un Horace Stapfer ou d'un Ambroise Paré. Dans les lignes qui suivront, on verra cependant que la dimension centrale accordée à C. Trédaniel et à ses *Principes fondamentaux* est susceptible d'entraver la quête de légitimité des étiopathes.

4. De la réalité étiologique aux réflexions épistémologiques : le risque du quiproquo

Si « c'est la marque des œuvres réussies d'éveiller d'abord de vastes controverses » (LÉONARD, 1981, p. 243), la « vaste controverse » entre étiopathes et médecins ne semble pas à la veille d'avoir lieu, du moins pas autour des *Principes fondamentaux*. En affirmant que les médecins ne « cherchent pas la cause », c'est-à-dire en manquant de voir en quoi le diagnostic médical est le produit d'un autre rôle social et d'une autre position dans la division du travail thérapeutique, les étiopathes paraissent engagés dans une fausse polémique, certes utile pour fédérer, se valoriser et s'opposer, mais fort peu à même de heurter les conceptions médicales. En d'autres termes, on se demande si, en prétendant que les divergences entre étiopathes et médecins sont d'ordre « épistémologiques », C. Trédaniel et ceux à sa suite n'ont pas fabriqué de toute pièce un fossé entre des praticiens qui, pourtant, seraient en mesure de se comprendre et de débattre dans la mesure où ils parlent le même langage de l'anatomie et de la physiologie⁵¹³. C'est en tout cas ce que semble

513 En témoigne cette anecdote rapportée par Nathalie qui, entretenant de bonnes relations avec le médecin qui la soignait depuis l'enfance, a pu échanger sur le cas de son mari : « Un jour mon mari il faisait des coliques néphrétiques – donc des calculs dans le rein – et il était en douleur et tout. Le calcul était expulsé mais il avait toujours mal sur ses lombaires. Donc du coup j'ai dit "mais docteur Lambert; il souffre de sa quatrième lombaire parce qu'il y a une dilatation de l'uretère. L'uretère supérieur ou l'uretère inférieur, il est innervé par certaines fibres

révéler l'anecdote de Patrice rapportée plus haut (voir p. 332) : si un interne s'est trouvé « dépassé » par les *Principes fondamentaux*, c'est peut-être tout simplement que ceux-ci, tout en relevant de « l'évidence » (selon le mot de Patrice lui-même), ne se révélaient d'aucune utilité pour son travail de médecin. Les *Principes* semblent d'ailleurs ouvrir la porte à quelques quiproquos. La notion de « cause endogène » en fournit une première illustration. Pour les étiopathes, cette cause endogène est une aberration scientifique : déterminisme oblige, une pathologie – maladie génétique et vieillissement exceptés – ne peut trouver son origine première que dans une cause exogène, c'est-à-dire une interaction avec l'environnement. Lors du congrès d'étiopathie de Marseille en juin 2016, une doctoresse en médecine interne fut invitée à tenir une conférence intitulée « génétique et immunothérapie ». Après avoir comparé sommairement les postures médicale et étiopathique et pris acte du fait qu'en étiopathie la cause d'une pathologie ne peut être qu'exogène, elle expliquait en quoi, de son point de vue, la « cause endogène » existe bel et bien : « *Il y a des spécialistes d'organes – qui eux vont vraiment être focalisés sur l'organe, ils vont plutôt découper le corps de l'individu selon l'organe qui les intéresse – et les spécialités holistiques comme la mienne, qui est interniste. Nous on va se dire "ok, cet organe va mal, mais peut-être que cet organe va mal parce qu'il y a une maladie générale qui fait que cet organe et celui-ci sont touchés". Donc pour moi, la maladie elle a une cause endogène* ». Ici, la « cause endogène » ne constitue sans doute qu'une catégorie pratique, créée dans et pour l'exercice de la médecine, dans ce qu'elle a de plus concret et de plus urgent. Elle renverrait ainsi à ce sur quoi le praticien est amené à porter l'attention, et non à une divergence fondamentale en matière de déterminisme. Le même malentendu semble subsister à propos de la notion de « hasard ». Dans les *Principes*, on peut lire que « pour [les étiopathes], la notion de hasard n'est qu'une expression commode pour cacher notre insuffisance. Le hasard commence là où nos connaissances et nos possibilités d'analyses s'arrêtent. L'introduction de la notion de hasard en biologie par Jacques Monod nous paraît une erreur grave⁵¹⁴. Il faut en effet clairement distinguer le hasard ("ce qui ne dépend de rien d'autre que soi", autrement dit la *causa sui* de Spinoza, qui est d'ordre métaphysique et théologique) et l'*aléatoire*, c'est-à-dire ce qui relève du déterminisme statistique et concerne l'interférence en un instant donné et dans un milieu donné de séries causales hétérogènes (par exemple la chute d'une tuile sur le crâne un jour de grand vent...) » (TRÉDANIEL, 2013, p. 132). L'auteur suggère ainsi que la notion de hasard, telle qu'elle serait employée par les médecins, renverrait à une remise en cause du déterminisme des

qui viennent de la quatrième lombaire, donc en fait je comprends pourquoi il a toujours mal à la quatrième lombaire ! Il me regarde et il fait : "ah ouais, t'as raison. J'ai vu ça pendant mes études mais nous ça nous sert à rien". Du coup là il a compris en fait ce que c'était que l'étiopathie. Progressivement j'avais pu lui expliquer certains trucs."

514 L'auteur fait ici référence à l'ouvrage *Le hasard et la nécessité. Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne*, publié en 1970.

phénomènes pathologiques, et entraînerait de ce fait un renoncement pur et simple de l'étude de l'étiologie. Un troisième exemple peut être donné avec la notion de « maladie génétique » : pour les étiopathes, la maladie génétique n'existe pas à proprement parler, car elle ne représente que le fonctionnement normal d'un individu porteur d'un matériel génétique particulier. Cette considération ne s'accompagne pourtant pas (ou pas collectivement du moins) d'un discours moral ou politique selon lequel les personnes atteintes de maladies génétiques ne mériteraient aucune prise en charge, puisqu'elles sont au fond « normales ». Autrement dit, les étiopathes oublient ici que la catégorie de « malade » renvoie non pas à des phénomènes biologiques, mais avant tout à un travail de contrôle social qui ne leur est pas dévolu⁵¹⁵. En définitive, les *Principes fondamentaux* renferment et alimentent une mécompréhension, tant vis-à-vis du travail des médecins que du travail des étiopathes. Cette mécompréhension peut-être d'autant plus vivace que, sur le papier, ces *Principes* présentent tous les aspects de la rigueur et de la froide « logique ». Et à leur lecture, les médecins ne seront pas nécessairement en mesure de se montrer plus « sociologues » que les étiopathes et de faire remarquer l'épistémocentrisme de leur auteur. Faire sa propre sociologie n'est pas moins délicat que de faire la sociologie d'autrui. En témoignent ces quelques médecins devenus étiopathes, convaincus par une rhétorique pourtant complètement ignorante des réalités de leur ancien travail. En fait, la découverte émerveillée des *Principes* ou leur rejet catégorique teinté de mépris traduisent la même lecture « a-sociologique » de l'ouvrage de C. Trédaniel. Il existe cependant une méthode simple pour prévenir les malentendus : « redescendre » de la critique épistémologique aux réalités étiologiques, physiopathologiques et cliniques. Aux étiopathes soucieux de faire connaître leur pratique aux médecins et d'engager la discussion, les mémoires d'étudiants apparaîtront sans doute beaucoup plus utiles que les *Principes fondamentaux*.

Si le risque d'un quiproquo méritait amplement d'être souligné dans la mesure où C. Trédaniel et son ouvrage occupent une place prépondérante dans « l'identité étiopathique » et où, de ce fait, c'est par cette « entrée » que les critiques tendront à appréhender cette thérapeutique⁵¹⁶, ce

515 C'est également ce qu'oublie J-F. Gautier lorsqu'il évoque le « renversement épistémologique » suivant : « Il est singulier de constater que, selon le Pr Garnier, ORL de Marseille cité par le *Quotidien du Médecin* du 19 septembre 1991, "on peut parler de rhino-pharyngite récidivante dès lors qu'un enfant présente dans l'année plus de trois épisodes nécessitant une antibiothérapie". Ainsi, les mandarins fabriquent maintenant leur nosographie à partir de leurs prescriptions pharmaceutiques, et non plus à partir de l'observation clinique, ce qui représente un singulier renversement épistémologique » (GAUTIER, 1991, p. 118).

516 « *Si vous voulez réellement savoir comment se construit l'étiopathie, faut lire Trédaniel hein !* », me disait Pascale, étiopathe et ancienne présidente de l'IFE, alors que je la rencontrais pour la première fois. C'est précisément ce que fit un auteur de la revue *Science & pseudo-sciences* en 1987, et sa conclusion n'était guère élogieuse : « La doctrine est un amalgame de vocabulaire scientifique et de conceptions dogmatiques à résonance mystique (quoi qu'elle s'en défende) avec un large emploi de majuscules et de graphes. Chaque être humain, explique-t-elle, vient au monde avec un Potentiel Vital Originel (PVO) formé à l'instant de sa conception (mais ne pas confondre avec une hérédité génétique, qui est ignorée ou niée). Chaque être humain est une entité. La destinée vitale d'un individu ne doit pas être comparée à celle d'un de ses semblables, mais seulement à son propre PVO. Tout au long de l'existence, le

risque doit néanmoins être relativisé compte tenu de la façon dont les praticiens tendent à mobiliser cette référence. En effet, la critique épistémologique et « sociologique » de la médecine dont il vient d'être question semble moins destinée aux acteurs extérieurs qu'à l'entre-soi étio-pathique. Les ouvrages destinés au grand public, de même que les livrets de communication, listent des pathologies pour lesquelles les étio-pathes revendiquent une compétence, mais la critique de la médecine y demeure minime. Les praticiens affirment tout au plus qu'ils « soignent la cause plutôt que les symptômes », mais toute l'opposition entre une « médecine mécaniste » et une « médecine magique » est évacuée. Les ouvrages de J-P. Moureau, qui sont également destinés au grand public⁵¹⁷, ne se font pas plus l'écho de cette rhétorique. Quant à ceux qui ont été cités dans ce chapitre, à savoir les *Principes fondamentaux* et *l'Histoire du reboutement* de C. Trédaniel, ainsi que *Logique et pensée médicale* de J.F. Gautier, leur visibilité par-delà le cercle étio-pathique semble restreinte. La *RIME*, pour sa part, était certes expédiée à des bibliothèques universitaires de médecine, mais elle se composait principalement d'articles traitant de clinique, de thérapeutique, d'anatomie, de biologie etc. La rhétorique de la « médecine magique », quoique bien présente, y apparaissait secondaire. En outre, nous avons vu au chapitre 1 que l'objectif de cette revue était d'abord interne : il s'agissait de démontrer continuellement aux étudiants et aux praticiens la spécificité et la supériorité de l'approche étio-pathique, et de renforcer ainsi leur cohésion. C'est ce même rôle que semble jouer la critique de la médecine : le schéma du praticien « mécaniste » – qu'il s'agisse de l'étio-pathiste, du rebouteux ou du chirurgien – opposé aux médecins « thaumaturges », au fond, sert moins à convaincre les acteurs extérieurs qu'à convaincre les étio-pathes eux-mêmes de la légitimité de ce qu'ils font. Le risque de découvrir l'étio-pathie par le prisme de ce discours demeure donc limité.

Conclusion du chapitre 7 :

« On ne choisit la dialectique que lorsque l'on n'a pas d'autre moyen », écrivait F. Nietzsche dans *Le crépuscule des idoles* (1980, p. 22) ; une façon de signifier que le travail d'argumentation, de raisonnement, la volonté de « l'emporter par la raison » et d'obtenir ainsi l'adhésion de l'autre, est

PVO suit une courbe décroissante ; la santé parfaite réside dans le respect intégral de cette courbe. La maladie n'a jamais de cause héréditaire ou endogène ; elle est une modification de la destinée due à des accidents extérieurs ou au non-respect des règles d'hygiène » (<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article142>, page consultée le 29 octobre 2019). C'est également sur la seule base des *Principes fondamentaux* que le rhumatologue Stanislas De Sèze – qui semble n'avoir pas lu l'ouvrage, mais simplement un article de journal s'en faisant l'écho – formula son jugement sur l'étio-pathie (DE SÈZE, 1987, p. 946-947). Et lorsqu'en 2014 N. Pinsault et R. Monvoisin accordent quelques lignes à cette médecine, C. Tédaniel et son ouvrage occupent à nouveau le devant de la scène (PINSULT & MONVOISIN, 2014, p. 94-95).

517 Ses ouvrages ont été publiés aux éditions du Seuil, et non aux éditions Avenir des Sciences.

symptomatique d'une position de faiblesse, d'une incapacité à s'imposer par une puissance physique ou symbolique. Le travail dialectique des étiopathes, particulièrement fourni tant sur le plan épistémologique que sur le plan historique, est à indexer à la double domination qu'ils subissent : celle des médecins, d'une part, et celle des praticiens manuels qui occupaient déjà l'espace des médecines manuelles hétérodoxes d'autre part : les ostéopathes et les chiropracteurs. Puisque rien ne vient *a priori* attester de leur supériorité, il s'agit, pour ces praticiens, de la démontrer. Cette démonstration passe par l'inculcation et la promotion d'une méthode formalisée dans les *Principes fondamentaux* de C. Trédaniel. Cette méthode, qui s'ancre dans un discours qualifiant la médecine officielle de « symptomatique », promeut les étiopathes au rang de praticiens qui « soignent la cause », instituant par là un décalage considérable et particulièrement valorisant entre ce qu'ils prétendent être et ce qu'ils sont à même de faire. Cette opposition symbolique vis-à-vis des médecins se voit étayée non seulement par un recours à l'histoire de la chirurgie, mais également par une mobilisation de la « tradition du reboutement ». Les étiopathes suivent en cela un cheminement opposé à celui des kinésithérapeutes qui, pour intégrer le champ médical, ont tenu à se distinguer à tout prix des rebouteux plutôt qu'à en réclamer l'héritage⁵¹⁸. Le fait que la profession médicale concentre l'essentiel des critiques étiopathiques révèle d'ailleurs l'aspiration des praticiens à l'autonomie⁵¹⁹. Ces derniers ne trouvent en revanche aucun intérêt à se définir par rapport aux kinésithérapeutes, alors même que leur compétence thérapeutique est plus proche de la leur.

518 « [La] relation des kinésithérapeutes aux professionnels de santé se caractérise d'abord par la quasi-absence du rebouteux, excepté au cours de la période où l'enjeu est précisément l'inscription dans le champ médical et où il s'agit de se distinguer à tout prix de "la tourbe des rebouteux et des charlatans". En effet, tout se passe comme si, une fois acquise l'inscription dans le champ médical, l'espace des positions et des oppositions pertinentes était redéfini » (GAUBERT, 2006, p. 28).

519 La critique de l'ostéopathie, par comparaison, apparaît tout à fait annexe.

Conclusion de la partie III :

Cette troisième partie avait pour objectif de décrire les mécanismes susceptibles d'alimenter l'offre étiopathique. Après avoir été principalement une voie de promotion sociale pour des paramédicaux, l'étiopathie est désormais plus largement investie par une population relativement jeune, sans qualification, et davantage féminine. Bien que le métier apparaisse souvent comme un second choix pour des personnes ayant échoué aux filières plus sélectives que sont la médecine et la kinésithérapie, il se révèle relativement attractif malgré son illégalité. Il se révèle en outre suffisamment accessible pour attirer des personnes éloignés des métiers de la santé en situation de reconversion professionnelle ou étudiante. En effet, moyennant quelques années de précarité, les praticiens parviennent globalement à une situation économique stable voire confortable, à plus forte raison si l'on considère qu'ils sont libres d'adapter leur emploi du temps et leur rythme de travail. Les soins qu'ils délivrent leur assurent en outre une reconnaissance sociale souvent considérable auprès de leurs clients. La position de l'étiopathe apparaît d'autant plus attractive que les praticiens sont parvenus à se construire une image originale d'eux-mêmes, image que les étudiants se voient inculquer dès le début de leur formation. En effet, bien que leur travail consiste essentiellement à déceler des lésions manuellement réversibles, les étiopathes présentent régulièrement leur discipline comme une recherche de « la cause du mal ». Ainsi, bien que leur pratique thérapeutique soit parfois reléguée au rang de pseudo-science, ces praticiens se considèrent pour leur part comme les représentants de la médecine véritablement scientifique.

Conclusion générale

*« La santé n'est pas seulement la vie dans le silence des organes,
c'est aussi la vie dans la discrétion des rapports sociaux »
(CANGUILHEM, 1992, p. 14)*

*« La médecine-science n'est jamais une spéculation isolable,
elle est la médecine d'un contexte culturel.
De même, la profession médicale n'est jamais une réalité neutre,
elle est la médecine d'un milieu socio-politique »
(LÉONARD, 1981, p. 8)*

« Il n'y a de problème médical ou de prise en charge spécifique que lorsque a été isolé et posé un problème social quelconque, que lorsque la pathologie de tel groupe social devient un problème social ou politique, que la déviance corporelle menace l'ordre social. Il s'agit avant de soigner, de contrôler à travers la surveillance de leurs maladies un groupe social particulier » (CHAUVENET, 1978, p. 97). À travers cette étude de ce que j'ai appelé le marché de la non-urgence, je me suis efforcé de montrer la pertinence, mais aussi et surtout la portée de cette réflexion d'Antoinette Chauvenet. Investis d'une mission de contrôle social, les médecins reconnaissent des « maladies », mais aussi (et par conséquent) des états « normaux » ou « non pathologiques » – le « mal de dos », qui représente à lui seul une part considérable des séances d'étiopathie, en constitue un cas typique (DESFONTAINES, 2012). Ils doivent ainsi appliquer une thérapeutique qui ne saurait se conformer (du moins systématiquement) aux seules attentes des patients. On peut ainsi observer un hiatus parfois considérable entre les problèmes de ce dernier et les problèmes du professionnel, hiatus que les politiques de réduction des dépenses de santé ne peuvent qu'amplifier. Les étiopathes apparaissent dès lors comme les praticiens d'une médecine privée, c'est-à-dire comme des praticiens en mesure de se conformer aux exigences de ce qu'il est convenu d'appeler des clients. L'étude de ces clientèles tend à révéler que c'est aux classes laborieuses que ces soins profitent le plus, alors même que ces dernières ne peuvent que difficilement y accéder. Le succès des étiopathes auprès de cette population apparaît ainsi comme la conséquence d'une tendance de la médecine officielle à répondre préférentiellement aux besoins des classes favorisées. Une observation qui confirme les analyses d'A. Chauvenet, qui soutenait que « l'industrialisation de la médecine », à travers la naissance de l'hôpital public, soumis aux impératifs de rentabilisation, a eu pour conséquence de renforcer les ségrégations sociales en matière d'accès aux soins, « les chances d'accès aux services

plus spécialisés croissant avec l'élévation de la catégorie sociale » (CHAUVENET, 1978, p. 60)⁵²⁰.

Alors que les médecins et les pouvoirs publics s'opposent largement à leur développement au-delà de la sphère médicale (tout en leur accordant un intérêt plus que limité), les thérapies non-conventionnelles constituent autant de « baromètres » susceptibles de nous éclairer sur les insuffisances de la médecine officielle et l'état de santé de la population. Ce n'est pas seulement que des praticiens comme les étioopathes se positionnent sur des problèmes que les médecins soignent mal : ils se positionnent aussi sur des problèmes qui ne sont pas ou qui ne sont guère en mesure d'émerger en tant que tel au sein du monde médical. « Les questions que posent les savants ne résultent pas d'un exercice solitaire de la faculté de penser : elles naissent d'interactions avec autrui » (TOPALOV, 2015, p. 31). En d'autres termes, le contenu même d'une science ou d'une thérapeutique est éminemment contextuel : certaines configurations sociales seront susceptibles de faire apparaître des problèmes, de susciter des recherches, une thérapeutique, et même, à terme (potentiellement), des énoncés scientifiques, tandis que d'autres empêcheront jusqu'à la manifestation même de ces problèmes initiaux⁵²¹. Ainsi les cabinets d'étioopathie ont-ils au moins un mérite : celui de faire varier ces contextes (de même que les habitus des individus entrant en interaction), soit d'élargir l'éventail des « sites » – pour reprendre la notion de C. Topalov⁵²² – où peuvent non seulement s'exprimer ce que les usagers estiment être des problèmes de santé, mais où les praticiens sont également en mesure de proposer et d'inventer des solutions originales. Les solutions aux troubles qui composent le marché de la non-urgence ont d'autant moins de chance d'émerger de l'espace médical que les praticiens qui en sont les plus proches, en l'occurrence les généralistes, sont ceux qui disposent des plus faibles moyens (cf. chapitre 5). Quant aux usagers eux-mêmes, ils ne semblent guère en mesure de faire advenir ces solutions de par la diversité de leurs profils sociologiques et des situations pathologiques qu'ils traversent⁵²³. Les thérapeutes

520 L'auteure note que « les cadres supérieurs et les professions libérales sont 10 fois plus représentés dans les services de pointe que dans les services de médecine générale ». Elle relève également que les retraités sont 12 fois plus nombreux dans les premiers, ce qui témoigne de l'éloignement des services « de pointe » vis-à-vis du marché de la non-urgence.

521 C'est ainsi que les problématiques de l'armée semblent avoir joué un rôle prépondérant dans le développement et la diffusion des connaissances en thérapeutique, et notamment en chirurgie : « Les premiers hôpitaux à prodiguer uniquement des soins sont les hôpitaux de la marine et de l'armée. La marine, par les Ordonnances de Colbert et de Seignelay en 1681 et 1689, possède ses propres hôpitaux conçus uniquement pour les soins et pour l'enseignement. L'Édit du 17 janvier 1708 consacre un service de santé aux armées et établit des hôpitaux militaires dans toutes les places et les villes frontières » (TERQUEM, 1992, p. 107). D'après Jacques Léonard, les hôpitaux militaires sont également les premiers à s'être adaptés aux retombées du pasteurisme, sous l'impulsion du chirurgien militaire Edmond Delorme (1981, p. 252).

522 « Un site ainsi entendu se définit simplement par l'existence d'interactions pertinentes entre acteurs. L'espace qui les réunit est défini par le réseau des communications et le territoire des juridictions pertinentes. [...] Un site, dans la perspective retenue ici, n'est pas un territoire, mais l'espace géographique et institutionnel défini par un réseau d'interactions – par un ensemble de "conversations" » (TOPALOV, 2015, p. 37).

523 Les usagers des urgences, par exemple, issus d'horizons divers et atteints de problèmes variés, ne se sont jamais

alternatifs semblent ainsi avoir de beaux jours devant eux : il est en effet frappant de constater combien l'explosion des effectifs médicaux et paramédicaux (notamment les kinésithérapeutes dont, rappelons-le, les effectifs ont doublé entre 1990 et 2017) n'ont pas empêché leur prolifération. Le désajustement entre la compétence médicale et les « besoins » des patients a laissé le champ libre à l'invention de nouvelles positions sociales relativement attractives. D'une part, la dimension faiblement prudentielle du métier d'étiopathe (CHAMPY, 2009), soit le fait que les praticiens n'endossent jamais qu'une responsabilité limitée dans cette autonomie qu'ils revendiquent, en fait une activité relativement accessible. D'autre part, ce métier assure à terme une rémunération matérielle et symbolique conséquente, d'autant plus conséquente que bien des usagers ont au préalable fait l'expérience de l'incompétence médicale.

Le marché de la non-urgence laisse entrevoir toute son étendue lorsque que l'on considère la parenté de l'étiopathie avec l'ostéopathie et la chiropraxie : on comprend dès lors que ce ne sont pas seulement quelques centaines de praticiens manuels qui s'y sont positionnés, mais probablement plusieurs milliers, voire plusieurs dizaines de milliers. Si un tel marché a pu échapper jusqu'ici aux statistiques de santé publique, c'est que ces statistiques « mesurent l'activité des médecins mais pas l'état de santé ou la morbidité de la population » (PENEFF, 2005, p. 39). « [Les] travaux [des professionnels de la statistique, explique J. Peneff], masquent plus qu'ils ne révèlent les inégalités sociales de santé. Ainsi par exemple, les responsables du recensement chargés de compter les malades et les soins reçus évitent de poser des questions délicates sur des anomalies constatées. Ils dépendent, pour leur collecte, du corps médical qu'ils doivent donc ménager. La seule catégorie qui serait intéressante et qui pourrait sembler élémentaire à tout profane pour juger de l'efficacité des soins – "guéri" – n'existe pas ! Celles de "sorti" ou de "transféré," "orienté" sont censées la remplacer et évitent de distinguer dans les fréquences d'admission les "retours", les "habitués" ou les "nomades " (qui tournent sur plusieurs hôpitaux ou multiconsultations simultanées) » (PENEFF, 2005, p. 40). Donner au marché de la non-urgence une chance d'apparaître supposerait en premier lieu de renoncer au point de vue médical et aux catégories afférentes. « Une discipline scientifique avance quand elle renonce aux perceptions et aux catégories de jugement des acteurs. [...] Nous aurons fait un pas en avant en ne déclarant pas *a priori* "malades" des individus parce qu'ils ont été qualifiés ainsi par des médecins. Il faut donc se détacher des catégories "indigènes" et déclarer que

mobilisés collectivement. « Les cohortes actuelles de demandeurs de soins sont des patients orientés par d'autres filières ou bien rejetées d'autres secteurs et sont inorganisés, collectivement peu revendicatifs. Les urgences sont un des rares services publics urbains qui n'a donné lieu à aucun grand mouvement de contestation, à aucune organisation de défense des usagers. Ces catégories de malades divers n'ont pas suscité d'association, ni de collectif qui eût pu aboutir à insérer ce problème dans un programme électoral ou à constituer un groupe de pression » (PENEFF, 2000, p. 17)

bien des malades ne sont pas identifiés comme tels par des médecins et que tout ceux qu'ils déclarent malades ne sont pas atteints de la pathologie incriminée » (PENEFF, 2005, p. 33). Rompre avec les catégories médicales était précisément l'un des objectifs de ce travail. En prêtant une attention toute particulière aux trajectoires thérapeutiques des usagers et aux conditions sociales dans lesquelles ces trajectoires se déploient – autrement dit, en tenant compte des réflexions de G. Canguilhem selon lesquelles la pathologie ne peut être appréhendée indépendamment du rapport de l'individu à son environnement – il s'agissait de se demander : que signifie être « malade », n'être « pas malade » ou être « guéri », selon tel ou tel praticien, et selon l'usager lui-même ? Quel traitement ou quel suivi cela implique-t-il ? En quoi cela impacte-t-il le quotidien de l'usager ? Cette approche peut révéler toute l'ampleur des « créneaux » sur lesquels peuvent se positionner les praticiens alternatifs, malgré toutes les prouesses dont la médecine officielle est par ailleurs capable. L'un des apports de cette recherche aura par exemple été de montrer que même dans les cas où les soins des étiopathes n'offrent qu'un soulagement à court terme – ce que ne manquent pas de noter leurs détracteurs –, ceux-ci peuvent néanmoins améliorer considérablement le quotidien des usagers, et s'avérer nettement plus intéressants que les soins proposés par les médecins. L'autre versant, à savoir le travail quotidien des médecins, mérite tout autant d'être examiné de manière plus systématique, dans le sillage de travaux comme ceux de G. Bloy sur la gestion et les formes de l'incertitude en médecine générale (2008) : quel est le problème du patient et quelle solution le médecin est-il en mesure de lui apporter ? À quel moment ce dernier estime-t-il avoir fait son travail ? À quel moment estime-t-il devoir faire plus ? Et, dans ce dernier cas, de quelles ressources dispose-t-il ?

Ce travail, on l'aura compris, ne fournit qu'un modeste éclairage du marché de la non-urgence. La compétence (ou l'incompétence) médicale, y compris dans les recours aux soins les plus ordinaires, mérite d'être interrogée plus avant, et pas nécessairement par le biais d'une médecine alternative. Les prescriptions de J. Peneff évoquées ci-dessus – somme toute relativement récentes⁵²⁴ – la tendance des chercheurs à s'intéresser à ce que ce dernier a qualifié de « deuxième offre médicale », la part considérable de troubles « fonctionnels », « somatoformes » ou autres dans l'exercice des généralistes, ou encore l'inadéquation de la formation médicale à la médecine de ville, sont autant d'éléments qui laissent entrevoir l'ampleur de la tâche.

524 À plus forte raison si l'on considère, comme l'indique l'auteur, « qu'il y a longtemps que les sociologues de l'éducation ne prennent plus les taux de succès aux examens et les appréciations des enseignants comme principes de hiérarchie de l'intelligence, ou les résultats aux tests scolaires comme signe des capacités générales des élèves. Il y a longtemps que les sociologues de la police et de la justice ne voient pas dans les statistiques de la délinquance le niveau avéré de l'état de la déviance ou de la transgression des règles de la société » (PENEFF, 2005, p. 33-34)

Bibliographie

Ouvrages et articles de sociologie :

ADAM, P., & HERZLICH, C. (2007). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin.

AÏACH, P. (1986). « Approche sociologique des données de morbidité ». *Sciences sociales et santé*, 4(1), (p. 75-95).

AÏACH, P., FASSIN, D., & SALIBA, J. (1994). « Crise, pouvoir et légitimité », In P. AÏACH & D. FASSIN, *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 9-42), Paris : Anthropos – Economica.

AÏACH, P., & DELANOË, D. (1998). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Anthropos – Economica.

AÏACH, P., & CÈBE, D. (2000). « Différenciations sociales dans l'utilisation du système de soins », In G. Cresson & F.-X. Schweyer, *Les usagers du système de soins*, Rennes : éditions de l'ENSP.

AMIOT, M., & FRICKEY, A. (1976). *L'appareil universitaire et le marché de l'emploi urbain : le devenir des étudiants de l'université de Nice non réinscrits après deux ans d'études*, Paris/Nice : Centre d'études des mouvements sociaux/Laboratoire de sociologie de l'université de Nice.

ARBORIO, A-M. (1996). « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière ». *Genèses*, (22), (p. 87-106).

ARLIAUD, M. (1986). « L'autre spécialisation ? Propos obliques sur les médecines dites parallèles ». *Sciences Sociales et Santé*, 4(2), (p. 109-121).

ARLIAUD, M. (1987). *Les médecins*. Paris : La découverte.

BACHET, D. (2011). « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, (188), (p. 54-69).

BACHIMONT, J., COGNEAU, J., & LETOURMY, A. (2006). « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences sociales et santé*, (24), (p. 75-103).

BAILLY, É. (2005). *Les ostéopathes face à la contrainte institutionnelle : genèse d'une professionnalisation*, Thèse de doctorat en sociologie, non publiée. Université de Nantes.

BALVET, D., DURIF C. (1982). « Un sanctuaire, le cabinet médical », *Bulletin d'Ethnomédecine*, (16), (p. 15-21).

BARLET, M., Collin, C., Bigard, M., & Levy, D. (2012). « Offre de soins de premier recours :

- proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et résultats*, DREES, (817).
- BARTHE, Y. & RÉMY, C. (2010). « Les aventures du "syndrome du bâtiment malsain" », *Santé Publique*, 22(3), (p. 303-311).
- BASZANGER, I. (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes ». *Revue française de sociologie*, 22(2). (p. 223-245).
- BASZANGER, I. (1983). « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du Travail*, (3), (p. 275-294).
- BASZANGER, I. (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris : Seuil.
- BAUBÉROT, J. (2009). « Pour une sociologie interculturelle et historique de la laïcité », *Archives de sciences sociales des religions*, (146), (p. 183-200).
- BECKER, H. [1963] (2012). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : A-M Métailié.
- BÉGOT, A-C. (2010). *Médecines parallèles et cancer. Une étude sociologique*. Paris : L'Harmattan.
- BENOIST, J. (1996). « Prendre soin ». In J. BENOIST, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (p. 437-451), Édition électronique.
[\[http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/soigner_au_pluriel/soigner_au_pluriel.pdf\]](http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/soigner_au_pluriel/soigner_au_pluriel.pdf)
- BLOY, G. (2008). « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé*, 26(1), (p. 67-91).
- BLOY, G. (2010). « L'identité de la médecine générale au prisme des consultations simulées », In G. BLOY & F-X. SCHWEYER, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* (p. 189-204), Rennes : Presses de l'EHESP.
- BOLTANSKI, L. (1968). *La découverte de la maladie*. Ronéoté, Paris : Centre de sociologie européenne.
- BOLTANSKI, L. (1971). « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, 26(1), (p. 205- 233).
- BOLTANSKI, L. (1982). *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris : Éditions de Minuit.
- BOUCHAYER, F. (1986a). « La nébuleuse des autres médecines. Essais de cartographie ». *Études*, 365(10), (p. 317-330).
- BOUCHAYER, F. (1986b). « Les usagers des médecines alternatives. Itinéraire thérapeutiques, culturels, existentiels », *Revue française des affaires sociales*, 40(hors série), (p. 105-116).
- BOUCHAYER, F. (1986c). « Qui n'est si nouveau thérapeute ? ». *Autrement*, (85), (p. 165-170).
- BOUCHAYER, F., & WEINBERGER, M. (1986). « Le champ : de quelques notes sensibles ». *Autrement*, (85), (p. 68-73)
- BOUCHAYER, F. (1994). « Les voies du réenchantement professionnel ». In P. AÏACH & D. FASSIN,

- Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 201-225), Paris : Anthropos-Economica.
- BOURDIEU, P., & PASSERON, J-C. (1964). *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris : Les éditions de minuit.
- BOURDIEU, P., & PASSERON, J-C. (1970). *La reproduction. Éléments pour une théorie sociologique du système d'enseignement*. Paris : Les éditions de Minuit.
- BOURDIEU, P. (1968). « Éléments d'une théorie sociologique de la perception artistique ». *Revue internationale des sciences sociales*, XX(4), (p. 640-664).
- BOURDIEU, P. (1976). « Le champ scientifique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2(2-3). (p. 88-104).
- BOURDIEU, P. (1979a). « Le capital social. Notes provisoires ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (31), (p. 2-3).
- BOURDIEU, P. (1979b). « Les trois états du capital culturel ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (30), (p. 3-6).
- BOURDIEU, P. (1979c). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Les éditions de minuit.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Les éditions de minuit.
- BOURDIEU, P. (1982). « Les rites comme actes d'institution ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (43), (p. 58-63).
- BOURDIEU, P. (1986). « L'illusion biographique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (62-63), (p. 69-72).
- BOURDIEU, P., CHAMBORDEON, J-C., & PASSERON J-C. [1968] (2005). *Le métier de sociologue. Préalables épistémologiques*, Berlin : Mouton De Gruyter.
- BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris : Seuil.
- BOURDIEU, P. (2002). *La domination masculine*, Paris : Seuil.
- BOURDIEU, P. (2003). *Méditations pascaliennes*, Paris : éditions du Seuil.
- BOURDIEU, P. (2013), *Questions de sociologie*, Paris : Éditions de Minuit.
- BRAMS, L., RADENAC, H., CARCENAC, M., & NAKACHE, P. (1972). « Milieux urbains en mutation et problèmes de santé publique », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XII^e année(4), (p. 107-125).
- BREUIL-GENIER, P., & SICART, D. (2006). « L'origine sociale des professionnels de santé ». *Études et résultats*, DREES, (496).
- BREUIL-GENIER, P., & GOFFETTE, C. (2006). « La durée des séances des médecins généralistes »,

Études et résultats, DREES, (481).

BROCLAIN, D. (1994). « La médecine générale en crise ? », In P. AÏACH & D. FASSIN, *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 121-160), Paris : Anthropos-Economica.

BRUTUS, L., & MARQUIS, C. (2015). « La face cachée de l'iceberg : enquête dans la salle d'attente des médecins généralistes de l'ouest de la France ». In C. BAXERRES, V., GUIENNE, R., HOUNGNIHIN, & C. MARQUIS, *Actes des rencontres francophones Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants*, Cotonou (Bénin). [<http://automed.hypotheses.org/Cotonou2015>]

BÛCHER, R., & STRAUSS, A. [1961] (1992) « La dynamique des professions », In A. STRAUSS, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme* (p. 67-86), Paris : L'Harmattan.

CADÉRON, A. (2013). *Du purgatoire à la plénitude. Le métier de sophrologue : un support de revalorisation sociale*, Mémoire de Master 1 en Sport et Sciences Sociales : Administration, Territoire, Intégration, non publié. Université de Nantes.

CADÉRON, A. (2014). *D'une médecine à l'autre, détours et chemins de traverse. Le cas des patientèles des étioopathes*, Mémoire de Master 2 de recherche en sociologie, non publié. Université de Nantes.

CAMBOIS, E., LABORDE, C., & ROBINE, J-M. (2008). « Éditorial – La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population et Sociétés*, (441).

CANGUILHEM, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses Universitaires de France.

CANGUILHEM, G. [1965] (2009). *La connaissance de la vie*, Paris : Vrin.

CANGUILHEM, G. (1992). « La santé, vérité du corps », In *L'homme et la santé* (p. 9-15), La Vilette/Cité des Sciences, Paris : Seuil.

CASTRA, M., & SCHEPENS, F., (2015). « Devenir professionnel en soins palliatifs. Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires ». *Travail et emploi*, 141(1), (p. 53-69).

CATHÉBRAS, P. (1996). « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme ». In J. BENOIST, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (p. 301-316), Édition électronique.

[http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/soigner_au_pluriel/soigner_au_pluriel.pdf]

CÉLÉRIER, S. (2014). « Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir : sociologie de l'objet du travail médical* », *Travail et Emploi*, (137), (p. 140-142).

CHAMPY, F. (2009). *La sociologie des professions*, Paris : Presses universitaires de France.

CHANLAT, J-F. (1983). « Usure différentielle au travail, classes sociales et santé : un aperçu des études épidémiologiques contemporaines », *Le mouvement social*, (124), (p. 153-169).

CHATEAURAYNAUD, F. (1986). « Les médecins et les techniques de soins non allopathiques. Modes d'installation et formes de capital thérapeutique », *Sciences sociales et santé*. 4(3-4), (p. 5-49).

- CHAUVENET, A. (1978). *Médecines au choix. Médecine de classes*, Paris : PUF.
- CHAUVENET, A., & Orlic, F. (1985). « Interroger la police ». *Sociologie du travail*, (4), (p. 453-467).
- CHAUVIÈRE, M. (2006). « Que reste-t-il de la ligne jaune entre l'utilisateur et le client ? ». *In Politiques et management public*, 24(3), (p. 93-108).
- COLLOVALD, A. (1989). « Les poujadistes, ou l'échec en politique ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 36(1), (p. 113-133).
- CONVERT, B. (2010). « Espace de l'enseignement supérieur et stratégies étudiantes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 183(3), (p. 14-31).
- COULANGEON, P. (2004). « Classes sociales, pratiques culturelles et styles de vie. Le modèle de la distinction est-il (vraiment) obsolète ? », *Sociologie et Sociétés*. 36 (1), (p. 59–85).
- CRASSET, O. (2013). « "On se fait mal un peu tous les jours", l'effet travailleur sain chez les maréchaux-ferrants », *Travail et emploi*, 136(4), (p. 5-20).
- CRASSET, O. (2017). *La santé des artisans. De l'acharnement au travail au souci de soi*, Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- CRESSON, G. (2001). « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », *In P. AÏACH, D. CÈBE, G. CRESSON, & C. PHILIPPE, Femmes et hommes dans le champ de la santé* (p. 303-328), Rennes : Presses de l'EHESP.
- DARMON, M. (2005). « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 58(1), (p. 98-112).
- DEFONTAINES, H. (2012). « Corps souffrant, corps malade. La réception des plaintes lombalgiques en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, 30(3), (p. 5-23).
- DESROSIÈRES, A., & THÉVENOT, L. [1988] (2002). *Les catégories socio-professionnelles*. Paris : La Découverte & Syros
- DODIER, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris : Métailié.
- DOS SANTOS, J. R. (1986). « Les médecines populaires ne rejoignent pas les parallèles... ». *Autrement*, (85), (p. 26-34).
- DUBAR, C. (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Collin.
- DUBAR, C., & TRIPIER, P. [1998] (2005). *Sociologie des professions*, Paris : Armand Colin.
- ELIAS, N., (1985). « Remarques sur le commérage ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (60), (p. 23-29).

- ELLIOTT, A-M., MCATEER, A., & HANNAFORD, P. C. (2011). « Revisiting the symptom iceberg in today's primary care : results from a UK population survey ». *BMC Family Practice*, (12), (p.16).
- ELZIÈRE, P. (1986a). « Les médecines dites naturelles », *Sciences sociales et santé*, 4(2), (p. 39-74).
- ELZIÈRE, P. (1986b). « À propos des "médecines naturelles" ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (64), (p. 79-80).
- FAINZANG, S. (2001). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris : Presses Universitaires de France.
- FAINZANG, S. (2006). *La relation médecin-malade, information et mensonges*, Paris : Presses universitaires de France.
- FAINZANG, S. (2010). « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre ». *Anthropologie et Sociétés*, 34(1), (p. 115–133).
- FALIU, B. (1987). « Discussion autour d'une table ou essai d'anthropologie du bureau du médecin généraliste », *Bulletin d'Ethnomédecine*, (39), (p. 113-134).
- FASSIN, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF.
- FASSIN, D. (2008). *Faire de la santé publique*, Rennes : Presses de l'EHESP.
- FAURE, O. (1994). *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècles)*, Paris : anthropos historiques.
- FAURE, O. (2002). « L'homéopathie entre contestation et intégration ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (143), (p. 88-96).
- FAURE, O. (2015). *Et Samuel Hahnemann inventa l'homéopathie*, Paris : Aubier.
- FAVRET-SAADA, J. (1977). *Les mots, les morts, les sorts*, Paris : Gallimard.
- FERNANDEZ, G. (2000). « La place du médecin de famille dans la pluralité des recours thérapeutiques : le point de vue des usagers », In G. CRESSON & F-X. SCHWEYER, *Les usagers du système de soins* (p. 271- 293), Rennes : Presses de l'EHESP.
- FOURNIER, P. (1996). « Des observations sous surveillance ». *Genèses*, (24), (p. 103-119).
- FREIDSON, E. (1984). *La profession médicale*, Paris : Payot.
- FRIEDMAN, D. (1981). *Les guérisseurs. Splendeurs et misères du don*, Paris : A.M. Métailié.
- GAUBERT, C., (2006). *Le sens des limites : Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS.
- GOLLAC, M., CASTEL, M-J., JABOT, F., & PRESSEQ, P. (2006). « Du déni à la banalisation. Note de recherche : Sur la souffrance mentale au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*,

163(3), (p. 39-45).

GOLLAC, M., & VOLKOFF, S. (2006). « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163(3), (p. 4-17).

HAMMER, R. (2010). *Expériences ordinaires de la médecine : confiances, croyances et critiques profanes*, Genève : Éditions Seismo.

HARDY, A-C. (2013). *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique.

HARDY, A-C. (2015). « La formation de l'objet du travail médical. L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique », *Travail et emploi*, 141(1), (p. 9-24).

HARDY-DUBERNET, A-C., ARLIAUD, M., HORELLOU-LAFARGE, C., LE ROY, F., & BLANC, M-A. (2001). *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Paris : MIRE.

HARDY-DUBERNET, A-C. (2005). « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? ». *Revue française des affaires sociales*, (1), (p. 35-58).

HAVELANGE, C. (1989). « Survivance ou résistance ? Les pratiques populaires et marginales de l'art de guérir aux XVIII^e-XIX^e siècles ». In *Comprendre le recours aux médecines parallèles. Comportements, Savoirs, Politiques* (p. 53-60). Bruxelles : CRIOC - Centre de Sociologie de la Santé (ULB) – GERM.

HAXAIRE, C., GENEST, P., & BAIL, P. (2010). « Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique », In G. BLOY & F-X. SCHWEYER, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (p. 133-146), Rennes : Presses de l'EHESP.

HÉLARY, J.P. (1990). « Les itinéraires thérapeutiques des malades cancéreux », In : *Interventions sanitaires et contextes culturels* (p. 79-87), Toulouse : AMADES.

HERZLICH, C., BUNGENER, M., PAICHELER, G., ROUSSIN, P., & ZUBER, M-C. (1993). *50 ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris : Inserm/Doïn.

HUGHES, E. C. (1996) *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris : Éditions de l'EHESS.

HUMPHREYS, L. (2007). *Le commerce des pissotières. Pratiques homosexuelles anonymes dans l'Amérique des années 1960*, Paris : La découverte.

ILLICH, I. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris : Seuil.

JAISSON, M. (2002a). « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, (143), (p. 31-35).

JAISSON, M. (2002b). « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(3), (p. 44-52).

- JAMOUS, H. (1969). *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris : CNRS éditions.
- JOËL, M., & RUBIO V. (2015). « Pratiques non conventionnelles et articulation des soins en cancérologie. Le rôle actif des patients ». *Sciences sociales et santé*, 33(4), (p. 73-97).
- JUTRAS, S., (1987)., « Le recours aux médecines douces », *Santé Société*, 9(3), (p. 43-47).
- LABARTHE, G., (2004). « Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie ». *Études et résultats*, DREES, (315).
- LAPEYRE, N. (2005). « Féminisation = dévalorisation ? », *Chantiers politiques*, (3), (p. 93-104).
- LAPEYRE, N., & LE FEUVRE, N. (2005). « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ». *Revue française des affaires sociales*, (1), (p. 59-81).
- LAPEYRE, N., & ROBELET M. (2010). « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », In G. BLOY & F-X. SCHWEYER, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (p. 365-378), Rennes : Presses de l'EHESP.
- LAPLANTINE, F. (1978). *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, Paris : Delarge.
- LAPLANTINE, F., RABEYRON, P-L., (1987). *Les médecines parallèles*. Paris : Presses universitaires de France.
- LAPLANTINE, F. (1993). *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris : Payot.
- LARSON, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley : University of California Press.
- LARSON, M. S. (1988). « À propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire », *Sociologie et Sociétés*, 20(2), (p. 23-40).
- LATOUR, B., FABRI, P. (1977). « La rhétorique de la science ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (13), (p. 81-95).
- LATOUR, B. (1984). *Les microbes : guerre et paix*, Paris : A-M. Métailié.
- LAURE, P., (1998), « Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance ». *Thérapie*, 53(2), (p. 127-135).
- LE HÉNAFF, Y. (2015). « "Je ne vous opérerais pas". Registres argumentaires des refus d'opérer en chirurgie esthétique », *Travail et emploi*, (144), (p. 61-80).
- LEMERLE, S. (2009). « Les habits neufs du biologisme en France ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 176-177(1), (p. 68-81).

- LÉONARD, J. (1978). *La France médicale au XIX^e siècle*, Paris : Éditions Gallimard.
- LÉONARD, J. (1981). *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris : Aubier.
- LORIOU, M. (1999). « Médecins en uniforme et uniformité de la médecine : carrière et identité du médecin des armées », *Sciences Sociales et Santé*, 17(1), (p. 5-34)
- MARRY, C. (2004). *Les femmes ingénieurs, une révolution respectueuse*, Paris : Belin.
- MAUSS, M. [1925] (2007). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris : PUF.
- MEMMI, D. (2003). *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris : La découverte.
- MONET, J. (2003). *Émergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle : une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*. Thèse de doctorat en sociologie, non publiée. Université Paris 1.
- MONET, J. (2009). *La naissance de la kinésithérapie*, Paris : éditions Glyphe.
- MUYARD, J-P. (1986). « Fonder une structure d'évaluation ». *Autrement*, (85), (p. 233-236).
- OFFERLÉ, M. (1984). « Illégitimité et légitimation du personnel politique ouvrier en France avant 1914 ». *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, , (4), (p. 681-716).
- OLLION, É. (2017). *Raison d'État. Histoire de la lutte contre les sectes en France*, Paris : La découverte.
- PINÇON-CHARLOT, M., & PINÇON, M. (2007). *Les ghettos du gotha : comment la bourgeoisie défend ses espaces*, Paris : Seuil.
- PINÇON-CHARLOT, M., & PINÇON, M. (2017). *Panique dans le 16^{ème} ! Une enquête sociologique et dessinée*, Montreuil : La ville brûle.
- ORANGE, S. (2010). « Le choix du BTS. Entre construction et encadrement des aspirations des bacheliers d'origine populaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 183(3), (p. 32-47).
- PARADEISE, C. (1988). « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, 20(2), (p. 9-21).
- PARENT, F. (2014). « "Seuls les médecins se piquent d'acupuncture" ? Le rôle des associations professionnelles de praticiens dans la régulation de pratiques professionnelles de médecine chinoise en France », *Terrains & travaux*, (25), (p. 21-38).
- PENEFF, J. (2000). *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*, Paris : Métailié.
- PENEFF, J. (2005). *La France malade de ses médecins*, Paris : Seuil.

- PEUGNY, C. (2012). « L'expérience vécue de la mobilité sociale : le poids de la fratrie », *Informations sociales*, 173(5), (p. 94-101).
- PICHOT, A. (2000). *La société pure : de Darwin à Hitler*, Paris : Flammarion.
- PIKE, E. C. J. (2005). « Doctors just say "rest and take Ibuprofen". *International review for the sociology of sport*, 40(2), (p. 201-219).
- PINELL, P. (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris : Métailié.
- PINELL, P. (2005). « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1), (p. 4-36).
- PINELL, P. (2009). « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50(2), (p. 315-349).
- PIULATS, O., & RODENAS P. (1989). « Le Sida et les médecines douces ». *Nouvelles clés*, (1), (p. 28-37).
- QUÉNIART, A. (1990). « Le sens du recours aux médecines alternatives ». *Santé, Culture, Health*, (7), (p. 41-70).
- RAYNAUD, D. (2008). « Les déterminants du recours à l'automédication ». *Revue Française des Affaires sociales*, (1). (p. 81-94).
- SARRADON-ECK, A. (2010). « Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue », In G. BLOY & F-X. SCHWEYER, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (p. 97-116), Rennes ; Presses de l'EHESP.
- SARRADON-ECK, A. (2012). « Corps tirailé, nerfs coincés, vertèbres déplacées : les enjeux diagnostiques du mal de dos. Commentaire ». *Sciences sociales et santé*, 30(3), (p. 25-32).
- SCHEDER, P-A. (1986), « Le recours aux médecines alternatives en Suisse. Résultats de recherche récentes ». *Revue médicale de la Suisse romande*, (106), (p. 97-104).
- SCHEDER, P-A., VERNAY, A., & LEBET, C. (1986). « Le recours aux médecines alternatives selon une enquête de la Fédération romande des consommatrices en 1984 », *Revue médicale de la Suisse romande*, (106), (p. 105-114).
- SCHEDER, P-A. (1989). « Des usagers des médecines alternatives racontent », In *Comprendre le recours aux médecines parallèles. Comportements, Savoirs, Politiques* (p. 152-156). Bruxelles : CRIOC - Centre de Sociologie de la Santé (ULB) – GERM.
- SCHMITZ, O. (2006). *Les médecines en parallèles. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris : Karthala.
- SCHMITZ, O. (2011), « Les points d'articulation entre homéopathie et oncologie conventionnelle. Une enquête ethnographique auprès de praticiens et d'usagers de l'homéopathie », *Anthropologie & Santé, Anthropologie et Santé*, (2), [En ligne].

[URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/701#quotation>]

SCHWEYER, F-X. (2010). « Activités et pratiques des médecins généralistes », In G. BLOY & F-X. SCHWEYER, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (p. 55-74), Rennes : Presses de l'EHESP.

SERMEUS, G. (1989). « Médecines alternatives dans une perspective internationale. Un aperçu quantitatif et quelques considérations générales ». *Comprendre le recours aux médecines parallèles. Comportements, Savoirs, Politiques* (p. 85-88). Bruxelles : CRIOC - Centre de Sociologie de la Santé (ULB) – GERM.

SORIN, M. (2018). *La cause de l'activité. Actions collectives face au risque de fermeture d'usines filiales de multinationales*, Thèse de doctorat en sociologie, non publiée. Université de Nantes.

SOULIÉ, C. (1995). « Anatomie du goût philosophique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (109), (p. 3-28).

SOULIÉ, C. (2000). « L'origine sociale des collégiens et des lycéens en France : une analyse des conditions sociales de production de la statistique ». *Population*, (1), (p. 169-180).

STEUDLER, F. (1988). « Médecines parallèles : la valse hésitation. Vers la reconnaissance ou l'assimilation ? ». *Prospective et Santé*, (47/48), (p. 167-174).

STEUDLER, F. (1999). « Aspects sociologiques de l'automédication ». In P. Queneau, *Automédication, autoprescription, autoconsommation (2^e colloque de l'Apnet)* (p. 23-32), Paris : John Libbey.

SUAUD, C. (1975). « L'imposition de la vocation sacerdotale ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1(3), (p. 2-17).

TERQUEM, J. (1992). *Les médecins dans la société français*, Paris : Economica.

TOPALOV, C. (2015), *Histoires d'enquêtes. Londres, Paris, Chicago (1880-1930)*, Paris : Classiques Garnier.

VAN ZANTEN, A. (2009). *Choisir son école. Stratégies familiales et médiations locales*, Paris : Presses Universitaires de France.

VERNAZZA-LICHT, N. (1996). « Face au SIDA, les recours parallèles... » In J. BENOIST, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (p. 317-345), Édition électronique. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/soigner_au_pluriel/soigner_au_pluriel.pdf]

VIAUD, B. (2009). *Panser les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances*, Thèse de doctorat en sociologie, non publiée. Université de Nantes

WACQUANT, L. (1995). « Protection discipline et honneur. Une salle de boxe dans le ghetto américain », *Sociologie et Sociétés*, 27(1), (p. 75-90).

WHYTE, W. F. [1943] (2007). *Street Corner Society. La structure sociale d'un quartier italo-américain*, Paris : La découverte.

ZANNA, O. (2010). « Un sociologue en prison », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 9(1), (p. 149-162).

Ouvrages et articles de médecine :

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. (1987), *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 171(7), (p. 945-951).

ANAES, « Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Texte des recommandations ». Recommandations pour la pratique clinique, février 2000.

BARRY, C., & FALISSARD, B. (2012). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*, INSERM.

BEN KHEDER BALBOLIA, S., BARRY, C., HASSLER C., GUEGUEN, J., & FALISSARD, B. (2018). *Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'étiopathie*, INSERM.

BERQUIN, A. (2010). « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », *Revue Médicale Suisse* (6), (p. 1511-1513).

BONNAL, C., MATHARAN, J., & MICHEAU, J. (2009). *La prescription de massokinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Rapport d'étude*, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé [ONDPS].

BONTOUX, D., COUTURIER, D., & MENKÈS, C. J. (2013). *Rapport de l'Académie nationale de médecine au nom d'un groupe de travail de la commission XV, Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins*.

BOURGEOIS, F., & HUBAULT, F. (2005). « Prévenir les TMS. De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions », *@ctivités*, 2(1), (p. 20-36).

BRABANT, I. (2006). *Médecins généralistes et symptômes biomédicalement inexplicables. Étude qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexplicables à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais*. Thèse de doctorat en médecine, non publiée. Université de Lyon 1.

BUCLIN, T., & AMMON, C. (2001). *L'automédication. Pratique banale, motifs complexes*, Genève : Médecine & Hygiène.

DEMONDION, B., HUGUET, A., & PATROUILLAUT, C. (2000). « Les troubles somatoformes : de la nécessité d'une prise en charge médicale adaptée ». *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, (1), (p. 7-13).

DE SÈZE, S. « Thérapeutiques manuelles : manipulations vertébrales et leurs dérivés : chiropraxie,

étiopathie », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 171(7), (p. 945-951), séance du 27/10/1987.

DRESS. (2007). *L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_france_2006-2.pdf]

DUHOT, D., KANDEL, O., BOISNAULT, P., HEBBRECHT, G., & ARNOULD, M. (2009). « L'Observatoire de la Médecine Générale ». *PrimaryCare*. 9(2), (p. 41-45).

ENGEL, G. (1980), « The clinical application of the biopsychosocial model », *American Journal of Psychiatry*, (135), (p. 535-544).

GARD, S. (2007). « Efficacité des traitements de kinésithérapie pour les tendinopathies : Une revue de la littérature », *Kinésithérapie. La Revue*, 67(7), (p. 36-40).

GOURMELEN, J., CHASTANG, J-F., OZGULER, A., LANOË, J-L., RAVAUD, J-F., & LECLERC, A. (2007). « Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales », *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, (50), (p. 633-639).

INPES. (2004). *Mal de dos : un nouvel outil destiné aux généralistes*. [<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/05/dp050127.pdf>]

KROENKE, K. (2003). « Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management ». *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), (p. 34-43).

LANDOLT-THEUS, P. (1986). « Les 50 résultats les plus fréquents de consultation en médecine générale » [traduit de l'allemand]. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, (116), (p. 446-449).

LE GOAZIOU, M-F. (2003). « L'équipement du cabinet médical ». *Exercer*, (63), (p. 20-26). Disponible : http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/Equipement_cabinet.pdf

MOREAU, A., GIRIER, P., FIGON, S., & LE GOAZIOU. M-F. (2004). « Symptômes biomédicalement inexpliqués, intérêt de l'approche globale en médecine générale ». *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 643(18), (p. 292-295).

NICOT, A., & NICOT, P. (2006). « Lombalgie chronique et arrêt de travail. Regards croisés patients/médecins », *Médecine*, 4(2), (p. 180-192).

OLIVIER, D., (2002). « L'observatoire national de la lombalgie aiguë », *La Presse Médicale*, (31), (p. 5).

ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES. (2017). *Démographie des kinésithérapeutes, situation au 31 août 2017*. [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf]

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018*.

PAOLAGGI, J-B., & COSTE, J. (2001). *Le raisonnement médical, de la science à la pratique clinique*, Bruxelles : Estem.

ROSENBLATT, Y. (2011). *Équipement des cabinets médicaux de médecine générale et gestion de l'outil professionnel : Enquête auprès de médecins généralistes et d'internes en fin de troisième cycle des études médicales*, Thèse de doctorat en médecine, non publiée. Université de Lille.

TOULLEC-PETIT, C. (1998). *Le matériel du cabinet du médecin généraliste et son utilisation .Enquête auprès de 100 généralistes dans le département des Yvelines*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Paris-Ouest.

TOURNOUX, F. (2001). *Le matériel du cabinet médical du médecin généraliste et son utilisation : Enquête auprès des médecins généralistes du département de l'Ain*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Lyon.

VALAT, J-P. (2005). « Facteurs de chronicisation des lombalgies communes », *Revue du Rhumatisme*, (72), (p. 373-375).

VASSEUR, M. (2014). *Le matériel diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste du nord-pas-de-calais*, Thèse de doctorat en médecine, non publiée. Université de Lille 2.

VAUTRAVERS, P., ISNER-HOROBETI, M-E., MAIGNE, J-Y., (2009). « Manipulation vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances », *Revue du rhumatisme*, (76), (p. 405-409).

VERGIER, N., CHAPUT, H., & LEFEBVRE-HOANG, I. (2017). « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? ». *DREES*, (17).

VOIGLIO, E. J, FRATTINI, B., MITHIEUX, F., VAZ, G., LIFANTE, J-C., RONGIERAS, F., NEIDHARDT J-P. H., & MORIN, A. (2002). « L'enseignement de l'anatomie à Lyon : un exemple d'évaluation de programme ». *Pédagogie Médicale*, 3(1), (p. 27-32).

Ouvrages et articles d'étiopathie, d'ostéopathie, de chiropraxie (hors revues d'étiopathie) :

DE SAMBUCY, A. [1956] (1974). *Défendez vos vertèbres*, Saint-Jean-de-Braye : Éditions Dangles.

DE SAMBUCY, A. [1960] (1987). *Nouvelle médecine vertébrale de toutes les maladies chroniques*, Saint-Jean-de-Braye : Éditions Dangles.

GAUTIER, J-F. (1991). *Logique et pensée médicale*, Paris : Avenir des Sciences.

GAUTIER, J-F. (1994). *Le système circulatoire. Tome 1 : les cœurs périphériques*. Paris : Avenir des Sciences.

GAUTIER, J-F. (2013). « Enseignement médical : le triomphe de l'idéologie du médicament », *Éléments pour la civilisation européenne*, (148). (p. 55).

IFE. (2009). *Une brève histoire de l'étiopathie*.

ISSARTEL, L., & ISSARTEL, M. (1983). *L'ostéopathie exactement. Au bout des doigts qui sentent, pensent et voient : la santé*, Paris : Robert Laffont.

LAPERTOSA, G. (1987). *Quelle médecine ? Les médecines dans le monde. La médecine manipulative*. Genève : Etiosciences.

LECOQ, M. (1986). « L'étiopathie ». *Revue française des affaires sociales*, Hors-série, Médecines Différentes, (p. 187-197).

LE CORRE, F., & HALDEMAN, S. (1986). *La chiropraxie*, Paris : PUF.

ISSARTEL, F., & TOFFALONI, S. (1996). *L'ostéopathie*, Paris : PUF.

LOCCHI, P. (2013). *Comment soigne l'étiopathie. Les traitements de A à Z*, Paris : Avenir des Sciences.

MOUREAU, J-P. (2013). *Soigner autrement. Ces mains qui guérissent*, Paris : Seuil.

MOUREAU, J-P. (2015). *À mains nues. Soigner et guérir*, Paris : Seuil.

NAPIER, F. (1994). *L'étiopathie. Soigner sans médicaments*, Paris : Avenir des Sciences.

PERRONNEAUD-FERRÉ, R. (1994). *L'ostéopathie en France de son origine à nos jours*, Saint-Maur-des-fossés, Dossiers de l'UFOF.

TRÉDANIEL, C. & GAUTIER, J-F. (1989). *Médecine du 21^{ème} siècle, l'étiopathie*, Paris : Éditions de la Maisnie.

TRÉDANIEL, C. (1998). *Histoire du reboutement : du reboutement à l'étiopathie*, Paris : Guy Trédaniel.

TRÉDANIEL, C. [1979] (2013). *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique*, Paris : Avenir des Sciences.

Articles et éditoriaux de la *Revue Internationale de Médecine Étiopathique (RIME)* :

Articles

AIMARD, R. (1991). « Manipuler l'atlas sans "putter" », *RIME*, (4), (p. 76-84).

ARDAN, P. (1990). « Faute de Still », *RIME*, (3), (p. 24-30).

BASTIAN, É. (1993). « Une histoire sans fin », *RIME*, (10), (p. 54-55).

- BECQUEREL, C. (1990). « La mobilité des os du crâne », *RIME*, (2), (p. 55-68).
- BECQUEREL, C. (1990). « Les lombalgies complexe d'Œdipe », *RIME*, (3), (p. 72-79).
- BECQUEREL, C. (1991). « Du zapping pharmaceutique de la science médicale », *RIME*, (4), (p. 85-90).
- BECQUEREL, C. (1992a). « Tirez sur le laniste », *RIME*, (7), (p. 82-86).
- BECQUEREL, C. (1992b). « De la gynécologie mondaine, ou : l'enterrement des techniques manipulatives », *RIME*, (8), (p. 72-88).
- BLAISE, R. (1998). « Le fondateur de la chirurgie moderne ». *RIME*, (23), (p. 18-47).
- DESJOURS, A. (1997). « Mobilisations forcées et monopole forcené », *RIME*, (21), (p. 65-79).
- GAUTIER, J-F. (1990). « Le mythe de la médecine édénique », *RIME*, (2), (p. 69-74).
- GAUTIER, J-F. (1993). « L'œuvre de Stapfer », *RIME*, (11), (p. 28-49).
- GAUTIER, J-F. (1997). « Du LCR et de ses fluctuations » , *RIME*, (21), (p. 7-35).
- LECOQ, M. (1992). « Respiration thoracique et pression du LCR », *RIME*, (7), (p. 20-32).
- TRÉDANIEL, C. (1990). « Mises au point sur la terminologie étiopathique », *RIME*, (3), (p. 5-16).
- TRÉDANIEL, C., (1993). « De la tradition orale à la tradition écrite », *RIME*, (10), (p. 13-44).
- TRÉDANIEL, C. (1999). « L'anatomie pourquoi faire ? », *RIME*, (26), (p. 41-53).
- (Auteur inconnu). (1989). « Qui manipule ? Vers un retour au monopole médical » *RIME*, (1), (p. 50-52).
- (Auteur inconnu). (1996). « Qu'est-ce que la maladie ? », *RIME*, (19), (p. 28-42).

Éditoriaux

- (1991). « Éditorial », *RIME*, (4), (p. 3-5).
- (1992). « Comment découvrir l'eau tiède sans se fatiguer ? », *RIME*, (7), (p. 3-6).
- (1993). « De l'antibiothérapie, et de quelques évidences recouvertes à marée basse », *RIME*, (10), (p. 3-6).
- (1993). « De l'antibiothérapie (bis) considérée comme un des beaux-arts », *RIME*, (11), (p. 3-6).

- (1994). « De l'art médical », *RIME*, (13), (p. 3-5).
- (1994). « À la pêche aux moules, moules, moules », *RIME*, (14), (p. 3-6).
- (1995). « L'île aux pingouins », *RIME*, (15), (p. 3-6).
- (1995). « La poule, avec ou sans les dents ? », *RIME*, (17), (p. 3-6).
- (1996). « Témoignages d'autosatisfaction », *RIME*, (18), (p. 3-6).
- (1996). « Trous de mémoire », *RIME*, (19), (p. 3-6).
- (1996). « La guerre des ombres », *RIME*, (20), (p. 3-6).
- (1997). « De certains crimes rituels », *RIME*, (21), (p. 3-6).
- (1997). « Aveux d'innocence », *RIME*, (23), (p. 3-6).
- (1998). « La dilution des anges », *RIME*, (24), (p. 3-4).
- (2002). « Dura Lex », *RIME*, (29), (p. 3-5)

Autres revues d'étiopathie :

- (1975). « Compte-rendu de la réunion de l'Institut National d'Étiopathie du 11/01/1975 », *Revue de médecine étiopathique*, (4), (p. 77-78).
- (1975). « Ouverture du congrès. Allocution de Christian Pellegrin. Président de l'Institut National d'Étiopathie ». *Revue de médecine étiopathique*, (7), (p. 3).
- (1983). *L'étiopathie. Revue de médecine mécaniste théorique et appliquée*, (1).

Divers :

BÉRAUD, C. (1992) « La sécu, c'est bien, en abuser, ça craint », Rapport de la CNAM.

DELOISON, Y. (2013). *Préhistoire du piéton. L'origine de l'homme basée sur l'anatomie comparée des hominoïdes*, Paris : Avenir des sciences.

ÉVIN, C., CHARLES, B., & DENIS, J-J. (2001). *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n°3258)*, Assemblée nationale, Rapport n° 3263, Titre II, « Qualité du système de

santé », déposé le 19 septembre 2001.

LABES, O., & MION, B. (2001). « Exercice illégal de la médecine », *Médecine Légale & Société*, 4(3), septembre 2001.

<https://www.pseudo-sciences.org/Le-Droit-face-au-paranormal-2>

MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE VIGILANCE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉRIVES SECTAIRES (MIVILUDES). (2010). *Rapport au premier ministre*, La Documentation Française.

NIETZSCHE, F. [1888] (1980). *Le crépuscule des idoles*, Paris : Éditions Denoël/Gonthier.

PIELLER, É. (2019). « Tout est fiction, reste le marché », *Le Monde Diplomatique*, Janvier.

PINSAULT, N., & MONVOISIN, R. (2014). *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*, Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

PINSAULT, N., & MONVOISIN, R. (2015). « La kinésithérapie piégée par les mages », *Le Monde Diplomatique*, Décembre.

Annexes

Annexe 1 – « AIE Association internationale d'étiopathie », Registre du Commerce du Canton de Genève

Annexe 2 – Lettre ouverte de maires à F. Mitterrand pour réclamer le libre exercice de l'étiopathie (octobre 1985)

Annexe 3 – Motion du 28/02/1986 (Le Monde)

Annexe 4 – Le questionnaire destiné aux usagers

Annexe 5 – La liste des intitulés de 46 des 54 mémoires soutenus au terme de l'année 2014-2015

Annexe 6 – Récapitulatif des ouvrages publiés par les éditions Avenir des Sciences

Annexe 1 – « AIE Association internationale d'étiopathie », Registre du Commerce du Canton de Genève



<http://rc.ge.ch>

Extrait avec radiations

EXTRAIT INTERNET
 Report 25 octobre 1995
 No réf. 00298/1983
 N° féd. CH-660.0.029.983-9

AIE Association internationale d'étiopathie

inscrite le 11 janvier 1983

Association

radiée le 07 février 2001

Réf.	Nom
1	AIE Association internationale d'étiopathie
	Siège
1	Genève
	Adresse
1	rue Merle-d'Aubigné 26
	Dates des Statuts
1	11.05.1984 (dern.mod.)
	But, Observations
1	<u>But:</u> réunir les spécialistes qualifiés en vue de la recherche scientifique dans le concept étiopathique, promouvoir la synthèse des applications de cette science; regrouper les différentes associations nationales qu'elle coordonne, arbitrer lors de litiges concernant l'enseignement et l'évolution de l'éthique étiopathique.
1	<u>Direction:</u> comité 5 à 9 membres (rad. réf. 2)
2	L'association est dissoute par décision de l'assemblée générale du 09.11.1999. Sa liquidation étant terminée, l'association est radiée.

Réf.	Ressources
1	cotisations, contributions, dons et legs

Réf.			Membres et personnes ayant qualité pour signer		
Inscr	Mod	Rad.	Nom et Prénoms, Origine, Domicile	Fonctions	Mode Signature
1			Lavatelli René, de Genève, à Commugny	membre* président	signature collective à 3
1			Collot Jean-Louis, de France, à Toulouse, F	membre* vice-président	signature collective à 3
1			Gehin Alain, de France, à Metz, F	membre* secrétaire	signature collective à 3
1			Aemmer Charles, de Matten bei Interlaken, à Lausanne	membre*	signature collective à 3
1			Altieri Michel, de France, à Genève	membre*	signature collective à 3
1			Lapertosa Gérald, de Genève, à Genève	membre*	signature collective à 3
1			Savoy Francis, d'Attalens, à Corsier	membre*	signature collective à 3
1			Sayegh Constantin, de Vernier, à Chêne-Bougeries	membre*	signature collective à 3

* du comité

Réf.	JOURNAL		PUBLICATION FOSC		Réf.	JOURNAL		PUBLICATION FOSC	
	Numéro	Date	Date	Page/Id		Numéro	Date	Date	Page/Id
0		report			1	6280	08.08.1985	21.08.1985	3231
2	1615	07.02.2001	13.02.2001	1094					

Annexe 2 – Lettre ouverte de maires à F. Mitterrand pour réclamer le libre exercice de l'étiopathie
(octobre 1985)

ÉTIOPATHIE

197

ANNEXE

DOCUMENT ADRESSE
A MONSIEUR LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE
PAR LES MAIRIES DE NORMANDIE

LETTRE OUVERTE
DE MESSIEURS LES MAIRES DE HAUTE ET BASSE NORMANDIE
A MONSIEUR FRANÇOIS MITTERRAND
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

OBJET : LIBRE EXERCICE DE L'ETIOPATHIE

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur les faits suivants :
Depuis de nombreuses années, MM. LINGLIN, SALA, COTTET et MARTELLO, exercent la profession d'ETIOPATHE à CAEN et l'efficacité de leurs soins est appréciée dans toute notre région.

Dernièrement, un procès pour exercice illégal de la médecine, leur a été intenté et ils ont été lourdement condamnés quoique les débats aient montré qu'il ne pouvait rien leur être reproché mais qu'au contraire, ils apportaient des soins appréciés et indispensables à nos administrés.

A l'heure actuelle, sans prendre en considération l'intérêt général et en ne retenant que les intérêts particuliers d'une corporation, de nouvelles poursuites sont engagées contre eux, ainsi que contre un certain nombre de leurs confrères pratiquant dans notre région. Ces poursuites visent à leur interdire leur exercice professionnel et par le même coup à interdire à nos administrés les soins qu'ils leur dispensent.

Vous n'ignorez pas, Monsieur le Président, que les accidents vertébraux sont très fréquents dans nos populations rurales et que les remèdes proposés par la Médecine Officielle restent en général sans résultat et qu'il en va de même pour un grand nombre d'autres affections. Dans nos métiers, le travail ne sait attendre et les malades ne peuvent se permettre de rester immobilisés de longues semaines sous le couvert de la Sécurité Sociale.

Il s'agit donc pour nous, d'un problème extrêmement important et nous ne pouvons croire que la santé des malades et l'intérêt général puissent être négligés au profit de quelques-uns. Nous faisant les porte-paroles de nos administrés, nous pensons que chacun doit être libre de se faire soigner comme il l'entend et que les poursuites dont ces ETIOPATHES sont l'objet portent atteinte à cette liberté.

C'est pourquoi, Monsieur le Président, nous nous permettons de nous adresser à vous pour que soit respecté ce droit élémentaire qui se trouve actuellement menacé.

Confiants en votre bienveillante compréhension, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre profond respect.

Premier état des Mairies signataires :

Agy, Airan, Amaye sur Orne, Amaye sur Seulles, Amolie, Angoville au Plain, Anneville en Saire, Arganchy, Atnis de l'Orne, Auderville, Audouville la Hubert, Audeville Lestre, Bacilly, Barc, Barfleur, La Baroche sous Luce, Barou en Auge, Bazoches au Houllme, Beauche, Beauchêne, Beaumont Hague, Bernières d'Ailly, Bernières le Patry, Berthouville, Bissières, Biamville sur Mer, La Bloutière, Boisroger, Bretteville L'Orgueilleuse, Brillevast, Brucheville, Bure, Cahagnolles, Cahagnes, Campigny, Carpiquet, Carsix, Colomby, Carrouges, Chanu, La Chapelle d'Andaine, La Chapelle Montligeon, Le Chatelier, Chenedolle, Clairoulgère, Clinchamps sur Orne, Commerveil, Coudeville, Couvain, Courgains, Courgeon, Courtonne la Meurdrac, Créances, Creully, Croissanville, La Croupe, Cuissai, Cresserons, Dangeul, Douvres la Délivrande, Ellon, Epinay sur Odon, L'Epinay le Comte, Epreville en Lieuvin, Equilly, Eraines, Feings, Fcrvaques, Feugueroles-Bully, Foucarville, Foulgones, Fresnes, Geneslay, Genets, Goulet, Gourfaleur, Grainville sur Odon, Graye sur Mer, Le Grais, Breville les Monts, Hardanges, Le Ham, Hambye, Hamelin, Hauville, Helleville, Juaye-Mondaye, Juvigny sur Seulles, Langrune sur Mer, Lieury, Lieussaint, Livry, Les Loges, Lonlay l'Abbaye, Lonrai, Luc sur Mer, Maizeres, Manerbe, Mantilly, Mardilly, May sur Orne, Le Mesnil Briouze, Le Mesnil Ciboult, Meulles, Monce en Saosnois, Monceaux en Bessin, Moncy, Monderville, Mondrainville, Montreuil, Montanel, Montarville, Montilly sur Noireau, Montrabot, Montsec-cret, Morsalines, Morteaux, Coulibœuf, Moyon, Neauphles-Auvergny, Nègreville, Neuilly le Bisson, Occagnes, Ondefontaine, Origny le Roux, Les Oubaux, Ouilly le Tesson, Pace, Passais la Conception, Periers, Les Pieux, Plumetot, Pointel, Pont l'Evêque, Le Pré d'Auge, Réveillon, Reville, Rouvres, Rully, Saint Aignan de Cramessnil, Saint André de Briouze, Saint Ceneri le Gerei, Saint Christophe de Chauhier, Saint Cornier des Landes, Saint Cosme en Vairais, Saint Denis Maisoncelles, Saint Denis sur Sarthon, Saint Germain de Montgommery, Saint Germain de Varreville, Saint Hilaire la Gérard, Saint Hilaire Petitville, Saint Jean des Bois, Saint Jean Le Blanc, Saint Julien sur Sarthe, Saint Laurent de Condel, Saint Léonard des Bois, Saint Manvieu Bocage, Saint Mars de Reno, Saint Mars d'Egrenne, Saint Martin de Fontenay, Saint Martin de Varreville, Saint Maurice du Désert, Saint Pierre des Ormes, Saint Pierre Eglise, Saint Ouen le Houx, Saint Quentin de Blavou, Saint Quentin les Chardonnerets, Saint Rigomer des Bois, Saint Sylvain, Saint Vaast sur Seulles, Saint Vincent des Prés, Sainte Marie du Mont, Sainte Marie du Bois, Segrie, Serans, Sily en Gouffern, Siouville Hague, Sortosville en Beaumont, Subles, Surtainville, Surville, Le tanu Noirpalu, Le Teilleu, Tessel, Torteval, Tourville sur Odon, Tourville sur Sienne, Treprel, Troarn, Turqueville, Le Val Saint Perc, Vaucelles, Vaudry, Vernie, Vierville, Vieux Pont en Auge, Villy Bocage, Villy lez Falaise, Vire, Vouilly, Yvrandes.....

(Publicité)

APPEL DE 600 MAIRES DE NORMANDIE EN FAVEUR DE LA MÉDECINE ÉTIOPATHIQUE

Plus de 600 maires de Basse-Normandie, reflétant l'opinion de leurs 500.000 administrés, sont intervenus auprès du Président de la République et ont contresigné la motion suivante actuellement adoptée par des milliers d'élus locaux de France.

LES MAIRES DES COMMUNES DE FRANCE DONT LES SIGNATURES SUIVENT, ADRESSENT A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, A MONSIEUR LE PREMIER MINISTRE, A MONSIEUR LE GARDE DES Sceaux ET A MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ, LA MOTION SUIVANTE :

Ayant pris connaissance de l'initiative de plusieurs centaines de mairies de Normandie qui ont adressé à Monsieur le Président de la République une lettre ouverte demandant le libre exercice de la médecine étio-pathique, ils s'en déclarent solidaires et constatent avec eux,

Sur le plan des principes :

- que le monopole médical porte directement atteinte au droit des citoyens à disposer librement d'eux-mêmes ;
- qu'une législation spécifique à un groupe de citoyens met en cause le principe fondamental d'égalité en même temps que celui de liberté ;
- que les poursuites exercées contre les étio-pathes matérialisent, à l'évidence, la réaction d'une corporation en vue de la défense de ses intérêts particuliers, même si ceux-ci vont à l'encontre de l'intérêt général de la population.

Sur le plan des faits :

- que l'activité des étio-pathes et par conséquent l'existence de la médecine mécaniste étio-pathique est indispensable au maintien de la santé publique ;
- que l'activité des étio-pathes ne contrarie en rien celle des médecins classiques, mais compense en partie leurs nombreuses carences en particuliers vis-à-vis des accidents articulaires, et des maladies classées comme chroniques par la médecine officielle, ce qui montre son impuissance à les traiter ;
- que l'absence de statut pour une profession dont les membres ont tous des connaissances d'un niveau indiscutable, laisse la porte ouverte à l'exercice d'un grand nombre de charlatans qui n'hésitent pas à emprunter le même vocable pour exploiter la population à des fins personnelles ;
- qu'enfin le libre exercice de l'étio-pathie et sa généralisation permettraient, outre le fait capital de soulager un grand nombre de malades, d'opérer des économies évidentes et très importantes sur le budget de la sécurité sociale.

Qu'en conséquence et reflétant ainsi l'opinion de leurs administrés, ils demandent :

- l'abolition du monopole médical et la liberté du droit à disposer d'eux-mêmes pour tous les citoyens ;
- l'égalité de tous devant une seule et même loi, ce qui revient au respect de notre constitution ;
- l'arrêt immédiat des poursuites judiciaires engagées par l'ordre des médecins ou la D.A.S.S. contre les étio-pathes ;
- le libre exercice de la médecine étio-pathique et son remboursement par les organismes sociaux ;
- l'octroi aux facultés libre de médecine étio-pathique de Paris et de Marseille du statut d'établissement d'utilité publique et l'inscription des diplômes délivrés comme diplômes d'exercice.

Annexe 3 – Motion du 28/02/1986 (Le Monde) (2/2)

MAIRIES SIGNATAIRES

CALVADOS: Agy, Airan, Amayé-sur-Orne, Amayé-sur-Seulles, Ambilly, Anticville, Anisy, Argandjy, Asnières-en-Bessin, Auquainville, Authieux-sur-Garonne (les), Avenby, Bainsville-sur-Alpin, Banville, Baron-sur-Odon, Barou-en-Auge, Bauquay, Bavent, Bazenville, Bernesq, Bernières-d'Ailly, Bernières-le-Patry, Bigne (la), Bissières, Bougy, Bury, Bus-sur-Rouves (le), Caen, Cahagnes, Cahagnolles, Caigne (la), Cairon, Campigny, Carpuquel, Caumont-l'Évêque, Cauville, Cerqueux, Chefreville-Tonnencourt, Chenedolle, Chicheboville, Clinchamps-sur-Orne, Colleville-Montgomery, Colombelles, Combray, Couvain, Courcy, Coutonnet-la-Meurdrac, Crasseiros, Creully, Croisilles, Croissanville, Croule (la), Cuverville, Dampierre, Daouville, Demouville, Dives-sur-Mer, Donnay, Douvres-la-Delivrande, Ellon, Eméville, Epandey, Epinay-sur-Odon, Éraines, Esquay-Notre-Dame, Esquay-sur-Seulles, Etorville, Fauqueron, Favières, Fauquerolles-Bully, Fontaine-Éloupfour, Fontenay-le-Marmion, Fontenay-le-Pesnel, Fomenin, Foulonges, Fourches, Fresney-le-Vieux, Fresne Camilly (le), Fresne-la-Mère, Garcelles-Séqueville, Grainville-sur-Odon, Grammequin, Graye-sur-Mer, Hermantville-sur-Mer, Heuland, Hurtlevent, Ifs, Jarville, Juaye-Mondaye, Jurques, Juvigny-sur-Seulles, Langrune-sur-Mer, Lasson, Lenault, Lion-sur-Mer, Livry, Loges (les), Longraye, Luc-sur-Mer, Magny-en-Bessin, Magny-la-Freule, Maisonnelles-la-Jourdan, Maisonnelles-sur-Ajon, Malzéville, Manerbe, Marais-la-Chapelle (le), Marolles, May-sur-Orne, Mesnil-Auzou (le), Mesnil-Mauger (le), Mesnil-Patry (le), Meulles, Meuvaines, Mezdun-Canon, Monceaux-en-Bessin, Mondeville, Mondrainville, Montreville, Montsieu, Montsieux, Coublouzi, Norrey-en-Caux, Noyers-Bocage, Olando, Ondelontaine, Orbais, Oubeaux (les), Oudon (l'), Ouilly-le-Tesson, Ouistreham, Perrières, Pierres, Plumetot, Pont-Évêque-Pré-d'Auge (le), Prulière-le-Croisé, Rapilly, Rucamps, Rourves, Rully, Russy, Saint-Aignan-de-Cramesnil, Saint-André-sur-Orne, Saint-Aubin-sur-Algot, Saint-Aubin-sur-Mer, Saint-Denis-Maisonnelles, Saint-Georges-d'Alunay, Saint-Germain-de-Montgomery, Saint-Germain-de-Tallevande-la-Lande-Vaumont, Saint-Jean-le-Bianc, Saint-Jouin, Saint-Laurent-de-Corcel, Saint-Laurent-du-Mont, Saint-Léger-Dubosq, Saint-Manvieu-Bocage, Saint-Manvieu-Norrey, Sainte-Marguerite-d'Elle, Saint-Martin-de-Fonteray, Saint-Martin-de-la-Lièze, Saint-Orme, Saint-Ouen-la-Houx, Saint-Pair, Saint-Pierre-des-Îles, Saint-Pierre-du-Mont, Saint-Pierre-la-Vieille, Saint-Pierre-Tarennaie, Saint-Sylvain, Saint-Vaaast-sur-Seulles, Sassy, Sept-Frères, Sermentot, Sognolles, Soliers, Soumont-Saint-Quentin, Sully, Surville, Tassat, Torveix-Quevigny, Tottisambart, Tournières, Tourville-sur-Odon, Treprel, Troarn, Truttémier-le-Grand, Truttémier-le-Petit, Vaucelles, Vaudry, Vaspierre (la), Vicques, Viessoix, Vieux, Vieux-Pont, Villy-Bocage, Villy-les-Falaises, Vimont, Viré, Vouilly. **MANCHE**: Amigny, Anceville, Angerville-au-Plain, Anneville-en-Saire, Annoville, Aucey-la-Plaine, Auderville, Audouville-la-Hubert, Auxais, Bacilly, Barlieur, Beauchamps, Beaumont-Hague, Bellefontaine, Biville, Blainville-sur-Mer, Blouvière (la), Boisgogri, Bonnaville (la), Brancville-Hague, Breuille, Brillevast, Brucheville, Canteloup, Carantilly, Carneville, Cattleville, Cavigny, Champey, Chapelle-Cocain (la), Chefresne (le), Biosville, Cherence-la-Roussel, Chéris (les), Cillourps, Coigny, Colomby, Coudeville, Couvilles-sur-Seine, Couville, Créances, Crois-Avranchin (la), Donneville, Dezert (le), Equeurdreville-Hainneville, Aquilly, Etenville, Feuges, Foucarville, Fourneaux, Gathemo, Grefosses, Genets, Gerville-la-Forêt, Gohannière (la), Gontreville, Gorges, Gourfaur, Grand-Colland (le), Greville-Hague, Ham (le), Hambye, Harmin, Hardinvast, Hauteville-la-Guichard, Hauteville-Bocage, Heauville, Heusse, Hommet-d'Arthenay (le), Houesville, Huberville, Hudmesnil, Husson, Igny-le-Buat, Lamberville, Liesville-sur-Douve, Liesaut, Loges-Marchis (les), Loges-sur-Bercey (les), Loreur (le), Marchesieux, Marcilly, Maupertuis, Maupertuis-sur-Mer, Mesnil-Amev (le), Mesnil-Angot

(le), Mesnil-Aubert (le), Menilbus (le), Mesnil-Drey (le), Mesnil-Eury (le), Mesnil-Roques (le), Mesnil-Rouxelin (le), Millières, Mily, Montanal, Montfarville, Monthuchon, Montrabot, Montsurvent, Morssaines, Moyon, Natel, Nay, Negreville, Nehou, Periers, Perques (les), Pleux (les), Plessis-Lastelle (le), Pont-Hébert, Quettolot, Oulibus, Raids, Rampan, Rauville-le-Bigot, Reftville, Reville, Ronde-Haye (la), Sainteny, Servigny, Sideville, Siouville-Hague, Sorsoville-en-Beaumont, Sotteville, Surtainville, Saint-Côme-de-Mont, Saint-Cyr-du-Balleuil, Saint-Georges-de-Livoye, Saint-Germain-des-Vaux, Saint-Germain-de-Vareville, Saint-Germain-sur-Sevres, Saint-Hilaire-Petitville, Saint-Joseph, Saint-Laurent-de-Cuves, Saint-Luc-sur-Vire, Sainte-Marie-du-Bois, Sainte-Marie-du-Mont, Saint-Martin-de-Vareville, Saint-Martin-le-Grand, Saint-Martin-le-Hébert, Saint-Nicolas-des-Bois, Saint-Ovin, Saint-Patrice, Sainte-Pierre, Saint-Pierre-d'Arthéglise, Saint-Pierre-Eglise, Saint-Samson-de-Borfosse, Saint-Sauveur-la-Pommeraye, Saint-Sébastien-de-Raids, Saint-Vapor-des-Monts, Tallapied, Tanis, Tanus (le), Telleul (le), Theville, Tocqueville, Tourville-sur-Seine, Treauville, Turqueville, Vains, Vaicognes, Val-Saint-Père (le), Vendelle (la), Vestly, Videcosville, Vierville, Virandeville, Vrotot (le), Yvetot-Bocage. **ORNE**: Appenay-sous-Belleme, Athis-de-l'Orne, Aubry-la-Pantrou, Anilly, Éparche-sous-Luce (la), Bazoches-au-Houïme, Bazoches-sur-Honne, Bazouze (le), Beauchene, Beaulandais, Belleme, Bellou-en-Houïme, Bellou-le-Trichard, Boece, Botron, Brethel, Bure, Carmelle (la), Carpiques, Oubeaux, Carceuil (le), Cense, Chaillos, Chazange (le), Chambois, Champcerie, Champosseuil, Charu, Chapelle-d'Andaine (la), Chapelle-Montignon (la), Châtellier (le), Clairfougère, Colondé, Corubert, Cormeaux-Coudehard, Coulonces, Couloncha (la), Courbe (la), Courgeon, Courgeout, Crouilles, Cuissey, Dame-Marie, Durcel, Epinay-le-Comte (l'), Feings, Fernère-aux-Étang (la), Francheville, Frenes, Fresnaye-au-Sauvage (la), Geneslay, Glathny, Goulet, Grais (le), Halaine, Haute-Chapelle (la), Hauterive, Lande-de-Louge (le), Lando, Saint-Simon (la), Larchamp, Lonlay-l'Abbaye, Lonlay-le-Tesson, Lore, Louce, Magny-le-Désert, Manilly, Marce, Mardilly, Medavy, Menil-Berard (le), Menil-Ciboult (le), Lorrai, Menil-Briouze (le), Menil-Hermeil, Merré, Mancy, Montilly-sur-Noireau, Montreuil-au-Houïme, Montsecret, Nauilly-le-Bisson, Neuville-sur-Touques, Occagnes, Orgères, Origny-le-Butin, Origny-le-Roux, Orville, Pace, Passais, Ferrou, Planches, Pointel, Rabodanges, Renouard (le), Resenlieu, Ravellon, Rouge (la), Saint-Aignan-sur-Sarthe, Saint-André-de-Briouze, Saint-André-de-Messis, Saint-Aquilin-de-Corbon, Saint-Aubin-d'Appenay, Saint-Aubin-des-Grois, Saint-Bomer-les-Forges, Saint-Brice-en-Passais, Saint-Brice-sous-Ranes, Saint-Ceneri-la-Gare, Saint-Christophe-de-Chaulieu, Saint-Cornier-des-Landes, Saint-Denis-de-Villette, Saint-Denis-sur-Sarthon, Saint-Evroult-de-Montfort, Saint-Frambault, Saint-Gilles-des-Marais, Saint-Hilaire-la-Gérard, Saint-Honoré-la-Guillemette, Saint-Jean-de-la-Forêt, Saint-Jean-des-Bois, Saint-Jouin-de-Blavou, Saint-Julien-sur-Sarthe, Saint-Mard-de-Reno, Sainte-Marie-la-Roberte, Saint-Mars-d'Égrenne, Saint-Martin-des-Landes, Saint-Martin-l'Aiguillon, Saint-Maurice-du-Désert, Saint-Nicolas-des-Bois, Saint-Quentin-de-Blavou, Saint-Roch-sur-Egrenne, Saint-Simon, Sept-Forges, Serans, Sully-en-Gouffern, Survie, Taillebois, Tanques, Tessa-Froulay, Torchamp, Touquettes, Tramont, Trinité-des-Laitiers (la), Urou-et-Crennes, Valframbert, Vidai, Villebadin, Yvrandes, Aveze, Commerveil, Cange-sur-Orne, Courgains, Dangeul, Livet-en-Saosnois, Moncé-en-Saosnois, Neuans, Saint-Cosme-en-Vairais, Saint-Léonard-des-Bois, Saint-Pierre-des-Ormes, Saint-Rigomer-des-Bois, Saint-Vincent-des-Prés, Segrie, Vernie, Trange, Hardanges, Housseau-Bretignolles (le), Saint-Aubin-Fosse-Louvain, Saint-Julien-du-Terroux, Saint-Mars-sur-Colmont, Thubouzi, Bère, Berthouville, Carrix, Epreville-en-Lieuvin, Hauille, Neauphes-Auvergny, Beauche.

Cette motion, par suite des circonstances électorales, ne pourra être communiquée aux responsables gouvernementaux qu'après le 16 mars. Nous mettons ce délai à profit pour enregistrer les nouvelles mairies qui nous parviennent encore chaque jour. Depuis 25 ans, le médecine (étiopathique) est pratiquée dans notre région. Elle est devenue un fait social irrévocable par le mouvement que nous avons déclenché.

Pour tous ceux qui ont eu recours à cette médecine, pour tous les malades actuellement en traitement, pour tous ceux d'entre nous qui auront un jour besoin de ses services, nous remercions tous les élus qui se sont engagés dans cette action et faisons appel à tous ceux qui n'auraient pas encore été contactés pour qu'ils manifestent leur solidarité avec l'ensemble de la population.

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'ÉTIOPATHIE 1, RUE VAUQUELIN, 14300 CAEN



UNIVERSITÉ DE NANTES

Annexe 4 – Le questionnaire destiné aux usagers

Enquête statistique "La patientèle de l'étiopathie"

Madame, Monsieur,

Je suis étudiant en doctorat de sciences sociales à l'Université de Nantes et je mène actuellement une recherche sur le recours aux soins d'étiopathie. Ce questionnaire est entièrement anonyme et ne prend que quelques minutes. Il a pour objectif de comprendre comment se structure cette médecine manuelle au sein de l'offre globale des soins de santé.

Une analyse cohérente nécessite un nombre suffisant de questionnaires complétés. C'est pourquoi je compte sur un maximum de réponses afin que mon travail trouve sa pertinence. **J'espère que vous accepterez de participer et vous en remercie.**

Cordialement, Adrien Cadéron

Indiquez la date :/...../.....

I/Vos recours aux soins :

Si c'est votre première séance d'étiopathie, passez directement à la question n°3.

1) À quand remonte votre premier rendez-vous chez un étiopathe (à ne pas confondre avec un ostéopathe) ? Indiquez l'année et, si possible, le mois.

2) Combien de fois avez-vous consulté un étiopathe ces 12 derniers mois ?

3) Aujourd'hui, le problème qui vous amène implique... (Entourez votre/vos réponse(s))

Une douleur au niveau du dos

Une douleur au niveau d'une autre articulation (précisez laquelle)

.....

Un trouble digestif

Autre (précisez si vous le souhaitez)

Je ne sais pas/je n'en suis pas sûr(e)

4) Ce problème est-il lié à l'exercice de votre métier ?

OUI

NON

Je ne sais pas

5) Êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique ?

OUI

NON

6a) Bénéficiez-vous d'une mutuelle remboursant des séances d'étiopathie?

OUI

NON

6b) Si OUI, précisez le nombre de séances remboursées par an :

7) Approximativement, combien de kilomètres devez-vous parcourir pour vous rendre au cabinet

d'étiopathie ?

8) Approximativement, combien de kilomètres devez-vous parcourir pour vous rendre au cabinet de votre médecin traitant ?

9) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin (qu'il soit généraliste ou spécialiste) ?

10) Un médecin vous a-t-il déjà orienté vers un étiope ?

OUI / NON

11a) Avez-vous déjà fait appel aux soins d'un ostéopathe ou d'un chiropracteur ?

OUI NON Je ne me rappelle plus

11b) Si OUI, était-ce au cours des 12 derniers mois ?

OUI NON Je ne me rappelle plus

12a) Avez-vous déjà fait appel à un praticien autre que ceux mentionnés précédemment ?

(rebouteux, acupuncteur, naturopathe, sophrologue, iridologue etc.)

OUI NON Je ne me rappelle plus

12b) Si OUI, précisez lesquelles.....

II/ Votre entourage

13) Au départ, vous avez pris connaissance de l'étiopathie grâce à... (entourez votre réponse)

Une tierce personne / La TV / Internet / Autre (précisez)

.....

14) Avant de consulter un étiope pour la première fois, connaissiez-vous quelqu'un qui consultait déjà un étiope ?

OUI NON Je ne sais pas/ne me rappelle plus

15a) Une tierce personne vous a-t-elle déjà conseillé l'étiopathie ?

OUI NON

15b) Si oui, précisez qui (ami, conjoint, collègue de travail, connaissance dans un club sportif...) :.....

15c) Cette personne exerce-t-elle un métier en lien avec la santé ? OUI / NON / Ne sais pas

15c1) Si OUI, précisez son métier.....

16) Avez-vous vous-même parlé de l'étiopathie à une tierce personne ? (entourez votre réponse)

Oui, j'ai explicitement conseillé cette médecine à une tierce personne

Oui, j'ai déjà parlé de mon expérience de cette médecine, mais sans vraiment la conseiller
Non, je n'en ai jamais parlé

17a) Êtes-vous engagé(e) au sein d'une organisation associative ou politique ?

OUI NON

17b) Si OUI, précisez quel type d'organisation :

Sportive Culturelle Humanitaire/caritative
Parti politique Syndicat Autre (précisez) :.....

18) Indiquez votre situation matrimoniale :

Célibataire Marié/pacsé Veuf Union libre

19a) Avez-vous des enfants à charge? (si oui, précisez combien) OUI NON

19b) Si OUI, l'un d'eux a-t-il déjà eu recours à l'étiopathie? OUI NON

20a) Dans le recours aux soins de vos parents (pour eux-mêmes ou leurs enfants), estimez-vous qu'un ou plusieurs praticiens qui n'étaient pas des médecins ont pris une place importante ?

OUI NON Sans opinion

20b) Si OUI, précisez quel(s) type(s) de praticien(s) :.....

21) Quel est/a été le métier principal de votre père ?

22) Quel est/a été le métier principal de votre mère ?

III/ Votre point de vue et vos préférences :

23) Avant de consulter un étiopathe, vous consultez un médecin... (entourez votre réponse)

Systematiquement La plupart du temps Rarement Jamais

24) Avez-vous recours à une automédication naturelle (plantes, huiles etc.) ou à l'homéopathie ?

Presque exclusivement Souvent De temps en temps Jamais

25a) Avez-vous l'habitude de lire des informations en rapport avec la santé ou les médecines en général ?

OUI NON

25b) Si OUI : précisez quel type de lecture (magazines, livres, articles internet...) :
.....

26) Selon vous, quels avantages présente l'étiopathie vis-à-vis de la médecine "classique" ?

.....
.....

IV/Votre situation

27) Vous êtes : *un homme / une femme*

28) Indiquez votre âge :

29) Indiquez votre métier (si vous êtes **retraité**, merci de le préciser et d'indiquer votre ancien métier)

.....
.....

30a) Le plus souvent, vous avez exercé : *en salarié(e) / en indépendant(e)*

30b) (Si salarié) dans le secteur : *Public / Privé*

30c) (Si salarié du secteur privé) Dans un établissement de :

Moins de 50 personnes / Plus de 50 personnes

31) Indiquez votre niveau de diplôme le plus élevé : (entourez votre réponse)

Aucun diplôme déclaré, Certificat d'études primaires, BEPC seul / CAP, BEP

Baccalauréat / BTS / DUT, DEUG / Bac + 3 et plus

Autre :

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon étude.

Ce recueil d'informations constitue une première étape qui nécessite d'être complétée par des témoignages de patients. Seriez-vous d'accord pour m'accorder un entretien afin d'enrichir mon enquête statistique? Si oui, merci d'indiquer vos coordonnées au dos de la feuille afin que je puisse prendre contact avec vous ultérieurement.

- Approche étiopathique du syndrome adéno-cutanéomuqueux ou maladie de Kawasaki
- Approche étiopathique de la régulation du débit sanguin cérébral
- Physiologie et physiopathologie de la motricité gastro-duodénale
- Analyse anatomo-pathologique de la structure d'une artère sclérosée. Comparaison avec un modèle simple et des modèles intermédiaires
- Conséquences de la dystrophie d'un réseau capillaire. Exemple du tissu musculaire lisse
- Déterminisme de la répartition veineuse des masses sanguines
- Approche étiopathique de la bosse de bison
- Étude systémique de l'os hyoïde
- Mise au point sur le colon dit irritable. Une nouvelle approche étiopathique
- Modélisation mécaniste de la pronation douloureuse infantile de l'avant-bras
- Approche étiopathique de l'aérocolie
- Approche étiopathique du fibrome utérin
- Analyse de la constipation du nourrisson
- Les dysphagies pharyngiennes
- Circularisation de la phlébite
- Approche étiopathique de l'épididymite
- Approche étiopathique de l'éjaculation prématurée à étiologie somatique
- Syndrome de la traversée cervico-toraco-brachiale
- Approche étiopathique de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
- Classification étiopathique des leucorrhées
- Les paralysies laryngiennes
- Réflexion étiopathique : l'incontinence du pylore
- Contribution à l'étude étiopathique de l'halitose
- L'ovaire dystrophie. Causes et conséquences
- Approche étiopathique du pied bot chez le nourrisson
- Approche étiopathique du pneumothorax spontané primaire
- Intolérances alimentaires. Mécanismes et causalités.
- Approche étiopathique de l'ostéonécrose de la tête fémorale

- Approche étiopathique du syndrome de Gougerot-Sjögren
- La polycondrite chronique atrophiante
- Approche étiopathique des pathologies de l'épaule
- Approche étiopathique du syndrome de König
- Approche étiopathique du lupus érythémateux disséminé
- Introduction à la systémique
- Approche étiopathique des crampes chroniques à l'effort
- Gingivite et étiopathie
- Les cancers métastatiques avec interprétation étiopathique de leurs traitements allopathiques et de leurs conséquences sur le système digestif
- Approche étiopathique du phénomène de fatigue chronique post-opératoire
- La scoliose innée. Analyse des traitements orthopédiques et rôle de l'étiopathie
- Les ostéodystrophies de croissance à l'adolescence
- Approche étiopathique de l'andropause
- Étude des mécanismes de la cicatrisation des structures tendineuses
- Le phénomène de jambes lourdes chez la femme enceinte
- Approche étiopathique des douleurs à la selle
- Approche étiopathique des torticolis

Annexe 6 – Récapitulatif des ouvrages publiés par les éditions Avenir des Sciences

Années d'éditions	Titre de l'ouvrage	Auteur(s)
1979 / 1979/ 1982 / 1986 / 1992 / 2006 / 2013 / 2015	Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique	Christian Trédaniel
1979	Atlas des techniques mécanistes en étiopathie. 1, Systèmes organique et circulatoire	Christian Trédaniel
1979	Atlas des techniques mécanistes en étiopathie. 2, Systèmes cutané, musculaire, ligamentaire et aponévrotique	Christian Trédaniel
1981	Atlas des techniques mécanistes en étiopathie. 3, Système articulaire vertébral. Techniques occipitales, cervicales, cervico-thoraciques, thoraciques, thoraco-lombaires	Charles Aemmer Christian Trédaniel Avec la collaboration d'André- Jean Bouchet)
1981	Atlas des techniques mécanistes en étiopathie. 4, Système articulaire vertébral. Techniques lombaires, lombo-sacrées, sacrées, iliaques, pubiennes, coccygiennes, techniques costales et sternales.	Charles Aemmer Christian Trédaniel Avec la collaboration d'André- Jean Bouchet
1983	Atlas des techniques mécanistes en étiopathie à l'usage des étudiants en étiopathie. 5, Système articulaire périphérique	François Franceschi
1994 / 1995 / 2003	L'étiopathie. Soigner sans médicament. (ouvrage grand public initialement publié aux éditions Atlas en 1985)	Franck Napier (Jean-François Gautier)
1991	La lésion étiopathique articulaire	Évelyne Toulotte Régis Lucquin
1991 / 2002	Logique et pensée médicale	Jean-François Gautier
1991 / 2010	Traitement des maladies des femmes	Thure-Brandt (Traduction d'Horace Stapfer)
1992 / 1993 / 2002	Algies du membre inférieur	Évelyne Toulotte
1993	Le syndrome cervico-néphro-viscéral	Jean-François Gautier
1994 / 2011	Anthologie gynécologique	Horace Stapfer
1994	Le système circulatoire tome 1. Les cœurs périphériques	Jean-François Gautier

1994 / 2002	Introduction à la chimie	Daniel Woehrling
1996 / 2006	Les cancers, anarchie ou causalités ?	Daniel Woehrling
1995 / 1998	Histoire du reboutement. Du reboutement à l'étiopathie	Christian Trédaniel
2011	L'homme-machine	Julien Offray de La Mettrie
2013	Comment soigne l'étiopathie : les traitements de A à Z. (ouvrage grand public)	Pierluigi Locchi
2013	Préhistoire du piéton	Yvette Deloison

Table des encadrés

Encadré n°1 : C. Trédaniel et J-F. Gautier, un duo pour la dissidence.....	59
Encadré n°2 : Un exemple d'exclusion : l'histoire d'Anthony.....	72
Encadré n°3 : M. Bretin, directeur de la FLEB et précieux soutien.....	87
Encadré n°4 : L'étiopathie comme « aventure intellectuelle » : le parcours de Daniel.....	96
Encadré n°5 : Le choix des enquêtés par entretien.....	113
Encadré n°6 : Le commercial et la « vente de la confiance ».....	266
Encadré n°7 : Les « oubliés de la médecine » : Leriche, Stapfer et les autres.....	320

Table des tableaux

Tableau 1 : Évolution du RNE entre 1986 et 1992.....	49
Tableau 2 : Provenance des questionnaires selon les cabinets.....	95
Tableau 3 : Structures des plaintes. Comparaison entre les questionnaires et les listes exhaustives des clients de deux cabinets.....	150
Tableau 4 : Distribution des patients de quatre cabinets selon leur âge au moment de la première consultation.....	153
Tableau 5 : Nombre de séances d'étiopathie déclarées au cours des 12 derniers mois selon le sexe.....	197
Tableau 6 : Distribution sexuée des patientèles de six cabinets d'étiopathie.....	197
Tableau 7 : PCS des répondants au questionnaire dans cinq cabinets.....	199
Tableau 8 : Niveaux de diplôme des répondants au questionnaire dans cinq cabinets.....	200
Tableau 9 : Distribution de la totalité des patients de deux cabinets ruraux selon leur PCS.....	204
Tableau 10 : Expériences post-bac des praticiens avant d'intégrer le cursus d'étiopathie.....	245
Tableau 11 : Âges moyens et médians d'entrée en étiopathie selon les années.....	248
Tableau 12 : Âges d'entrée en cursus d'étiopathie selon le sexe.....	250
Tableau 13 : Âges moyens et médians d'entrée en cursus étiopathique selon le sexe et l'année d'entrée.....	250
Tableau 14 : Origine sociale des praticiens selon la PCS du père.....	254
Tableau 15 : Origine sociale des étiopathes (d'après la PCS du père) selon l'année d'entrée en étiopathie.....	256
Tableau 16 : Niveau d'étude du père cadre ou de profession intellectuelle supérieure selon l'année d'entrée en étiopathie.....	257
Tableau 17 : Trajectoire sociale des enquêtés ayant connu une carrière autre que paramédicale ou « sportive » avant de devenir étiopathe.....	261
Tableau 18 : Meilleure position au sein de la fratrie selon la PCS du père.....	270
Tableau 19 : Abandons ou exclusions selon les années.....	274
Tableau 20 : Redoublements selon les années.....	274
Tableau 21 : Nombre moyen et médian de frères et sœurs déclarés selon la PCS du père.....	275
Tableau 22 : Nombre moyen et médian d'actes hebdomadaires selon l'année d'installation.....	280
Tableau 23 : Structure des tarifs pour une séance adulte.....	281
Tableau 24 : Nombre d'actes hebdomadaires selon le sexe du praticien au sein des cabinets ouverts avant 2008.....	287
Tableau 25 : Temps accordé à la consultation selon le sexe du praticien.....	288

Tables des illustrations et des graphiques

Illustration 1 : Extrait d'une brochure d'étiopathie imprimée entre 1973 et 1975.....	34
Illustration 2 : Extrait d'une brochure imprimée en 1983.....	35
Illustration 3 : Gravure d'Asclépios.....	118
Illustration 4 : Schéma d'un cabinet d'étiopathie A.....	119
Illustration 5 : Schéma d'un cabinet d'étiopathie B.....	120
Illustration 6 : Schéma d'un cabinet d'étiopathie C.....	121
Illustration 7 : Affiche présentant les principales affections prises en charge par les étiopathes.....	142
Illustration 8 : Répartition des cabinets d'étiopathie en France métropolitaine.....	280
Illustration 9 : Le déroulement du cursus en étiopathie.....	309
Illustration 10 : Les matières enseignées aux étudiants en étiopathie.....	310
Graphique 1 : Évolution des proportions hommes/ femmes parmi les inscrits au RNE.....	249

Liste des sigles et abréviations

IFE : Institut Français d'Étiopathie

IIE : Institut International d'Étiopathie

RNE : Registre National des Étiopathes

AOI : Association Internationale d'Ostéopathie

CEO : Collège Européen d'Ostéopathie

CEE : Collège d'Étiopathie Européen

SRO : Société de Recherche Ostéopathiques

AFO : Association Française d'Ostéopathie

AFE : Association Française d'Étiopathie

AIE : Association Internationale d'Étiopathie

ISLEM : Institut Supérieur Libre d'Enseignement Mécaniste

FLEB : Faculté Libre d'Étiopathie de Bretagne

CELMEV : Centre d'enseignement libre de la mécanique du vivant

TABLE DES MATIÈRES

Introduction générale.....	6
Le champ des médecines non-conventionnelles : la percée des médecines manuelles.....	6
Le succès des médecines manuelles : une question en suspens.....	10
Le choix du terrain : l'étiopathie, ses usagers, ses praticiens.....	12
Contribution à l'étude d'une médecine de la « non-urgence » :.....	15
Un projet double : éclairer la non-urgence sous le rapport de l'offre et de la demande.....	19
 PARTIE I : ENTRE ESPOIRS DE DISSIDENCE ET QUÊTE DE RECONNAISSANCE. LES ÉTIOPATHES AU SEIN DU CHAMP DE LA SANTÉ.....	 23
Chapitre 1 : Étiopathie et ostéopathie : une porosité à sens unique.....	24
1. Schismes et défections :.....	25
1.1. 1961-1973 : de « l'ostéopathie » à « l'étiopathie ».....	25
1.2. 1973-1975 : Les débuts difficiles du Collège d'Étiopathie Européen (CEE).....	41
1.3. 1975-1982 : retour à Paris, rupture avec le CEE.....	43
1.4. 1988-1989 : second schisme, création du CELMEV et de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO).....	47
1.5. De 2002 à nos jours : des fuites ponctuelles mais nombreuses.....	50
2. « Ce que C. Trédaniel voulait, c'était l'indépendance totale » :.....	53
2.1. La double menace de l'État et de la profession médicale :.....	53
2.2. Changement de cap : « la reconnaissance ou la mort ».....	66
3. « L'étiopathie c'est pas l'auberge espagnole ! ».....	68
3.1. « Vous engagez-vous à respecter la charte de l'étiopathie ? ».....	68
3.2. L'IFE et le RNE : Des associations « ordinales » :.....	71
3.3. La Revue Internationale de Médecine Étiopathique : un contrôle en amont.....	73
<i>Conclusion du chapitre 1</i>	77
 Chapitre 2 : « Une thèse de doctorat sur l'étiopathie, ça se bichonne ! » : la position des étiopathes au prisme des conditions d'enquête.....	 80
1. Une enquête sur les « patientèles ».....	81
2. L'IFE entre contrôle et soutien logistique.....	83
3. Des praticiens volontaires.....	92
4. L'invitation aux congrès annuels.....	96
5. Étiopathes et médecins : à position différente, secret différent.....	101
<i>Conclusion du chapitre 2</i>	108
<i>Conclusion de la partie I</i>	109
 PARTIE II : LES SOINS DE LA « NON-URGENCE » : UN MARCHÉ THÉRAPEUTIQUE VACANT.....	 111
 Chapitre 3 : Des rebouteux en blouse blanche.....	 112
1. Entre « rebouteux » et « docteur ».....	113
1.1. Les attributs du professionnel de santé.....	113

1.2. Un « mécanicien du corps humain ».....	118
1.3. Un coup de main pour ceux qui ne trouvent pas leurs maux.....	131
1.4. Un praticien « semi-officiel ».....	134
1.5. Le bruit des réussites.....	139
2. Étio-pathie et division du travail thérapeutique.....	141
2.1. Un spécialiste des lésions « réversibles » manuellement.....	141
2.2. Médecine de l'urgence et « médecine quotidienne ».....	145
2.3. Radiographie des clientèles : des troubles essentiellement bénins.....	148
3. Une relation de client, ou : le diagnostic sans la maladie.....	154
<i>Conclusion du chapitre 3</i>	159
Chapitre 4 : Du praticien de la dernière chance au praticien de référence.....	160
1. La non-urgence sous toutes ses coutures.....	161
1.1. La non-urgence « urgente ».....	162
1.2. La non-urgence « lassante ».....	166
1.3. L'urgence professionnelle.....	171
1.4. La recherche d'un soin efficace : premier moteur du recours à l'étiopathe.....	176
2. À chacun son rôle :.....	180
2.1. « Le médecin, il prescrit anti-inflammatoires et repos » : l'étiopathe en première intention.....	180
2.2. Le diagnostic médical comme garde-fou.....	186
2.3. Une concurrence limitée.....	191
2.4. Étiopathe et médecin : une collaboration improbable.....	193
3. Un vaste recrutement social.....	195
3.1. Un taux de féminisation proche des patientèles des généralistes.....	196
3.2. Clientèles urbaines et clientèles rurales.....	198
4. Nécessité, investissement et privation : l'étiopathie entre coût et bénéfices.....	205
<i>Conclusion du chapitre 4</i>	206
Chapitre 5 : La profession médicale et le marché de la non-urgence : les conditions sociales d'une incongruence.....	209
1. De l'hôpital à la médecine de ville : la profession médicale entre succès et échecs.....	210
1.1. Jusqu'au milieu du XXème siècle : une efficacité thérapeutique limitée.....	210
1.2. À partir des années 1960 : explosion de l'offre et mutation des « besoins ».....	213
2. La kinésithérapie : une incursion inachevée dans le marché de la non-urgence.....	223
3. Problèmes de patients, problèmes de médecins : l'objet du travail médical.....	229
<i>Conclusion du chapitre 5</i>	234
<i>Conclusion de la partie II</i>	235
PARTIE III : DES SPÉCIALISTES DE LA « NON-URGENCE », OU : L'INVENTION D'UNE POSITION.....	237
Chapitre 6 : Accessibilité et profits : les attraits du métier.....	238
1. De client à praticien, ou : l'illusion de la « rencontre ».....	238

2. Un recrutement en pleine évolution.....	244
2.1. Du kinésithérapeute au primo-entrant ?.....	244
2.2. Une parité atteinte.....	249
3. Le métier d'étiopathe : entre « refuge honorable » et promotion sociale.....	252
3.1. Les laissés-pour-compte de la médecine et de la kinésithérapie.....	252
3.2. Des mobilités sectorielles conséquentes.....	258
3.3. Le poids de la fratrie.....	269
4. Un engagement rentable.....	270
4.1. Un cursus accessible.....	270
4.2. Une formation onéreuse mais aménagée.....	275
4.3. Un retour sur investissement.....	277
4.4. Le « temps choisi » par excellence.....	287
4.5. Des profits symboliques.....	292
4.6. L'illégalité du métier : fausse barrière, vrai problème.....	297
<i>Conclusion du chapitre 6.....</i>	<i>302</i>
Chapitre 7 : Se faire une place : une question de Principes.....	303
1. Discuter la médecine : une relecture étiologique.....	304
2. Critiquer la médecine : les rouages d'une revanche symbolique.....	314
2.1. Médecine « causale » contre médecine « symptomatique ».....	314
2.2. Les « héritiers de Leriche » et la médecine « bernardienne ».....	317
2.3. Médecine « mécaniste » contre médecine « magique ».....	323
2.4. Les étiopathes « seuls contre tous ».....	329
3. La construction d'un « fondateur » hors normes.....	332
4. De la réalité étiologique aux réflexions épistémologiques : le risque du quiproquo.....	337
<i>Conclusion du chapitre 7.....</i>	<i>340</i>
<i>Conclusion de la partie III.....</i>	<i>342</i>
Conclusion générale.....	343
Bibliographie.....	347
Annexes.....	365
Table des encadrés.....	378
Table des tableaux.....	379
Tables des illustrations et des graphiques.....	380
Liste des sigles et abréviations.....	381
Table des matières.....	382

Titre : Les étioopathes et leurs clients. Sociologie d'une « médecine de la non-urgence »

Mots clés : étioopathes – ostéopathes – profession médicale – urgence – division du travail.

Résumé : Considérant d'une part que les médecines non-conventionnelles constituent un ensemble de pratiques très disparate qui ne peut que difficilement être appréhendé d'un seul tenant, et, d'autre part, que les médecines manuelles, massivement investies par les non-médecins, ont fini par prendre une place importante au sein de plusieurs pays, cette étude entend interroger la place spécifique des étioopathes au sein du champ de la santé. Elle entend montrer que ces praticiens révèlent un vaste marché thérapeutique laissé vacant par la médecine officielle, composé de troubles relativement bénins et qui ne constituent pas des « problèmes publics », mais qui peuvent néanmoins s'avérer très handicapants du point de vue des usagers. La première partie de ce travail apporte un

nécessaire éclairage socio-historique de la population des étioopathes (chapitre 1) et précise les conditions de l'enquête et les matériaux empiriques exploités (chapitre 2). La seconde partie, dédiée à l'étude de la « demande » d'un soin alternatif, porte sur le travail concret du praticien (chapitre 3), le recrutement des clientèles et leurs modes de consultations (chapitre 4), ainsi que la genèse d'un décalage entre les « besoins » des patients et l'offre d'une médecine officielle hospitalo-centrée (chapitre 5). La troisième partie, consacrée à l'analyse de la constitution de « l'offre », décrit d'abord les trajectoires sociales menant au métier d'étioopathe (chapitre 6), puis la rhétorique de légitimation des praticiens vis-à-vis de la profession médicale et des autres thérapeutes manuels (chapitre 7).

Title : The etiopathes and their customers. Sociology of a « non-emergency medicine »

Keywords : etiopathes – osteopathes – medical profession – emergency – division of labour.

Abstract : Considering on one hand that non-conventional medicines constitute a very disparate set of practices that can't be fully comprehended by one analysis, and, on the other hand, that manual medicines, massively invested by non-physicians, have ended up taking a very important place in several countries, this study examines the specific place of the etiopathes in the field of health. It intends to demonstrate that these practitioners reveal a vast therapeutic market left vacant by official medicine, composed of relatively benign disorders that are not considered as "public issues", but which can nevertheless be very disabling from the users' point of view. The first part of this work provides a necessary socio-historical illumination of the etiopathes population (chapter 1),

and specifies the conditions of the investigation and the empirical materials used (chapter 2). The second part, dedicated to the study of the "demand" for an alternative treatment, deals with the concrete work of the practitioner (chapter 3), the recruitment of clients and their methods of consultation (chapter 4), as well as the genesis of a gap between the "needs" of patients and the offer of an official hospital-centered medicine (chapter 5). The third part, devoted to the analysis of the constitution of the "supply", first describes the social trajectories leading to the profession of etiopath (chapter 6), then the rhetoric of legitimation of practitioners facing the medical profession and other manual therapists (chapter 7).