

Le miracle et l'enquête

Laetitia Ogorzelec

DANS **SOCIOLOGIE** 2011/3 Vol. 2, PAGES 243 À 258
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2108-8845

ISBN 9782130587606

DOI 10.3917/socio.023.0243

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-sociologie-2011-3-page-243?lang=fr>



CAIRN · INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Le miracle et l'enquête

Miracle and enquiry

par Laetitia Ogorzelec*

R É S U M É

Cet article cherche à analyser la procédure de reconnaissance des « miracles » à Lourdes dans une perspective pragmatiste. À partir du cas concret d'une déclaration de guérison, il tente de mettre au jour le travail d'enquête nécessaire à la proclamation d'un « miracle », et plus particulièrement les procédés de preuve permettant à des médecins de se prononcer sur le caractère « inexplicable » d'une guérison et à l'Église, ensuite, d'établir son caractère « miraculeux » ou non.

A B S T R A C T

This article attempts to analyze, from a pragmatic perspective, the procedure of recognizing « miracles » in Lourdes. On the basis of a concrete case of a declaration of cure, it attempts to bring to light the investigative work necessary for a « miracle » to be proclaimed. In particular, it highlights the evidence processes that allow doctors to pronounce on the « inexplicable » character of the cure and then to establish (or not) its « supernatural » character in the Church.

MOTS-CLÉS : expertise, preuve, enquête

KEYWORDS: expertise, proof, enquiry

* Doctorante en sociologie, Université de Franche-Comté.

laetitia.ogorzelec@gmail.com

LASA-UFC EA3189 – UFR SLHS – 32, rue Mégevand – 25000 Besançon.

Introduction

Cet article traite de la procédure de reconnaissance des miracles de Lourdes dans une perspective pragmatiste. À partir de l'analyse du parcours d'une déclaration de guérison, il voudrait montrer que le miracle est le résultat d'un travail d'enquête complexe au résultat incertain (Dewey, 1967).

En se donnant une telle option de recherche, ce travail voudrait s'inscrire dans le renouvellement qui touche, depuis quelques années, les objets que l'on inscrivait habituellement dans le champ de la sociologie des religions. À cet égard, les travaux de E. Claverie (2003, 2009) ont permis de repenser, dans une perspective anthropologique, les phénomènes d'apparitions et les mouvements de pèlerinages qui leur sont associés, en rendant compte de la multiplicité des dimensions et des enjeux qui se nouent autour de ces « phénomènes sociaux totaux ». Les recherches de A. Piette (1999, 2003) invitent au même décentrement par rapport aux modèles établis. Interrogeant à nouveaux frais le fonctionnement de la croyance religieuse, il découvre que les rituels, dans leur strict ordonnancement, impliquent une grande part d'indétermination et de jeu, laissant toute latitude aux participants quant à leur degré d'implication dans la situation. Il nous semble, en revanche, que la question des miracles n'a pas bénéficié d'un tel effort de renouvellement épistémologique. S'il existe des travaux offrant un « panorama » historique factuel du phénomène miraculeux (Boufflet, 2008), ainsi que des études mettant l'accent sur la nature et l'évolution des rapports de l'Église à leur égard (Sbalchiero, 2007) – sans mentionner les innombrables ouvrages de vulgarisation –, il faut reconnaître que les recherches éclairant concrètement la manière dont sont reconnus les miracles, notamment à Lourdes, sont à notre connaissance inexistantes. Il s'agit donc bien de défricher un terrain qui ne peut se confondre avec celui déjà fortement balisé des apparitions (Claverie, 2003), des pèlerinages (Harris, 2001 ; Amiotte-Suchet, 2007 ; Puccio-Den, 2007) et des modalités de l'acte de croire en contexte religieux (Piette, 2003).

Concernant l'activité d'enquête propre à la reconnaissance des miracles, on peut d'abord souligner que depuis le ^x^e siècle, les documents pontificaux affirment la nécessité de *vérifier*, par une investigation systématique, les miracles allégués dans le cadre des procédures de canonisation. Dans le prolongement de cette exigence, afin de centraliser cette procédure d'enquête, une congrégation romaine particulière, appelée Congrégation des

Rites, est constituée en 1588. Cette dernière prend exemple sur la procédure pénale de l'époque, notamment en matière de témoignage, estimant qu'il faut être au moins aussi certain pour canoniser quelqu'un que pour le condamner (Delooze, 1997). Dans ce contexte, les miracles sont également soumis à un cadre juridique de reconnaissance officielle de plus en plus rigoureux où l'utilisation des méthodes scientifiques complète progressivement l'enquête épiscopale (Woodward, 1992). On notera que dans l'évolution de cette procédure, le Vatican crée à Rome, en 1948, une *Consulta Medica* composée de médecins laïques chargés de déterminer si une guérison extraordinaire, rapportée en faveur d'un candidat à la sainteté, est « véritablement inexplicable par la science ».

Mais c'est sans doute à la suite des événements de Lourdes (« apparitions » et « guérisons » à partir de 1858) que cette volonté de contrôle s'exprime sous une forme totalement nouvelle. À une époque qui exalte les vertus de la rationalité scientifique, au moment précis où la médecine parisienne atteint le sommet de sa notoriété pour ses travaux sur l'hystérie, redoutant les controverses provoquées par « l'épidémie de guérison » qui suit les visions de Bernadette Soubirous, de nombreux membres de la hiérarchie catholique française souhaitent donner des formes plus respectables à ce que l'on peut considérer comme une « explosion de dévotion populaire » non orthodoxe et difficilement contrôlable (Harris, 2001). C'est dans le cadre de cette stratégie d'encadrement des événements que s'inscrit, en 1883, au sein même du sanctuaire de Lourdes, la création d'une instance médicale chargée de contrôler les revendications de guérisons miraculeuses (Ogorzelec, 2010).

Actuellement, à Lourdes, la procédure de reconnaissance s'articule en trois phases et repose sur une division du travail entre ecclésiastiques et médecins :

I/ À un premier niveau, composé par un médecin permanent nommé par l'évêque et par l'ensemble des médecins de passage présents au sein du sanctuaire, le Bureau médical se présente comme un « comité d'experts » dont le rôle est d'établir 1/ la certitude rétrospective de la maladie, 2/ la réalité de la guérison alléguée, 3/ le caractère inexplicable ou non de cette dernière. En outre, cette instance est chargée de déterminer si, sur le plan médical, les trois caractéristiques traditionnelles exigées par l'Église sont présentes : l'instantanéité, l'absence de convalescence, la persistance de la guérison.

II/ Si le dossier parvient à franchir ces épreuves, il est présenté au Comité médical international de Lourdes (CML), organe consultatif supérieur constitué d'une vingtaine de médecins permanents. Cette seconde instance médicale a pour tâche de diligenter une seconde expertise sur les cas de guérisons instruits par le Bureau médical. Il s'agit de confirmer que la guérison ne trouve « aucune explication naturelle, susceptible d'être retenue par la science ». En fonction des conclusions d'expertises, ce comité pourra décider de présenter le dossier au magistère.

III/ Dans une troisième étape, le dossier quitte le domaine strictement médical pour être soumis au jugement de l'évêque du diocèse de la personne « guérie ». S'appuyant sur l'avis d'une commission canonique diocésaine chargée de réexaminer la guérison en référence au contexte de la grâce et aux critères de la foi, l'évêque peut, par la promulgation d'une ordonnance, reconnaître officiellement son caractère « miraculeux ».

On peut synthétiser ces trois phases en disant que le caractère « inexplicable » d'une guérison est d'abord *constaté* par le Bureau médical, puis *confirmé* par le CML, et enfin, *signifié* par une commission canonique. Au cours de ces étapes, le « miracle » peut gagner en réalité ou être irrémédiablement rejeté comme une fiction. Pour donner une idée de l'effet filtrant de cette activité de contrôle, il suffit de rappeler ici que, depuis 1858, les autorités médicales de Lourdes ont enregistré un peu plus de 7 000 déclarations de guérisons, qu'environ 2 000 d'entre elles ont été estimées « inexplicables en l'état des connaissances médicales », mais que seulement 67 ont été reconnues « miraculeuses » par l'Église.

À première vue, en se donnant comme objet la description et l'analyse du travail d'enquête nécessaire à la proclamation d'un « miracle » à Lourdes, une telle recherche requiert la mise en place d'une microanalyse de l'activité des acteurs, comparable à la manière dont N. Dodier (1993) a observé les médecins du travail « dans leurs actes » afin de « saisir toute la densité des opérations par lesquelles doit passer un médecin pour juger d'un cas ». Mais, n'étant ni médecin ni prêtre, cette perspective méthodologique s'est rapidement révélée impossible à mettre en œuvre. Tenue à l'écart de la possibilité d'observer le détail des actions concrètes des acteurs, il restait la possibilité de pister les traces laissées par leurs activités dans les dossiers des « miraculés ». En effet, matérialisant toutes les étapes d'une procédure de reconnaissance, rassemblant toutes les pièces

nécessaires à instruire le jugement des médecins et des prêtres (courriers, témoignages, expertises médicales, rapports ecclésiastiques...), les dossiers des « miraculés » permettent, en quelque sorte, d'accéder à la porte dérobée du *miracle en train de se faire*. Ils donnent à voir l'ensemble des éléments que les différents acteurs mettent en avant pour justifier leurs décisions, ainsi que la manière dont un consensus s'opère ou non à leur propos. Ils rendent manifeste ce processus, généralement occulté, par lequel les déclarations et les actions des acteurs, d'abord fragiles et inconsistantes, deviennent des objets robustes aux arêtes bien dessinées.

Les dossiers des 67 « miraculés » de Lourdes se trouvent aux Archives du Bureau médical, lui-même situé au sein du sanctuaire. Il importe d'éclaircir brièvement la façon dont il est actuellement possible d'y accéder. Ces dossiers ne sont pas déposés sur les rayons des archives tels des ouvrages qu'il suffirait d'emprunter dans une bibliothèque. Il s'agit, au contraire, d'un territoire bien gardé. Longtemps maintenu en lisière de la complexité du fonctionnement du dispositif et renvoyé à des réponses courtoisement évasives, puisées dans des répertoires de stéréotypes offerts à la curiosité des pèlerins, des touristes ou des journalistes, ce n'est qu'en faisant preuve d'une certaine ténacité que nous avons pu avoir accès à l'ensemble des documents : après deux ans d'insistance auprès des responsables administratifs et de retours réguliers sur le terrain, nous avons convaincu le responsable du Bureau médical du sérieux et de la légitimité scientifique de notre travail.

La comparaison des « miracles » reconnus, telle que nous la mettons en œuvre dans la préparation de notre thèse, est indéniablement féconde d'un point de vue heuristique. Cependant, sur la base de ce travail, l'analyse approfondie d'un cas nous paraît mieux adaptée aux contraintes d'un article. Nous consacrerons donc ces pages au 52^e miracle de Lourdes, celui de Jeanne Frétel.

De la déclaration de guérison au « miracle » : analyse du dossier de J. Frétel

Notre questionnement sur le « dossier Frétel » commence avec cette remarque du responsable du Bureau médical : « – Le dossier de Jeanne Frétel c'est une courbe de température. *C'est tout !* C'est un dossier qui est passé sans difficultés » (entretien, juillet 2006). En effet, si certaines demandes de reconnaissance

ont connu un cheminement long et compliqué avant de se voir décerner la qualité de miracle, celle de J. Frétel aboutit deux ans plus tard à la proclamation du miracle par l'archevêque de Rennes. Comment expliquer cette rapidité ?

Cette question en entraîne d'autres. Dans cette perspective, en effet, il ne suffit pas simplement de reconnaître la puissance d'évidence que dégage cette courbe de température pour les médecins qui ont eu à décider du devenir du « cas Frétel ». Il faut, bien au contraire, la rendre *problématique* : quelles propriétés peut-elle bien renfermer pour avoir si rapidement installé la certitude et l'accord de tous sur ce cas de guérison là où généralement règne le doute ? Partant de là, on peut se demander par quels procédés les médecins éprouvent la solidité de la déclaration de guérison. Sur quoi s'appuient-ils lorsqu'ils cherchent à élaborer des preuves afin de confirmer ou d'infirmer le caractère inexplicable de celle-ci ? Qu'est-ce qui, dans le dossier, permet de clore les discussions et de produire un accord entre les différents acteurs – médecins et ecclésiastiques – concernés ?

On ne peut répondre à ce questionnement sans prendre en considération le flux d'informations et de documents qui circule entre les médecins chargés d'objectiver la guérison et par lequel s'organise ce que W. James appelait un « processus de validation ». Car cette courbe de température que le médecin nous présente « rétrospectivement » comme la pièce essentielle du dossier – s'étant, comme de par sa force propre, détachée de la masse des autres documents – n'est en fait guère significative indépendamment du dispositif qui lui donne sens et la rend descriptible. « Poser la question de la certitude, ou de la preuve, rappelle F. Chateauraynaud, suppose la mise en place préalable d'un ensemble de points fixes qui rendent le doute ou le questionnement réalistes : ce qui est fixé l'est non pour sa qualité intrinsèque de clarté ou d'évidence, mais parce que solidement maintenu par tout ce qu'il y a alentour. La preuve n'est donc jamais le produit d'un fait isolé, mais prend forme dans un réseau d'éléments qui tendent à se renforcer les uns les autres » (2004, p. 188). Dans le dossier de J. Frétel, ce réseau se compose d'une trentaine de documents (rapports d'hospitalisation, lettres, questionnaires médicaux, témoignages, articles de journaux...). En replaçant la courbe de température dans son contexte discursif, nous verrons comment les différents éléments de ce dossier se soutiennent réciproquement pour former le soubassement permettant de lui conférer un caractère d'évidence incontestable. Entrons donc dans l'épaisseur des textes...

Premier rapport du Bureau médical de Lourdes

Le 9 octobre 1948, alors que la nouvelle d'une guérison circule déjà dans l'enceinte du sanctuaire, les médecins du Bureau médical invitent J. Frétel à *raconter* : antécédents, circonstances des premiers maux, formulation du diagnostic, histoire de la maladie et de la guérison... Tout cela est mis en regard du seul document que peut fournir la requérante à ce stade de la procédure : son certificat médical, établi par son médecin, quelques jours avant son départ pour le pèlerinage du Rosaire :

Document 1 : certificat médical. 10 août 1948

« **Nature de la maladie** : Péritonite tuberculeuse. La malade a subi 7 interventions abdominales. Depuis 3 ans elle est complètement alitée, se nourrit très peu et les douleurs abdominales l'obligent à une immobilité presque totale.

Diagnostic : Péritonite tuberculeuse.

Pronostic : Très grave.

La maladie est-elle incurable ? Oui. »

Les médecins du Bureau médical travaillent à éclaircir la situation face aux modifications déconcertantes de l'organisme apparemment guéri. Dans le foisonnement de détails donnés par la requérante – où des douleurs et des incapacités, des opérations et des traitements, des améliorations et des rechutes doivent être associés à des dates, des lieux et des personnes –, ils cherchent des « supports objectifs » permettant d'éprouver la validité d'un énoncé tel que « j'étais malade et maintenant je suis guérie ». Cette enquête s'effectue au moyen d'un interrogatoire médical et d'un examen clinique permettant aux médecins d'isoler une série d'informations « médicalement pertinentes » dont certaines, définies *a priori*, correspondent aux cases d'un document standard :

Document 2 : extrait du premier rapport du Bureau médical. 9 octobre 1948

Histoire de la maladie : « La malade a commencé à souffrir il y a 11 ans de douleurs abdominales : une première opération d'appendicectomie n'a pas donné d'amélioration (1938) ; une seconde opération est pratiquée en 1939, on enlève un kyste de l'ovaire (?) (D^e Marnelle de Rennes), comme elle souffrait toujours et présentait des vomissements quotidiens, elle est opérée une troisième fois pour péritonite ; cette dernière opération entraîne une fistule stercorale sans amélioration de l'état général (1941) ; elle reste alitée à l'hôpital de Rennes pendant 5 ans avec un mauvais état général avec alternative de poussées fébriles. On tente par voie chirurgicale la fermeture de fistules stercorales, mais sans résultat en (mai 1941, déc. 41, sept. 42). Un résultat en nov. 44. Elle sort de l'hôpital au début de 1945 et essaye de travailler à la Porterie de la clinique St Laurent (2 érysipèles mai et juillet 45) elle doit abandonner le travail en octobre 1945, et elle rentre au sanatorium de Pessac (Gironde) en janvier 1946, puis à

celui de Labenne (Landes) (mars 46 – décembre 1946) où son état ne permet pas l'héliothérapie et où elle présente des complications (fièvre persistante, mauvais état général). Elle rentre à Rennes à l'hôpital pour, dit-elle, y mourir (3 déc. 46). Aucun traitement n'est fait. Elle y reste jusqu'à son départ à Lourdes constamment alitée (depuis le 17 octobre 45). Dans son état, on note des alternatives de diarrhée et de constipation et des douleurs constantes nécessitant des piqures de morphine (quotidiennes en 1947) ou des suppositoires calmants (1948). Insomnies très fréquentes. Vomissements quotidiens de liquides acides ou d'aliments assez variables en quantité. Perte de l'appétit. À l'examen, le ventre était ballonné et si douloureux qu'on ne pouvait le palper ; la paroi était dure ; la malade était si gênée qu'elle ne pouvait s'asseoir dans son lit. »

Constatation : « Examen du 9.10.48 : Poids 49,500 Taille : 1,58. Périmètre abdominal 0,78... Teint pâle – sans amaigrissement notable. Marche pour la 1^{re} fois depuis le 17 octobre 1945... ventre plat respirant normalement... La malade a été le matin à la selle. Selles normales... respiration cardio-vasculaire : normaux. Atrophie des masses musculaires des jambes. Le reste de l'examen est parfaitement normal... »

Histoire de la Guérison – Témoignages : « Part de Rennes le 4 octobre 48.

2 perfus de morphine en route

Le 5.10 À Lourdes – reste à l'hôpital – le soir morphine

Le 6.10 Malade toute la journée. Vomissements. Nuit du 6 au 7 : très mauvaise.

Le 7.10 Vomi toute la journée. Ne prend rien. Messe à la grotte, piscine après. Nuit du 7 au 8 : mauvaise. Vomissements.

Le 8.10 Transportée à la messe de 7 h à l'autel St Bernadette. La malade va mieux aussitôt la communion. Elle a la sensation qu'une personne la prend sous les bras pour l'aider à s'asseoir, et elle se trouve assise. Prend un café au lait qu'elle ne vomit pas. Conduite plus tard, elle constate que son ventre, jusque-là ballonné, est redevenu normal. »

S'appuyant sur le certificat médical, c'est par l'écoute et l'observation que les médecins collectent les éléments nécessaires à l'élaboration d'un premier jugement de recevabilité :

Conclusions : Guérison, amélioration ou persistance de l'état morbide ?

« Amélioration énorme = peut-être guérison complète. À conserver pour 1949 »

Suit la signature des cinq médecins présents.

Un premier jugement est formulé : le cas est retenu et un dossier est ouvert. Mais à ce stade de la procédure, suivant un « principe de précaution » qui impose un recul minimum d'un an avant de se prononcer, les médecins se gardent encore de parler de « guérison » et ne constatent qu'une « amélioration énorme ». Un horizon d'attente est néanmoins ouvert. Si la « guérison » n'est pas encore assurée, la constitution d'un dossier laisse envisager un avenir : certes fragile, encore menacée d'apparaître comme une simple rémission temporaire, elle devient un possible. Laisant le temps faire son œuvre,

le médecin responsable du dossier se met en quête de tous les éléments susceptibles d'éclairer son jugement. Dans cette logique, il prend contact avec le médecin hospitalier qui suit régulièrement la requérante afin d'obtenir les détails de sa « trajectoire médicale » (Strauss, 1992). Le dossier se charge ainsi d'attestations, de témoignages, de certificats... Laissons-le s'épaissir de 1948 à 1949, et profitons-en pour resituer cette période dans l'Histoire de France ainsi que dans celle plus particulière de l'Église catholique et de Lourdes.

Éléments de contexte

1939-1947 : il faut reconnaître que les « miracles » et la guerre ne font pas bon ménage. Après une période de désaffection correspondant à la durée de la Seconde Guerre mondiale, l'année 1946 a inauguré un « timide retour des pèlerinages » (Mangiapan, 1994, p. 173) vers le sanctuaire de Lourdes. « On y a compté, écrit T. Mangiapan, à peu près un million de visiteurs et l'inscription de 10 000 malades, accompagnés par 386 médecins. Et pour l'année 1947, un million et demi de pèlerins, 12 000 malades et près de 600 médecins » (1994, p. 173). Ces chiffres concernant la fréquentation du sanctuaire sont relativement faibles si on les compare à ceux des années précédant la Seconde Guerre mondiale ou à ceux de 1949 où on dénombre 2 400 000 visiteurs, près de 20 000 malades et 1 174 médecins enregistrés (Mangiapan, 1994, p. 173). Si la désaffection des pèlerins peut s'expliquer par les conséquences du conflit de 1939-1945, il faut sans doute rajouter le fait qu'aucun miracle n'a été reconnu pendant l'entre-deux-guerres et pendant la période de l'immédiat après-guerre. En effet, si 129 guérisons survenues entre 1928 et 1947 ont été reconnues « médicalement inexplicables » par le Bureau médical (Mangiapan, 1994, p. 159), l'Église s'est abstenue de se prononcer sur le caractère miraculeux de ces guérisons...

La situation change à partir de 1947, année marquée par la nomination d'un nouvel évêque à Lourdes – Mgr Théas – et d'un nouveau responsable du Bureau médical – le docteur Leuret, ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux – dont la candidature a été avancée par une assemblée de médecins catholiques. Ces deux personnalités sont à l'origine d'une véritable « campagne de relance des miracles » (Mangiapan, 1994, p. 164). En effet, dès son entrée en fonction, le nouveau responsable du Bureau médical ne cache pas son souhait de « réunir (...) et faire reconnaître officiellement par l'Église, une dizaine des plus belles guérisons en vue du Centenaire des apparitions » (Mangiapan,

1994, p. 164). C'est dans cette perspective qu'il adresse une trentaine de dossiers concernant des guérisons survenues entre 1923 et 1939, aux différents évêques des diocèses des intéressés. Voici la teneur de la lettre qui les accompagne :

« Excellence, en faisant la révision des guérisons anciennes retenues depuis un certain nombre d'années par le Bureau médical, j'ai constaté que plusieurs d'entre elles, pourtant valables et bien observées, n'avaient jamais été présentées aux Commissions Canoniques Diocésaines. Avec l'approbation de Son Excellence Monseigneur Théas, Évêque de Tarbes et de Lourdes, je me permets donc de vous adresser l'observation de guérison de....., survenue en 19.... Et retenue par deux constatations successives. (...) Il ne dépend donc que de Votre Excellence de décider si ce dossier doit être soumis à une Commission Canonique, nommée à cet effet pour décider du caractère miraculeux de cette guérison. Nous n'avons pas eu de nouvelles récentes de cette personne, mais il nous a semblé plus pratique que l'enquête qui nous paraît utile à son sujet soit faite sur place. Espérant que vous voudrez bien prendre cette démarche en considération, je prie Votre Excellence, de croire à mon respectueux dévouement » (cité dans Mangiapan, 1994, p. 181-182).

C'est donc dans le cadre du renouveau marquant le sanctuaire et le Bureau médical de Lourdes que le dossier se constitue entre 1948 et 1949. Pour en commencer l'analyse, revenons d'abord au compte rendu de l'événement bruyant que fut la guérison.

Le témoignage

Document 3 : retranscription du témoignage du père Roques. Document non daté

Père Roques
Couvent des Dominicains
9, rue Saint-François-De-Paule
06300 Nice
Tél : 93.62.17.32

Récit de la guérison de Jeanne Frétel le 8 octobre 1948

Je soussigné Père Roques, dominicain, certifie ce qui suit.
Le matin du 8 octobre 1948, à la messe de 7 h, célébrée pour les malades du Pèlerinage du Rosaire (les deux hôpitaux réunis : Asile Notre-Dame et Hôpital des sept douleurs) devant l'autel de Ste Bernadette sur l'Esplanade. Au moment de la communion, un brancardier me demande de prendre un couloir entre les brancards, j'arrive devant un tringlot où reposait Jeanne Frétel. J'aperçus du sang noir qui coulait de son nez et de sa bouche. Les yeux étaient baissés. Je demande à la malade si elle veut communier. Aucune réponse. J'insiste. Toujours le silence. J'hésite à la faire communier. Je décide si elle vomit l'hostie de la ramasser et de me communier moi-même (le Seigneur n'a jamais contaminé quelqu'un). Un brancardier insiste pour la communion. Il ouvre sa bouche avec le dos d'une cuillère prise dans une caissette contenant les ustensiles pour le petit déjeuner des malades (le jeûne eucharistique après minuit était toujours prescrit).

Je dépose sur sa langue un petit bout d'hostie. Je referme moi-même sa bouche. Instantanément (j'insiste) elle a ouvert les yeux et m'a dit « où je suis ? » Je lui ai répondu : À Lourdes. Ce fut tout et continuai de donner l'Eucharistie aux autres malades. Arrive le moment du petit déjeuner. La petite servante donne à Jeanne un grand bol de café au lait. Jeanne ne mangeait plus depuis six mois et vomissait tous les liquides, même l'eau. Elle a pris le petit déjeuner complet et n'a rien vomi. Je la rencontre de nouveau. Elle me demande d'aller à la grotte. Je lui ai dit que bientôt elle y serait.

P.S. : La guérison de Lourdes pour être déclarée miraculeuse demande l'instantanéité et la création d'un tissu humain que la maladie avait altéré profondément ou supprimé. C'est le cas de Jeanne Frétel et d'autres guérisons.

Si les témoignages des miraculés de Lourdes indiquent que les guérisons se réalisent le plus souvent dans l'intimité d'une chambre et au cours de la nuit, celle de J. Frétel se distingue par son caractère diurne et public. C'est en pleine messe des malades qu'elle « revient à elle ». Cette caractéristique permet de lester le dossier de la requérante d'un poids considérable : des témoins et leurs témoignages que ne manqueront pas de recueillir les médecins chargés de l'enquête. Avant de s'interroger sur le statut de cette pièce du dossier, on peut remarquer que la disposition typographique du document (qui est ici retranscrit tel quel) laisse apparaître deux éléments séparés. On peut différencier le corps du texte et le post-scriptum que le prêtre ajoute à la fin de sa lettre.

Ces deux éléments semblent constituer deux témoignages bien distincts. Le premier est produit dans le cadre d'une sollicitation officielle du Bureau médical et porte les traces de protocoles formalisés : nom, adresse, numéro de téléphone du témoin. Le style est serré, sobre, réduit au minimum informatif, précédé d'une formule juridique : « Je soussigné... certifie ce qui suit. » Les conditions sociales d'une telle prise de parole – sollicitée dans le cadre d'une procédure d'enquête – entraînent un certain nombre de contraintes d'énonciation. Elles interdisent, par exemple, de formuler des jugements personnels, puisque le jugement est délégué à d'autres acteurs, voire à une autre phase de la procédure. Le témoin doit convertir son récit au format requis par sa collaboration à l'établissement des faits. D'autant plus que, face au risque de ne pas être cru, une stratégie narrative usuellement adoptée consiste à entourer le récit d'un événement de l'énoncé des circonstances banales de sa découverte : le moment et les lieux, les raisons de sa présence... (Pollak & Heinich, 1986). De ce point de vue, la pointe difficilement croyable du récit d'une guérison miraculeuse est le plus souvent sertie dans un

contexte rassurant l'auditeur sur la bonne foi et le bon sens de son narrateur.

Le post-scriptum s'apparente davantage à une profession de foi par laquelle un individu, qui n'est pas médecin, se prononce avec certitude sur une guérison. Le sens du témoignage s'en trouve inversé. Le discours n'est plus le simple rapport d'un témoin sur un fait auquel il a assisté – un énoncé du type « je témoigne que » –, mais l'expression d'un type de subjectivité affectée par une nécessité intérieure et impérieuse qui l'amène à « témoigner pour ». À ce dernier niveau, le fait de se produire comme témoin constitue un engagement qui dépasse le simple fait de s'ériger en porteur de la mémoire d'un événement.

Une réflexion plus générale nous permettra sans doute de mieux comprendre le passage du témoignage au post-scriptum. En effet, être témoin oculaire, ce n'est pas tellement avoir été spectateur d'un événement et le raconter que *déclarer qu'on l'a vu*, attester *qu'on était là*. Et « il serait erroné de réduire cette revendication à un simple effet rhétorique valant pour le récit présent » (Dulong, 1998, p. 12). S'affirmer témoin, c'est en effet s'engager à raconter ce qui s'est passé autant de fois que nécessaire, c'est accepter d'être interrogé à ce sujet, en toutes circonstances, face à toute contestation. Aussi, compte tenu de ses conséquences, « la certification biographique équivaut [...] à un engagement à vie : celui de maintenir au travers des récits successifs une identique version des faits » (Dulong, 1998, p. 12). Pour P. Ricœur, ce maintien apparente le témoignage à la promesse, « plus précisément, dit-il, à la promesse d'avant toute promesse, celle de tenir sa promesse, de tenir parole » (2000, p. 206). Dès lors, il est aisé de comprendre combien la personne, ainsi consacrée en mémoire vivante de l'événement, doit non seulement assumer une prétention spéciale à la vérité, mais également un impérieux devoir de stabilité.

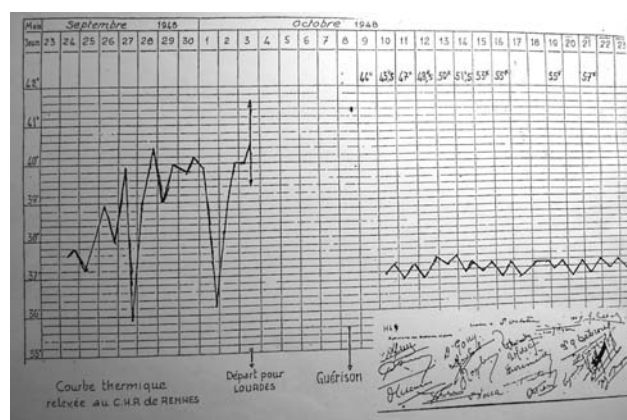
À la lumière de ce qui précède, on aura sans doute remarqué que le document que nous analysons ici n'est pas daté. Le numéro de téléphone qui y figure autorise néanmoins à penser qu'il fut produit après 1985 – date à laquelle, en France, la numérotation passe de six à huit chiffres – soit, au minimum, 37 ans après l'événement de la guérison. Il est certain, cependant, qu'un témoignage a été recueilli par les médecins chargés de l'enquête auprès du père Roques dans les jours qui suivirent la guérison. Mais celui-ci reproduira plus tard son témoignage dans la presse, à la télévision... traduisant ainsi le maintien dans le temps d'une posture de témoin assumée pendant presque quarante ans !

Faut-il rappeler que dans le cadre de son usage judiciaire, le témoin prête serment et que sa moralité fait parfois l'objet d'une enquête parallèle ? Si la valeur de preuve de la déposition dépend de la garantie morale de celui qui la produit, le prêtre n'est-il pas, plus que n'importe qui, plus que le brancardier même qui ouvre la bouche de la communiant, le mieux placé pour raconter ? Il est sans doute peu de cas où le pouvoir structurant des mots, « leur capacité de prescrire sous apparence de décrire » (Bourdieu, 2001, p. 188) soient aussi indiscutables. De ce point de vue, cette phrase écrite de la main du prêtre : « Instantanément (j'insiste) elle a ouvert les yeux », n'a pas seulement pour rôle de décrire un état de choses ou d'affirmer un fait quelconque, mais bien plutôt de constituer le donné en l'énonçant, dans la mesure où « l'efficacité symbolique » s'accomplit « dans et par une relation définie qui crée la croyance dans la légitimité des mots et des personnes qui les prononcent » (Bourdieu, 1992, p. 123).

La courbe de température

Au-delà du recours à l'autorité morale d'un énonciateur, on peut s'appuyer sur des preuves jugées irréfutables et fondées sur la solidité des objets pour clore les discussions. N'oublions pas, à cet égard, les quelques mots qui nous ont guidée jusqu'ici : « Le dossier de Jeanne Frétel c'est une courbe de température. *C'est tout.* » Quel type de confiance peut bien animer les médecins qui, après leurs investigations, brandissent une courbe thermique comme « preuve flagrante » faisant table rase du doute ? Si ce document a permis de faire basculer les médecins de l'incertitude à la certitude, c'est bien un sentiment d'*évidence partagée* permettant l'accord sur un état de chose qu'il s'agit maintenant d'interroger.

Document 4 : courbe thermique de J. Frétel. Septembre et octobre 1948



Le 5 octobre 1949, un an après sa première visite, J. Frétel se présente au Bureau médical pour un second examen. À cette occasion, les médecins prennent connaissance d'un certain nombre d'éléments transmis par le professeur Pellé de Rennes qui suit la requérante. Il s'agit d'un certificat médical établi le 01/08/1949, de plusieurs radiographies pulmonaires et d'une trentaine de courbes thermiques réalisées au CHR de Rennes entre mai 1947 et octobre 1949, c'est-à-dire juste avant et peu après la visite de J. Frétel à Lourdes. Si, lors de ce second examen, les médecins observent que l'amélioration constatée l'année précédente s'est maintenue, c'est surtout les courbes thermiques qui attirent leur attention, et plus particulièrement celle qui couvre la période de septembre et octobre 1948. Présentant de grandes variations de température avant la venue de J. Frétel à Lourdes et une stabilisation certaine après son retour du pèlerinage, cette feuille leur semble « particulièrement démonstrative ».

On peut penser qu'un tel document donne à voir, d'un seul coup d'œil, le passage de la maladie à la guérison. Ce changement d'état, aussi soudain qu'inattendu, n'avait-il pas déjà été exposé par J. Frétel lors de sa première visite au Bureau médical, puis attesté par le père Roques lorsque les médecins chargés du dossier ont recueilli son témoignage ? Ce document n'apprend rien aux médecins. Il se distingue néanmoins de l'engagement personnel des témoins par le dispositif d'appareil, de pratiques, de compétences... qu'il mobilise en tant qu'œuvre collective. La courbe est le résultat d'une série de médiations qui, partant du corps de la requérante, s'étendent jusqu'à ce document que manipulent les médecins du Bureau médical. De ce point de vue, à la manière dont B. Latour et S. Woolgar se demandent comment des scientifiques parviennent à transformer des échantillons de cerveaux de rats en poudre, puis en feuilles de papier noircies de schémas, pour produire un « fait scientifique » (1996), ne faut-il pas se demander de quelle façon on passe du corps de la requérante à une courbe de température tracée sur du papier millimétré, puis à cette sentence du responsable du Bureau médical : « Le dossier de Jeanne Frétel c'est une courbe de température. *C'est tout ?* »

Pour saisir les forces sociales que cristallisent ces différentes « traductions », il convient de mieux comprendre ce que signifie « prendre la température » de quelqu'un. On se rappellera d'abord que « dans la phénoménotéchnique, aucun phénomène n'apparaît *naturellement*, aucun phénomène n'est *donné*. Il faut le *constituer* et en lire les caractères *indirectement* » (Bachelard,

1951, p. 128-129). De ce point de vue, les différentes mesures de la température de J. Frétel n'ont pas été réalisées « au jugé », de manière approximative, par les médecins. Elles ont été effectuées au moyen d'un instrument de précision : le thermomètre.

L'utilisation de cet instrument produit plusieurs effets simultanés qu'on peut distinguer ici :

1/ Dans un premier temps, on peut noter que le thermomètre introduit une exactitude d'ordre mathématique dont étaient dépourvues les paroles de J. Frétel et du père Roques. N'est-ce pas par l'utilisation de l'instrument que la connaissance scientifique rompt avec la connaissance sensible ? À cet égard, G. Bachelard dressait ce constat simple mais essentiel de rupture : « On voit la température sur un thermomètre ; on ne la sent pas » (1973, p. 10). Dès lors, l'objectivité se situe dans ce qui ne tombe pas *directement* sous les sens. Au monde de l'« à-peu-près » et du « plus ou moins » des perceptions sensibles, l'instrument substitue celui de la précision, des mesures exactes et de la détermination rigoureuse (Koyré, 1971, p. 341-362).

2/ Ce n'est pourtant pas la précision qui fait, à elle seule, taire les discussions, mais l'accord préalable que suppose toute mesure. À cet égard, A. Desrosières rappelle que la stabilité, la permanence et la solidité spécifique de la chose mesurée ne sont pas données d'avance (1993). Elles dépendent de l'ampleur de l'« investissement de forme » qui les a produites à travers la réalisation de conventions d'équivalence. Pour s'en donner une idée, on peut penser ici à l'entreprise de construction politico-cognitive d'un espace de mesure standardisé par l'harmonisation du système métrique et l'unification des poids et mesures en France pendant le quart de siècle recouvrant la Révolution et l'Empire. Poursuivant autant des objectifs de justice sociale que de justesse dans l'étalonnage des choses, ce travail d'adunation a eu pour effet de rendre théoriquement indépendantes des circonstances singulières et locales les opérations de mesure en France. N'est-ce pas aussi en raison de l'existence de cet espace de commune mesure, où les choses sont comparables parce que les catégories et les procédures de codage sont identiques, que l'action et la décision peuvent prendre appui sur des objets stables et fermement établis ? S'inscrivant dans ce cadre logique socialisé de longue date, l'instrument de mesure ne peut que fournir des valeurs d'objectivité codifiées, s'imposant aux individus comme des « allant de soi » et donnant lieu, sans discussion possible, à un consensus général.

3/ Si les effets de précision et d'accord, décrits précédemment, se renforcent lorsqu'ils se trouvent ordonnés dans l'espace d'un document destiné à figurer dans un dossier clinique, il convient de considérer également la production de ce document en tant que tel. La courbe de température ne repose-t-elle pas sur une pratique institutionnalisée ? Ne suppose-t-elle pas que la mesure soit inscrite dans le cadre d'une activité médicale contrôlée et dont les propriétés rationnelles de cohérence, de rigueur méthodologique et d'uniformité sont reconnues ? Lorsqu'il consigne par écrit ce qu'il fait ou lorsqu'il reporte dans un formulaire ou une grille ses observations et ses enregistrements, le personnel hospitalier agit en se soumettant aux règles de fonctionnement d'un établissement de soin. À cet égard, les procédures d'inscription sont conformes à des « façons établies de faire » définissant la manière correcte, en tant qu'obligation de travail, d'établir le compte rendu de ce que l'on a fait (Garfinkel, 2007, p. 308-309).

Toutes ces considérations permettent sans doute de comprendre l'importance de la courbe de température face aux témoignages de J. Frétel et du père Roques. Lorsque nous recevons un témoignage, nous faisons confiance à un informateur. Ainsi, avant de croire quelque chose, nous croyons d'abord quelqu'un. À l'inverse, il faut souligner ici que ce n'est pas un individu qui prend la température de J. Frétel, mais tout un dispositif médical. De ce point de vue, quelle que soit l'évolution du statut des personnes chargées d'effectuer cette tâche (Hughes, 1996 ; Tissot-Guerraz, 1995), ce qu'on retiendra surtout ici, c'est le dispositif social mis en place pour permettre une prise de température régulière et sa transcription dans un document standardisé : derrière la courbe thermique, il y a en effet la mobilisation d'un service hospitalier, la mise en place d'un dispositif de mesure de température quotidienne, sa transcription dans un graphique ; derrière la lecture du tracé, il y a l'ensemble d'un tableau clinique édifié par la discipline médicale, permettant de donner sens aux différentes mesures et de les lier aux symptômes. Là où un témoin peut douter, se tromper ou s'illusionner, l'École de médecine n'hésite pas. Ainsi conclut-elle de la précision des mesures à leur exactitude et de leur exactitude à la réalité foncière des rapports mesurés (Bachelard, 1973, p. 54). Là où le témoignage offre un engagement moral fondé sur la construction sociale d'une confiance, l'instrument de mesure – inscrit dans le cadre socialisé de la pratique médicale – offre une évidence si pleine et si solide qu'elle procure

à ceux qui la contemplent l'assurance de posséder un bien tangible et sûr.

Par-delà ce processus, il faut évoquer la mobilisation d'un argument supplémentaire qui renforce la solide neutralité accordée à la courbe de température : les caractéristiques que les médecins de Lourdes prêtent au professeur Pellé qui leur transmet le document sont décisives. Une note du rapporteur révèle :

Document 5 : extrait du second rapport du Bureau médical. 5 octobre 1949

« présentation de l'observation détaillée et contrôlée et signée par le docteur Alphonse Pellé, professeur de pathologie médicale. Dans le service d'octobre 46 à octobre 48.

Note : A. Pellé non-croyant plutôt hostile. »

Le professeur est présenté par les médecins du Bureau médical comme un « non-croyant plutôt hostile » à la cause des miracles. Et c'est bien parce que l'on peut considérer qu'il fait partie de ceux d'entre leurs pairs qui sont les moins enclins aux complicités complaisantes que ses observations peuvent recouper la forme la plus aboutie de la probité, imposant une vérité plus efficacement que toutes les exhortations à la « neutralité éthique ». Attestés par un « non-croyant » et certifiés par la signature d'une vingtaine de médecins, les résultats deviennent difficiles à remettre en cause : la courbe de température devient une « preuve tangible ».

Bien qu'elle semble se donner à voir immédiatement, la force probante de la courbe de température s'est, au contraire, constituée dans la durée, dans le lent processus d'accumulation nécessaire pour que les pièces du dossier s'informent les unes les autres (Chateauraynaud, 2004, p. 181). Ainsi que le rappelle F. Chateauraynaud, « Le temps de l'administration de la preuve ne peut, en effet, éluder le temps, beaucoup plus long, de l'invention des moyens probatoires » (2004, p. 168). De ce point de vue, la courbe de température ne fait que *cristalliser* les éléments épars que les médecins avaient déjà rassemblés.

Le jugement des médecins du Bureau médical et de la Commission médicale nationale de Lourdes

Avec cette cristallisation de certitudes autour de la courbe de température, l'enquête médicale arrive à son terme. Les médecins doivent maintenant formuler un second jugement sur le cas de J. Frétel en remplissant un formulaire de six questions.

Document 6 : questionnaire médical. 5 octobre 1949

1° La maladie décrite par le ou les certificats existait-elle au moment du pèlerinage à Lourdes ? Quels en étaient les symptômes principaux de certitude ?

Oui. Tuberculose péritonéale avec cachexie. Température (terme illisible).

2° La maladie a-t-elle été brusquement arrêtée dans son évolution alors qu'il n'y avait pas de tendance vers le mieux ? Quels symptômes morbides ont à ce moment disparu ?

Oui. Tous symptômes disparus.

3° Y a-t-il guérison ? Quelles preuves certaines en donner ? A-t-elle eu lieu avec ou sans l'emploi de médicaments ?

Oui. Sans emploi de médicaments. La streptomycine forte pendant six semaines a été cessée quatre mois avant la guérison et sans résultats.

4° Y a-t-il lieu de surseoir à la conclusion ?

Non.

5° Une explication médicale de cette guérison est-elle susceptible d'être donnée ?

Non.

6° Échappe-t-elle aux lois naturelles ?

Oui

Lourdes, le 5 octobre 1949

Suivent les signatures de 21 « médecins experts ».

longuement l'attention, et ont permis de conclure à une guérison inexplicable. »

Le jugement de la Commission canonique

Huit mois après le jugement de la Commission médicale nationale de Paris, la Commission canonique instituée par l'évêque de Rennes rend son rapport concernant le caractère « miraculeux » de la guérison. Ce document est retranscrit ci-dessous dans son intégralité car il nous semble important que le lecteur puisse prendre une entière connaissance de cette pièce essentielle du dispositif de reconnaissance que nous allons tenter d'analyser.

Document 8 : retranscription intégrale du rapport de la Commission canonique. 4 novembre 1950

Éminence,

En vertu d'une ordonnance du 10 septembre 1950, vous aviez institué une commission canonique, composée des soussignés et chargée d'enquêter sur la guérison de Mademoiselle Jeanne Frétel, garde-malade, 90 Boulevard de Verdun, guérison survenue à Lourdes le 8 octobre 1948, pendant le pèlerinage du Rosaire, maintenue en 1949 et reconnue par la Commission Médicale Nationale de Paris, dans sa séance du 12 mars 1950.

La Commission diocésaine a l'honneur de vous adresser consignés dans le présent rapport, les résultats de l'enquête à laquelle elle s'est livrée, ainsi que les conclusions qui, à son avis, s'en dégagent.

Deux points ressortent avec évidence de cette enquête :

1— Le fait de la guérison, d'après le récit de la bénéficiaire, et les constatations médicales dont elle a été l'objet.

2— Les caractères extraordinaires qui signalent cette guérison à l'attention, et la mettent en dehors des lois naturelles.

Mademoiselle Jeanne Frétel, née le 27 mai 1914 à Sougeal, avait toujours été d'une santé précaire. Durant son enfance, elle avait été atteinte de rougeole, scarlatine, diphtérie. En janvier 1938, à la suite de douleurs intestinales, elle est opérée de l'appendicite, à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Elle en sort au bout d'un mois pour y rentrer en août, car elle ressent de nouveau les mêmes douleurs ; de plus, le ventre augmente peu à peu de volume ; sa consistance devient plus ferme, pâteuse. Un traitement par rayons ultra-violets amène une amélioration à son état. Elle va rester quelques mois dans sa famille. Mais en janvier 1939, la malade, qui est à présent complètement alitée, se fait hospitaliser pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, où le Docteur Maruelle l'opère pour un kyste de l'ovaire tuberculeux avec adhérences. Les suites immédiates de l'opération sont satisfaisantes et la plaie se referme rapidement. Cette amélioration sera de courte durée. Dès le mois de septembre, le ventre devient encore douloureux ; des crises de plus en plus violentes apparaissent. Le 18 mars 1940, elle rentre de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Là, on traite d'abord les douleurs par application de vessies de glace, sans aucun succès. Le chirurgien porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse et fait en mai 1941 une laparotomie. Cette dernière opération

Ce document poursuit le travail progressif d'éclaircissement des propriétés de l'objet, engagé un an plus tôt par la formulation d'un premier jugement des médecins du Bureau médical. Du statut de « péritonite tuberculeuse », l'objet est passé à celui d'« amélioration énorme », puis à celui de « guérison complète » et enfin à celui de « guérison scientifiquement inexplicable et qui échappe aux lois naturelles ». Ainsi, à chaque nouvelle épreuve réussie, l'état de l'objet se modifie. Il se transforme en même temps que se transforment les points de vue que les médecins portent sur lui.

Le rapport d'enquête de la Commission médicale nationale de Lourdes ne figure pas dans le dossier de J. Frétel. Nous ne disposons que d'un extrait (cité dans le rapport de la commission canonique) du jugement rendu par cette commission parisienne au cours de la séance du 12 mars 1950 :

Document 7 : extrait du rapport de la Commission médicale nationale. Séance du 12 mars 1950

« L'histoire de la maladie impressionnante, l'importance du dossier qui comprend 30 feuilles de température (18 avant la guérison, 12 après), la qualité des médecins qui ont examiné la malade, les détails méticuleux de l'observation, qui sont quotidiens pour la période d'avril à octobre 1948, la reprise du poids (14 kgs en un an) doivent retenir

entraîne une fistule stercorale, sans amélioration de l'état général. Quatre tentatives de fermeture de cette fistule resteront vaines (déc. 1941–sept. 1942–juillet 1943–sept. 1943). C'est seulement en novembre 1944 qu'on peut parvenir à un résultat favorable. Le ventre néanmoins reste toujours dur et enflé. Le 31 janvier 1946, elle obtient d'entrer au sanatorium de Pessac (Gironde) (31 janvier 1946–24 avril 1946) ; d'où elle passe à celui de La Benne-Océan (Landes) (avril 1946–2 décembre 1946). Son état empire, loin de s'améliorer. Pendant son séjour à la Benne-Océan, elle subit deux interventions chirurgicales : le 5 juillet 1946, première intervention pour la cure d'un hallux-valgus bilatéral. Le 16 juillet, nouvelle intervention pour une suppuration, que l'observation attribue à une ostéite du maxillaire supérieur. Il ne va plus lui rester que trois dents à la mâchoire supérieure et six à la mâchoire inférieure.

À la suite de ces interventions successives, la malade est très fatiguée. Elle maigrit. C'est en raison de l'aggravation progressive de son état qu'elle revient le 3 décembre 1946 à l'Hospice de Pontchaillou, « pour, dit-elle, y mourir ». Elle est mise en Extrême-Onction pour la seconde fois (elle l'avait déjà été en 1942). L'état général est profondément atteint. Elle n'a pas quitté le lit depuis un an et est incapable de se lever. La température oscille entre 39°5 le matin et 36°5 le soir. L'abdomen distendu laisse percevoir une masse empâtée, douloureuse, sonore. Pour calmer les douleurs, on lui fait des piqûres de morphine (6 centigrammes par jour).

En avril 1948, le Docteur A. Pellé tente un dernier moyen. Il fait pendant quarante-cinq jours un traitement de streptomycine, qui donne surtout une sédation des douleurs. Mais les vomissements, parfois noirâtres, persistent. La température baisse au début du traitement, puis elle remonte jusqu'à 40° le matin pour descendre à 36° et même un soir 35°9. « D'août 1948 à octobre 1948, note l'observation, la malade est de plus en plus fatiguée ; elle ne peut prendre que de très petites quantités de liquide ; des signes méningés apparaissent ; le ventre est très ballonné et très douloureux. Du pus s'écoule avec abondance dans les selles, ainsi que dans les vomissements, accompagnés de sang noir. Les faiblesses cardiaques sont très fréquentes et mettent en danger la vie de la malade. Tout espoir semble perdu. »

« Pour la troisième fois en cinq ans, le 20 septembre 1948, la malade reçoit l'extrême-onction. » « Les injections de morphine sont toujours de 3 à 4 par jour et de 2 centigrammes par injection. » « C'est en pleine évolution de péritonite tuberculeuse, avec phénomènes méningés surajoutés, et dans un état très grave de cachexie que la malade est partie à Lourdes, le 4 octobre 1948, avec le train de Rennes, au pèlerinage du Rosaire, complètement anéantie. » Elle ne se rend même pas compte qu'on l'emmène à Lourdes. Elle a des vomissements continuels. Le docteur Hylli, de Landivisiau, qui l'assiste durant le voyage, se borne à lui faire deux piqûres de morphine.

Arrivée à Lourdes, le mardi 5 octobre, elle est conduite le 6 et le 7 à la Messe à la Grotte et aux piscines ; mais aucune amélioration n'est signalée dans son état.

Le vendredi matin 8 octobre, elle est transportée mourante à la messe des malades, qui se célèbre à l'autel Sainte Bernadette. Au moment de la communion, le prêtre hésite à la communier à cause de ses vomissements continuels et de son extrême faiblesse. Sur l'insistance du brancardier il consent à lui donner une parcelle d'hostie. « C'est

alors, dit-elle, que je me suis sentie très bien et me suis aperçue que j'étais à Lourdes. On me demanda comment ça allait : je répondis que je me sentais très bien. J'avais toujours le ventre dur et ballonné, mais je ne souffrais pas du tout. On me donna une tasse de café au lait, que je pris avec appétit et que je gardais. »

« Après la messe, on me conduisit à la Grotte, toujours sur mon brancard. Arrivée là, au bout de quelques minutes, j'ai eu la sensation qu'une personne me prenait sous les bras pour m'aider à m'asseoir. Je me suis trouvée assise. Je me suis retournée pour voir qui avait pu m'aider, mais je n'ai vu personne. Aussitôt assise, j'ai eu la sensation que les mêmes mains qui m'avaient aidé à m'asseoir, me prenaient les mains pour me les mettre sur le ventre. Je me suis demandé d'abord ce qui m'arrivait ; si j'étais guérie ou si je ne sortais pas d'un rêve. Je me suis aperçue que mon ventre était redevenu normal. Je fus prise alors d'une faim extraordinaire. »

Ramenée à l'Hôpital sur un brancard, elle déclare à l'Aumônier de la salle, le R.P. Blancherie, Dominicain du Couvent de Rennes, qu'elle se sent très bien et n'a plus le ventre ballonné. « Je lui fais voir ma jupe. Il tire un peu ma ceinture et constate comme moi qu'il y a du changement. » Elle demande à manger. Le docteur Guégan, de Saint Méen le Grand, après l'avoir examinée, lui en donne l'autorisation. Elle mange de très bon appétit : veau avec purée, trois morceaux de pain. Elle n'avait pas fait semblable repas depuis dix ans. « Lorsque ce fut mangé, j'avais encore faim ; j'en ai demandé d'autre ; on m'en rapporta autant, et j'en demandais encore. C'est alors que comme dessert on m'apporta une assiette de semoule de riz, ne voulant pas que j'en prenne davantage. » Tout passa très bien.

L'après-midi, elle se lève seule, s'habille seule et va aux piscines. « Je n'avais pas marché depuis 3 ans, et je marchais alors comme je marche aujourd'hui. Arrivée aux piscines, je pris un bain debout, sans fatigue. »

Le soir elle dîne avec appétit et la nuit ne se réveille à 23 heures que pour se plaindre de la faim. Ayant mangé elle se rendort.

Le lendemain matin, samedi 9 octobre, on la transporte sur un brancard au Bureau des Constatations de Lourdes. Elle est examinée par cinq docteurs, dont le Docteur Guyon, de Nantes. Celui-ci, qui ignorait qu'elle avait marché la veille, lui dit : « Eh bien ! Si vous êtes guérie comme vous le prétendez, levez-vous ; essayez de marcher ; on va voir ! » « On voulut m'aider à me lever, mais je refusai toute aide et je me mis à marcher. Le docteur, constatant alors ma maigreur (je n'avais plus de jambes) se porta vers moi, comme s'il avait eu peur que je tombe mais je me tins solide. Voyant cela, le docteur s'en alla très vite devant moi vers la bascule, pour me peser ; bien qu'il allât très vite, je le suivis aussitôt et je fus pesée : on trouva 44 kg ; on me dit alors de me représenter l'année suivante. »

Le voyage de retour s'effectua sans fatigue. « Au retour dans le train, je suis restée debout très longtemps, allant visiter les malades. On voulut me faire de la morphine pour me désintoxiquer ; je refusai, et pus très bien me reposer quand je voulus. »

« Je repris mon travail dès en arrivant. Et depuis ma guérison à Lourdes, je suis toujours restée aussi bien que maintenant. Je n'ai jamais pris un comprimé depuis. »

La déposition de Mademoiselle J. Frétel est confirmée par les attestations des médecins très nombreux qui l'ont examinée, soit à Lourdes, au Bureau des Constatations Médicales, soit à Rennes à son

retour. Le lendemain de sa guérison, elle subit un premier examen au Bureau des Constatations Médicales de Lourdes. Le procès-verbal confirme tous les détails précités. Le périmètre abdominal, qui était de 1 m avant la guérison, est maintenant de 0 m 78. Elle marche pour la première fois depuis le 17 octobre 1945. Le ventre est redevenu plat et souple, non douloureux à la palpation. Tout est parfaitement normal, à l'exception de l'atrophie musculaire des jambes.

Le Docteur A. Pellé déclare de son côté : « Nous avons revu Mademoiselle Jeanne Frétel le jour même de son retour de Lourdes à Rennes, où nous l'avons examinée, et constaté la disparition complète de tous les signes pathologiques ; nous l'avons suivie régulièrement et avons constaté l'amélioration continue de son état général. Son poids, qui était de 44 kgs le 9 octobre 1948, est passé à 58 kgs 200. Pendant les 8 premiers jours, cette jeune fille prend 1 kg 350 chaque jour. » « La température est normale : 36°8 le matin, 37°2-3 le soir. L'appétit et le sommeil sont très bons. Dès le lendemain, Jeanne Frétel a pu reprendre une vie très active, qui se continue toujours, sans aucun accident pathologique ; jamais elle n'a ressenti aucune douleur. La vie normale a repris son cours dans la plénitude d'une santé parfaite. Tous les jours, elle se lève à 5h 1/2 et se couche à 11 h du soir. Elle a pourtant le poste le plus fatigant de la maison. »

Un second examen pratiqué à Lourdes, le 5 octobre 1949, devant un bureau composé des docteurs Debroise, de Rennes, Taillefer, de Béziers, Guyon, de Nantes, Ricusset, de Montpellier, signale que le périmètre abdominal est de 0 m 73 et le poids de 58 kgs 400. Il confirme que « la maladie a été brusquement arrêtée dans son évolution, alors qu'il n'y avait pas de tendance vers le mieux. Tous les symptômes morbides ont disparu. Il y a guérison, sans emploi de médicaments. La streptomycine faite pendant six semaines et sans résultat, a été cessée quatre mois avant la guérison. Aucune explication médicale de cette guérison n'est susceptible d'être donnée. Elle échappe aux lois naturelles ». Suit la signature des médecins experts au nombre d'une vingtaine.

Il n'est donc pas surprenant que la Commission médicale nationale de Paris, dans sa séance du 12 mars 1950, après avoir examiné les différentes pièces du dossier, ait conclu : « L'histoire de la maladie impressionnante, l'importance du dossier qui comprend 30 feuilles de température (18 avant la guérison, 12 après), la qualité des médecins qui ont examiné la malade, les détails méticuleux de l'observation, qui sont quotidiens pour la période d'avril à octobre 1948, la reprise du poids (14 kgs en un an) doivent retenir longuement l'attention, et ont permis de conclure à une guérison inexplicable. »

D'après le récit qu'elle en a fait, aussi bien que d'après les constatations et les conclusions des médecins traitants et experts, le cas de Mademoiselle Frétel se signale en effet à l'attention par plusieurs caractères extraordinaires, qui de l'avis de ces derniers, situent la guérison en marge des lois de la nature : cessation de toute médication spécifique depuis plusieurs mois avant la guérison, instantanéité de cette guérison, absence de toute convalescence.

Du rapport même des médecins traitants, la maladie a été brusquement arrêtée, tous les symptômes ont disparu, alors que la streptomycine employée comme dernier traitement avait été délaissée quatre mois auparavant. La malade, qui est mourante, et ne s'est même pas rendue compte qu'on l'emmène à Lourdes, retrouve toute sa lucidité et se sent bien, aussitôt après avoir reçu

une parcelle d'hostie, à l'autel de Sainte Bernadette. Elle ne souffre plus du tout ; on lui donne une tasse de café au lait qu'elle garde. Conduite à la Grotte aussitôt après, sur son brancard, elle constate au bout de quelques minutes que l'abdomen est redevenu normal. À midi, elle fait un repas abondant. Dans l'après-midi, elle se rend à pied aux piscines, alors qu'elle n'a pas marché depuis plusieurs années, et malgré la maigreur extrême de ses jambes. Durant le voyage de retour, elle est restée très longtemps debout dans le train, sans fatigue, visitant les malades. Dès son arrivée à Rennes, elle reprend un service très pénible, ce qui ne l'empêche d'augmenter chaque jour de 1 kg 350 à 1 kg 500 les huit premiers jours. Pas de stade intermédiaire entre la maladie grave, parvenue à son dernier degré d'évolution, et le retour à une parfaite santé, qui a persévéré depuis le jour de sa guérison, au point qu'elle n'a jamais eu besoin de prendre même un comprimé.

Le cas de Mademoiselle Frétel, avec toutes ces caractéristiques, se situe donc dans la série des faits extraordinaires, scientifiquement inexplicables, en présence desquels on ne peut que répéter : « Le doigt de Dieu est là ! »

En conséquence de quoi :

Vu le fait de la guérison de Mademoiselle Jeanne Frétel rapporté par elle-même avec toutes les garanties de la sincérité et sous la foi du serment ;

Vu les constatations et les conclusions exposées par écrit par le Docteur A. Pellé, dans un long rapport où se trouvent relatées toutes les phases de la maladie depuis le mois de janvier 1938 jusqu'à la guérison de Mademoiselle Frétel le 9 octobre 1948, et le parfait état de santé où elle se trouve depuis cette époque ;

Vu les mêmes constatations et conclusions tirées de l'examen du même fait par la commission des médecins-experts, du Bureau des Constatations Médicales de Lourdes, dans son premier examen du 9 octobre 1948, et son second examen du 5 octobre 1949, confirmées par la Commission Médicale Nationale de Paris, dans sa séance du 12 mars 1950 ;

Vu les caractéristiques particulières qui marquent cette guérison, à savoir : disparition instantanée, complète, définitive d'une maladie extrêmement grave, devant entraîner normalement la mort à très brève échéance, et ce sans aucun agent curateur et sans aucune convalescence ; caractères dont la présence, attestée par des médecins d'une valeur et d'une autorité incontestables, est le signe certain d'une intervention surnaturelle ;

La Commission Canonique d'Enquête, instituée par votre Éminence, toutes choses mûrement pesées et le Saint Nom de Dieu invoqué, déclare :

1/ Qu'elle tient pour certain le fait de la guérison instantanée, sans intervention d'aucun agent matériel et sans aucune convalescence de Mademoiselle Jeanne Frétel ;

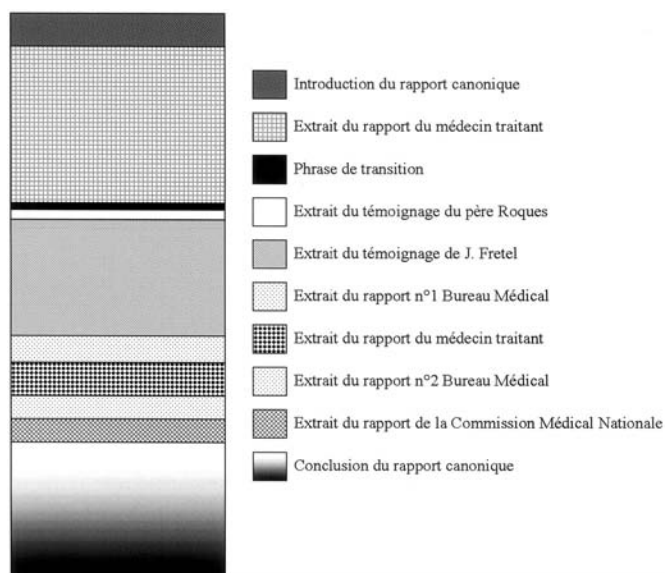
2/ Que la cause de cette guérison doit être attribuée à une intervention particulière de Dieu, par l'intercession de Notre-Dame de Lourdes ;

3/ Qu'en conséquence, votre Éminence peut, d'après avis unanime, en prononcer en toute sincérité le caractère miraculeux.

Rennes, le 4 novembre 1950

Suit la signature du Président, du 1^{er} Assesseur, du 2^e Assesseur, du Promoteur et du Rapporteur.

Éloignons-nous un peu de ce texte afin d'en faire apparaître la structure. Essayons de tenir notre regard au-dessus de tout déchiffrement. Effaçons *provisoirement* le sens des mots et l'enchaînement des phrases pour ne faire apparaître, à l'aide de couleurs, que l'origine des références mobilisées dans le rapport : *J. Frétel bleu, P. Roques violet, médecin traitant rose, Bureau médical vert...* Sans cet artifice, comme devant un tableau, certains éléments resteraient noyés dans l'agrégat dense et confus du visible. Ils resteraient in-vus. La stratégie du rapporteur de la Commission canonique n'apparaît clairement que si, prenant un peu de distance, nous reconsidérons le document comme un « monument ». Nous n'avons alors plus affaire à un « texte », mais à une surface plane recouverte de couleurs assemblées en un certain ordre ; nous ne nous référons plus à un « auteur » unique, mais à différentes couches d'écritures, minutieusement empilées les unes sur les autres, formant la structure porteuse de la décision épiscopale.



Ce tableau peut être envisagé comme un plan permettant de rendre visibles les éléments « porteurs » et les éléments « portés » d'un édifice déductif. À ce titre, lorsque nous parlons d'« empilement », il ne s'agit donc pas d'une simple juxtaposition d'éléments successifs sélectionnés de manière aléatoire dans la masse des choses dites ; le rapporteur n'accumule pas au hasard des propositions vraies. Il construit une véritable forteresse. Mobilisant à chaque assertion des références à d'autres documents, il transforme de la prose linéaire en un repliement de lignes de défense successives où chaque citation permet de contrer une possible attaque. Cette manière de procéder n'est pas sans rappeler les modalités de construction des articles scientifiques tels que

les décrit B. Latour : « écrire des textes qui résistent aux assauts d'un environnement hostile » (2005, p. 111), c'est d'abord superposer des références à d'autres documents comme autant d'alliés et de ressources, de petites ou grandes duretés, susceptibles de résister à d'éventuelles objections.

Cependant, le nombre de références à d'autres documents ne permet pas d'assurer la solidité de l'édifice si la répartition de ces références n'obéit pas à une certaine physique des forces. Comme l'architecte procède à des calculs de résistance des matériaux, le rapporteur ne positionne pas ses arguments au hasard. De ce point de vue, nous pouvons distinguer quatre parties dans le schéma démonstratif :

- 1/ une longue citation du rapport du professeur Pellé confirmant la gravité de la maladie dont souffrait J. Frétel ;
- 2/ une référence au témoignage du père Roques et la citation d'un long passage de la déposition de J. Frétel sur les circonstances qui entourent la guérison ;
- 3/ la citation de *toutes les conclusions médicales* à propos de la guérison (rapport n° 1 du Bureau médical, rapport du médecin traitant, rapport n° 2 du Bureau médical, rapport de la Commission médicale nationale) ;
- 4/ une synthèse de l'ensemble des informations citées précédemment rédigée par le rapporteur.

Dans la mesure où l'on peut évaluer la solidité de chacune des parties selon la qualité de celui qui parle (la requérante, le prêtre, le médecin traitant, les médecins du Bureau médical...) et selon le type de discours produit (témoignage, attestation, rapport médical...), on s'aperçoit que la partie la plus « faible » – celle construite à partir des références aux témoignages de J. Frétel et du père Roques – se situe au centre de l'édifice, « portée » par les parties « dures » que forment les extraits du rapport médical du médecin traitant et des rapports du Bureau médical. Cette place stratégique permet de donner davantage de consistance aux citations des témoignages, paroles relativement fragiles qui risqueraient de s'effondrer si elles n'étaient pas soutenues et solidement maintenues par ce qu'il y a alentour. Si bien que celui qui doute de la sincérité du récit de J. Frétel ou de l'objectivité de celui du père Roques sera non seulement confronté à des noms et des signatures de médecins, mais aussi à un « diagnostic de péritonite tuberculeuse » établi par un chirurgien, une « température qui oscille entre 40° le matin et 35°9

le soir », « des piqûres de morphine », « une grave cachexie », « un périmètre abdominal qui passe de 1 m à 0,78 m »... Remettre en cause la parole de la requérante ou celle du prêtre n'implique plus seulement de devoir livrer combat à des masses de références, mais aussi de défaire les liens innombrables qui relient désormais des instruments médicaux de mesure, les chiffres qu'ils fournissent et les autorités de la médecine qui les brandissent. Liant toutes ses parties entre elles, le rapport prend une forme repliée ; il est comme enroulé sur lui-même pour se défendre, créant « une sorte de fourré, quelque chose que l'on ne peut traverser sans déployer d'énormes efforts » (Latour, 2005, p. 121).

La solidité de l'édifice repose également sur la congruence de tous les éléments mobilisés. De ce point de vue, la phase d'exploration de la situation par les médecins – d'une issue toujours incertaine – se distingue nettement de la démonstration effectuée dans ce rapport canonique, où qualités et grandeurs – antérieurement éprouvées – peuvent désormais se déployer dans une « situation qui se tient » (Boltanski & Thévenot, 1991, p. 172). Chaque référence constitue un appui pour celle qui la suit. Chaque référence confirme et étend les résultats des références précédentes. Si bien qu'à travers l'ensemble de ces recoupements et de ces rapprochements naît le sentiment d'une *persistance* : quelque chose *persévère* malgré ou plutôt grâce aux mises en variation continues. Qu'il s'agisse de la requérante, du prêtre, du professeur, des médecins du Bureau médical ou de ceux de la Commission médicale nationale, *tous disent la même chose*. N'est-ce pas aussi dans ces redites et ces répétitions qu'apparaît progressivement, pour les membres de la commission canonique, la « réalité du miracle » ? Dans leur rapport, les ecclésiastiques reprennent tels quels certains passages de l'expertise établie par les médecins du Bureau médical ; expertise elle-même fondée sur des observations directement empruntées aux documents rédigés par le professeur Pellé. *Reprise et reprise de reprise* : il n'y a pas de dispersion de sens dans cette « formation discursive », mais des effets giratoires. Le texte s'enroule dans un mouvement qui ne connaît pas d'altérations. Il dégage, au contraire, une énergie de plus en plus puissante qui, suivi dans son œuvre de conviction progressive, incline en « nécessitant ». Reprenant à notre compte une formule célèbre de M. Mauss, nous pourrions dire qu'à lire dans tous les rapports les mêmes éléments, comme « à entendre dans toutes les bouches la preuve de sa certitude, chacun se sent emporté, sans résistance possible, dans la conviction de tous » (1950, p. 126). Constituant une des traces de ce processus,

une note manuscrite, absente des rapports officiels, laissée sur un brouillon par un médecin, dira à propos du « cas Frétel » :

« Très beau dossier. »

Le miracle sera « reconnu » par l'Archevêque de Rennes deux semaines plus tard :

Document 9 : extrait de l'ordonnance de l'Archevêque de Rennes. 20 novembre 1950

« En raison de l'instantanéité de la guérison et de l'absence de convalescence, Son Éminence le Cardinal Archevêque de Rennes, après mûr examen et après s'être entouré de toutes les garanties nécessaires, déclare que cette guérison ne saurait être expliquée par des causes naturelles.

Vu le rapport de la Commission canonique par Nous constituée pour l'étude de la guérison de M^{lle} Jeanne Frétel, dans lequel sont relatées, avec des témoignages dignes de foi, les conclusions dignes de foi de plusieurs médecins et spécialistes ;

Considérant que ces attestations, dont la valeur et l'autorité en la matière sont indiscutables, ne laissent substituer aucun doute sur la gravité extrême de la maladie et sur sa disparition instantanée, parfaite, définitive, en dehors de tout agent curateur matériel, et qu'elles démontrent surabondamment à nos yeux que la guérison dont il s'agit revêt tous les caractères du Surnaturel ;

Nous reconnaissons que M^{lle} Jeanne Frétel, atteinte de péritonite tuberculeuse qu'accompagnaient des signes méningitiques et un état très grave de cachexie a été guérie subitement et radicalement le 8 octobre 1948 au moment où elle communiait à l'autel Sainte Bernadette, à Lourdes, et Nous jugeons et déclarons que cette guérison est miraculeuse et doit être attribuée à une intervention spéciale de Dieu par l'intercession de Notre-Dame de Lourdes. »

Conclusion

Les 67 dossiers de « miraculés », qui se répartissent sur une période de cent cinquante ans (1858-2009), présentent des caractéristiques diversifiées : les maladies concernées, les acteurs engagés dans l'enquête, les connaissances et les techniques médicales en fonction des périodes, la matérialité même des dossiers... diffèrent parfois fortement d'un cas à l'autre. Mais en comparant ces situations empiriques *a priori* incommensurables, il est possible d'observer un même processus à l'œuvre : à Lourdes, un « miracle » n'est reconnu que dans la mesure où il a été antérieurement déterminé comme résultat d'une enquête (Dewey, 1967, p. 119). Ce n'est qu'au terme de ce processus d'exploration des situations, associant différents acteurs, que le miracle peut être proclamé, c'est-à-dire donné pour « quelque chose dont on ne rencontre aucune raison

sérieuse de douter de la réalité » (Zask, 2004, p. 146). Ce qui change d'un cas à l'autre, ce sont les configurations d'acteurs et de ressources mobilisées pour réaliser ce travail d'enquête.

D'autre part, le croisement des différents dossiers permet de mettre au jour une propriété commune à l'ensemble des cas. En effet, quelle que soit la période considérée, les acteurs éprouvent la nécessité d'engager dans l'enquête, à côté de ressources constituées par les examens cliniques et les témoignages, des dispositifs d'objets techniques (courbe de température, radiographie, IRM...) susceptibles de faire « preuve » et de détacher l'accord sur un « cas » de la particularité des personnes et des situations. À cet égard, dans le dossier de J. Frétel, la courbe de température a permis d'asseoir rapidement un accord sur les qualités de la guérison. D'autres dossiers permettent, de la même manière, la production de situations d'évidence, dont la solidité tient au fait que l'appareillage de preuve consolide une réalité qui ne peut être contestée. En l'absence de cette possibilité de *délégation* aux objets, certains dossiers, marqués par une incertitude qu'aucune épreuve ne permet de résorber, peuvent s'abîmer pendant plusieurs années dans de bruyantes controverses (onze ans pour le dossier de J.-P. Bely par exemple) ou finir par être définitivement classé « faute de preuves suffisantes » : « il n'a pas été possible de se prononcer avec certitude sur la nature organique de l'affection... »

Les difficultés qu'éprouvent les médecins de Lourdes depuis une dizaine d'années pour établir, au terme de leurs enquêtes, les certitudes que l'Église attend d'eux, rappellent combien cet agencement composite de reconnaissance est fragile. La médecine positiviste de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle, qui se voulait « scientifique » et qui revendiquait la capacité à produire des faits robustes et sûrs, a progressivement cédé la place à une médecine relativiste où l'incertitude est désormais reconnue et

assumée. Ce changement de posture a eu, paradoxalement, une incidence directe sur le nombre de miracles reconnus à Lourdes. Le constat d'une « raréfaction des miracles » s'explique par la forte diminution de la reconnaissance des guérisons « certaines, définitives et inexplicables » par le dispositif d'expertise médicale. Deux raisons peuvent être invoquées :

- les critères canoniques utilisés à Lourdes pour reconnaître le caractère inexplicable d'une guérison datent du XVIII^e siècle et ne semblent plus adaptés à la configuration actuelle des techniques de diagnostic et aux formes de la prise en charge thérapeutique du malade... bref, aux possibilités d'une médecine qui, dans le langage de sens commun, « fait des miracles » !
- la notion de guérison a connu une évolution dont il convient de tenir compte. Ainsi, si pendant la première moitié du XX^e siècle, les cas de tuberculose sont surreprésentés parmi les miracles reconnus, la période suivante compte davantage de maladies dégénératives (sclérose en plaques notamment) où les rémissions peuvent être longues et pour lesquelles, lorsque des améliorations sont constatées, les médecins hésitent à se prononcer de manière certaine et définitive.

Face à ces changements, les médecins de Lourdes s'accordent à penser qu'il conviendrait de modifier la procédure afin de promouvoir de nouveaux critères de reconnaissance plus appropriés à la médecine actuelle. Faute de pouvoir statuer sur le caractère inexplicable des guérisons en se référant à une procédure désormais problématique, plusieurs d'entre eux n'hésitent pas à parler de « guérison du cœur » ou de l'« âme », de « miracles intérieurs » innombrables et discrets... D'autre part, depuis 2005, le CMIL a assoupli ses critères. Il n'exige plus, entre autres, que la maladie soit considérée comme incurable. Cette mesure a permis à cinq guérisons d'être reconnues « remarquables » par ce Comité en 2008...

Bibliographie

- Amiotte-Suchet L.** (2007), « Le miracle des cœurs. La production d'un lieu socioreligieux chez les pèlerins de Lourdes », *Esprit critique*, n° 10 (en ligne).
- Bachelard G.** (1951), *L'activité rationaliste de la physique contemporaine*, Paris, PUF.
- Bachelard G.** (1973), *Essai sur la connaissance approchée*, Paris, Vrin.
- Boltanski L. & Thévenot L.** (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- Boufflet J.** (2008), *Une histoire des miracles*, Paris, Le Seuil.
- Bourdieu P.** (1992), *Réponses*, Paris, Le Seuil.
- Bourdieu P.** (2001), *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Le Seuil.
- Chateauraynaud F.** (1991), *La Faute professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité*, Paris, Métailié.
- Chateauraynaud F.** (2004), « L'épreuve du tangible. Expérience de l'enquête et surgissement de la preuve », *Raisons pratiques : la croyance et l'enquête. Aux sources du pragmatisme*, n° 15, p. 167-194.
- Claverie E.** (2003), *Les Guerres de la Vierge*, Paris, Gallimard.
- Claverie E.** (2009), « Parcours politique d'une apparition. Le cas de Lourdes », *Archives de sciences sociales des religions*, EHESS, n° 145, p. 109-128.
- Delooze P.** (1997), *Les Miracles : un défi pour la science ?*, Bruxelles, De Boeck/Duculot.
- Desrosières A.** (1993), *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte.
- Dewey J.** (1967), *Logique. La théorie de l'enquête*, Paris, PUF.
- Dodier N.** (1993), *L'expertise médicale*, Paris, Métailié.
- Dulong R.** (1998), *Le Témoin oculaire. Les conditions sociales de l'attestation personnelle*, Paris, EHESS.
- Foucault M.** (1994), *Dits et écrits, tome I : 1954-1969*, Paris, Gallimard.
- Garfinkel H.** (2007), *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF.
- Harris R.** (2001), *Lourdes*, Paris, JC Lattès.
- Hughes E. C.** (1996), *Le Regard sociologique*, Paris, EHESS.
- Koyré A.** (1971), *Études d'histoire de la pensée philosophique*, Paris, Gallimard.
- Latour B. & Woolgar S.** (1996), *La Vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte.
- Latour B.** (2005), *La Science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte.
- Lenoble R.** (1971), *Mersenne ou la Naissance du mécanisme*, Paris, Vrin.
- Mangiapan T.** (1994), *Les Guérisons de Lourdes*, Lourdes, Édition Œuvre de la Grotte.
- Mauss M.** (1950), *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.
- Ogorzelec L.** (2010), « De la foule à la procession. La mise en place d'une stratégie de contrôle social à Lourdes », *ethnographiques.org*, n° 21 (en ligne).
- Piette A.** (1999), *La Religion de près*, Paris, Métailié.
- Piette A.** (2003), *Le Fait religieux*, Paris, Économica.
- Pollak M. & Heinich N.** (1986), « Le témoignage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°s 62/63, p. 3-29.
- Puccio-Den D.** (2007), « De la sainte pèlerine au juge saint : les parcours de l'antimafia en Sicile », *Politix*, vol. 19, n° 77, p. 107-130.
- Ricœur P.** (2000), *La Mémoire, l'Histoire, l'Oubli*, Paris, Le Seuil.
- Sbalchiero P.** (2007), *L'Église face aux miracles*, Paris, Fayard.
- Strauss A.** (1992), *La Trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.
- Tissot-Guerraz F.** (1995), « Le thermomètre médical a près de 300 ans », *Hygiènes*, n° 8, p. 49-53.
- Woodward K.** (1992), *Comment l'Église fait les saints*, Paris, Grasset.
- Zask J.** (2004), « L'enquête sociale comme interobjectivation », *Raisons pratiques : la croyance et l'enquête. Aux sources du pragmatisme*, n° 15, p. 141-163.