Document generated on 10/11/2024 10:57 p.m.

Anthropologie et Sociétés

Les recettes de médecine populaire. Pertinence anthropologique et clinique

Francine Saillant

Volume 14, Number 1, 1990

Culture et clinique

URI: https://id.erudit.org/iderudit/015114ar
DOI: https://doi.org/10.7202/015114ar

See table of contents

Publisher(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (print)
1703-7921 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Saillant, F. (1990). Les recettes de médecine populaire. Pertinence anthropologique et clinique. *Anthropologie et Sociétés*, *14*(1), 93–114. https://doi.org/10.7202/015114ar

Article abstract

Domestic Medicine : Anthropological and Clinical Relevance

Ignored by anthropologists within thé context of Western society, domestic medicine is a fundamental part of ethnomedicine and a key élément to thé understanding of thé functionning of therapeutic Systems. Results obtained from a first sériai of analysis of a wide collection of data about practices of domestic medicine among Québec (Canada) French-speaking families in thé beginning of this century are presented and discussed. Analysis is oriented toward thé paragmatical aspects of thé knowledge and practices supporting this domestic medicine viewed as médical System. Data shows thé extent, diversity and quantitative importance of this knowledge, essential to thé theoretical development in médical anthropology.

Tous droits réservés © Anthropologie et Sociétés, Université Laval, 1990

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

LES RECETTES DE MÉDECINE POPULAIRE
Pertinence anthropologique et clinique

Francine Saillant

L'ampleur du monopole exercé par les détenteurs des savoirs et pratiques professionnels, ainsi que l'implantation d'un régime étatique universel d'assurance-maladie sont des facteurs qui ont largement contribué, tout au moins au Québec, à la caducité des savoirs et pratiques populaires dans le domaine de la santé et de la maladie. Le glas de l'obsolescence fut vite sonné par ces kyrielles de jeunes professionnels (hommes ou femmes) férus de science et de sollicitude; avec ces savoirs et pratiques furent donc effacées de nos mémoires ces « recettes de grand-mère », appelées aussi « recettes de médecine populaire », dont le souvenir pas si lointain nous rappelle que la raison technique et le règne des experts n'a pas toujours dominé le champ thérapeutique. Cependant, leur caducité n'implique pas nécessairement une évacuation définitive du champ thérapeutique ou une perte totale de leur pouvoir préventif ou curatif. La pénétration massive de l'État et de la Science dans le champ thérapeutique s'avère une question familière aux historiens qui, par ailleurs, ont le plus souvent analysé ce problème comme une question spécifique à l'histoire de la médecine et de ses institutions, en laissant dans l'ombre les manières de se « soigner en famille » et, de façon générale, la « médecine populaire ».

Tous les chercheurs intéressés à l'anthropologie culturelle des savoirs et pratiques thérapeutiques traditionnels des Québécois francophones (ou ethnomédecine), dont les recettes de médecine populaire représentent un axe fondamental, font face à un vide dans la littérature ethnographique qui apparaît à première vue incontournable. En effet, peu d'auteurs ont abordé cette thématique et lorsqu'ils l'ont fait, leurs travaux n'ont pas entraîné de réflexion sur le statut et l'apport de l'ethnomédecine québécoise par rapport à l'anthropologie des pratiques de santé au Québec. La pertinence anthropologique et clinique des connaissances de l'ethnomédecine n'est pourtant plus à démontrer. L'objet de cet article est de présenter certains résultats d'une recherche sur les pratiques thérapeutiques traditionnelles familiales au Québec, qui, du moins nous l'espérons, permettra de combler certaines de ces lacunes[1].

1. La recherche est effectuée sous la direction de Francine Saillant, en collaboration avec Serge Genest et Ginette Côté. L'équipe de recherche est rattachée au Centre de recherches sur les services communautaires de l'Université Laval. Le projet est en marche depuis 1986 et bénéficie de subventions du CRSHC. Un premier rapport de recherches a été rendu disponible (cf. Saillant, Côté et Genest 1989). Notre équipe est également redevable au travail initial qu'avait effectué en 1979 la regrettée Mme Elli Köngäs-Maranda, du programme en arts et traditions populaires de

L'ethnomédecine des Québécois francophones : le vide ethnographique

Les premières publications sur l'ethnomédecine québécoise ont été l'œuvre de médecins[2] curieux de découvrir, chez leurs patients, des pratiques et savoirs qu'ils considéraient comme les vestiges d'une médecine préscientifique. Un certain nombre de folkloristes, influencés par les travaux de pionniers de l'ethnologie[3] tels que Massicotte (1919, 1934) et Lacoursière (1950), ont également exploré le domaine[4]. Cependant, la plupart de leurs travaux, sauf de rares exceptions (voir, entre autres, Desdouits 1985, 1987 et Dubois-Ouellet 1989), se présentent comme une collection de faits plus ou moins hétérogènes que l'on expose sans discussion sur la logique culturelle qui les sous-tend ou sur les rapports théoriques permettant d'appréhender l'ethnomédecine en tant qu'élément d'un « système de médecine »[5] ou partie du champ thérapeutique d'une société. Par ailleurs, ces « médecins historiens du dimanche » et ces folkloristes pionniers de l'ethnologie québécoise ont été les seuls auteurs qui ont abordé les savoirs et pratiques traditionnels sur la santé *à la fois* comme culture et histoire, une perspective qui a, par la suite, été négligée aussi bien par les historiens que par les anthropologues.

Les historiens ont en effet concentré leur attention sur l'institutionnalisation et la professionnalisation du champ de la santé et, dans ce cas, l'histoire des savoirs et pratiques de santé au Québec est appréhendée comme une histoire de la médecine allopathique (qui deviendra plus tard la biomédecine), les pratiques et savoirs populaires étant relégués à l'arrière-plan. C'est notamment le cas de la synthèse récente de Bernier (1989)[6]. Pour leur part, les anthropologues ont étudié des questions d'une très grande variété[7], reliées par exemple à la santé des autochtones, des communautés culturelles ou de populations marginalisées; ils ont toutefois largement négligé l'univers ethnomédical des Québécois francophones. En fait, ce dernier peut être considéré comme le parent pauvre de l'anthropologie de la santé au Québec. Cela étant d'autant plus vrai lorsque l'on restreint nos considérations aux pratiques et savoirs généralisés à l'échelle de la communauté par opposition à ceux des « spécialistes » de la médecine populaire, tels les guérisseurs ou les sages-femmes. À ce jour, aucun chercheur ne s'est

---

l'Université Laval. Un premier corpus de recettes avait alors été constitué, lequel a servi de point de départ à cette recherche. Par ailleurs, les personnes suivantes doivent être remerciées pour leurs commentaires à la version préliminaire de ce texte : Marc-Adélard Tremblay, Nicole Rousseau et Michel O'Neill.

2. Voir, par exemple, Desjardins (1972, 1973).
3. Cette appellation est prise dans le sens d'un domaine d'étude que l'on désigne sous le titre d'« Arts et traditions populaires », en France notamment.
4. Outre les travaux de Lacourcière et Massicotte, on peut consulter les écrits de Desruisseaux (1973), Nadeau (1976, 1977), Simoneau (1980), Lahaise (1972). On ne peut non plus passer sous silence la contribution exceptionnelle de Jacques Rousseau dans le domaine plus spécifique de l'ethnobotanique (cf. liste des références en bibliographie).
5. Voir Genest (1978) au sujet de la notion de système de médecine.
6. Font exception les travaux de Laforce (1987) sur l'histoire des sages-femmes et de Lessard (1989) sur la médecine dans le Canada du XVIIe et du XVIIIe siècle.
7. Les recensions de Tremblay (1982) et son article dans ce numéro couvrent l'ensemble de la littérature produite au Québec en anthropologie de la santé.

intéressé à la description et à l'analyse de la totalité des savoirs et pratiques thérapeutiques, généralisés et spécialisés, des Québécois francophones en les situant selon la double perspective historique et culturelle. De plus, les savoirs et les pratiques thérapeutiques traditionnels des Québécois, qui portent tout autant sur la santé que sur la maladie et sont généralisés à l'ensemble des familles, n'ont jamais été étudiés selon la perspective anthropologique.

Le vide ethnographique dont nous faisons état[8] pose un problème particulier en ce qui a trait à la contribution de l'anthropologie à l'interprétation et à l'explication des représentations de la santé et des comportements qui en découlent. Il pose le problème de l'herméneutique quant à une anthropologie des pratiques, savoirs et représentations de la santé au Québec. En effet, nous postulons que celle-ci ne peut faire l'économie du développement des connaissances dans le domaine de l'ethnomédecine.

Pour une approche ethnohistorique et herméneutique de l'ethnomédecine

La majorité des auteurs qui documentent les savoirs et pratiques ethnomédicales propres à une population donnée utilisent des méthodes ethnographiques conventionnelles (entrevues auprès d'informateurs clefs, observation participante). C'est sur cette base que furent construites la très grande majorité des monographies consacrées entièrement ou partiellement à l'ethnomédecine, par exemple, les travaux devenus classiques des Frake (1969) et Fabrega (1970), ou encore ceux, plus récents, de Romanucci-Ross (1983), Obeyesekere (1984), Fainzang (1986). Ces méthodes sont largement appropriées lorsqu'il s'agit de saisir un univers toujours accessible aux observateurs contemporains, mais elles s'avèrent inapplicables lorsque les données disponibles se présentent sous la forme d'archives ou de matériaux historiques diversifiés.

L'examen de la démarche originale de Françoise Loux, devant être considérée ici comme une exception, présente pour nous un grand intérêt compte tenu des possibilités méthodologiques et théoriques qu'elle comporte et des limites des études antérieures. Depuis 1975, Françoise Loux procède à une exploration des pratiques thérapeutiques traditionnelles françaises. Elle est à l'origine d'un nombre important de travaux portant sur divers domaines de ces pratiques, tels que les soins d'hygiène (1975), les soins à l'enfance (1978), les proverbes sur la santé et la maladie (Loux et Richard 1978), la dentisterie populaire (1981), le corps (1983) et les recettes de médecine populaire (Loux et Richard 1988). L'une des particularités de la démarche de Loux est de retourner

8. Le constat du vide ethnographique est peut-être quelque peu abusif si l'on considère qu'il existe quand même des données d'archives et des travaux qui rendent compte de l'existence de cette ethnomédecine. Toutefois, ces travaux, compte tenu de leur limite méthodologique, parce qu'ils sont basés sur une investigation concentrée sur une région géographique et un nombre toujours restreint d'informatrices et d'informateurs, de même que sur un thème spécifique de l'ethnomédecine, peuvent rarement conduire à des généralisations et à l'appréhension du phénomène en tant que totalité. Enfin, on observe une absence de synthèse et un manque flagrant d'analyse.

aux nombreux matériaux et publications des folkloristes français du début du siècle et d'en proposer une réinterprétation. Les données ainsi accumulées servent à la construction de divers corpus thématiques. Sa perspective ne se restreint pas à un apport ethnographique, comme l'ont fait ses prédécesseurs ; elle implique une interprétation historique et incorpore les acquis des développements théoriques dans le domaine de la sémiotique du corps et de l'anthropologie symbolique.

La recherche approfondie qu'elle a effectuée sur des proverbes sur la santé et la maladie, en collaboration avec Philippe Richard, constitue une bonne illustration de la démarche originale qu'elle propose. Loux et Richard ont ainsi repéré, classé et analysé un ensemble volumineux de proverbes français de la fin du XIXe siècle à nos jours axés sur la santé et la maladie. Ils ont soumis ce corpus de 4718 proverbes à une analyse de contenu, à une analyse sémantique de type structural et à une analyse de co-occurrences. Ils ont montré comment les proverbes jettent les bases du discours et des connaissances médicales populaires, dans des domaines aussi variés que ceux de la symbolique du corps, de l'alimentation, de la prophylaxie, de la déviance, de l'enfance, de la vieillesse, de la mort et des procédés thérapeutiques. Tout en décrivant et classant un corpus de connaissances médicales populaires, les auteurs prolongent leur étude par l'analyse du discours médical global de la société rurale française et de sa symbolique. La perspective s'avère donc d'emblée métamédicale et les visées sont bel et bien la production de connaissances anthropologiques. Loux et Richard ont ainsi ajouté considérablement à la connaissance des pratiques thérapeutiques traditionnelles françaises. Ils évitent les écueils d'une approche historique ou ethnographique qui tend à se limiter au cumul de faits en négligeant l'analyse des relations structurelles entre eux et, en même temps, ils tirent partie de matériaux qui présentent une valeur inestimable dans le contexte d'une démarche ethnohistorique. Ils évitent également les lacunes d'une approche culturaliste qui fait de la culture une structure sans histoire. Loux a repris cette démarche dans d'autres domaines de l'ethnomédecine sans toutefois la pousser à chaque fois aussi loin sur le plan de la formalisation statistique.

Au cœur de l'ethnomédecine : les recettes de médecine populaire

Les recettes de médecine populaire représentent un univers bien connu des ethnologues ayant observé un ou plusieurs « systèmes de médecine » exotiques. Elles sont, partout dans le monde, l'une des bases des médecines ancestrales incluant des savoirs et des pratiques susceptibles d'être utilisés par des tradipraticiens ou dans les familles. Ces recettes recoupent plusieurs dimensions de l'ethnomédecine, telles les croyances sur le corps, la pharmacopée, les classifications populaires, les prescriptions préventives et autres. Dans les sociétés occidentales, les recettes de médecine populaire ont rarement été l'objet d'études approfondies, entre autres parce qu'une certaine ambiguïté, sinon une méfiance, s'est installée quant à leur niveau de pertinence en tant qu'objet d'étude. Au Québec, par exemple, la majorité des publications connues prennent la forme d'une liste de recettes médicinales, fétichisées à la manière d'objets muséographiques. Dénuées de leur sens et de leur contexte, ces recettes

apparaissent comme des morceaux plus ou moins organisés d'un savoir en miettes dont les bases semblent inaccessibles. Cette méfiance s'est doublée d'une interrogation : les recettes de médecine populaire semblent, de prime abord, tellement banales qu'il devient légitime de douter de leur intérêt. Ceci est d'autant plus vrai lorsque la recherche s'effectue en contexte endotique. Dit autrement, qu'apporteraient à l'anthropologie l'observation et l'analyse de connaissances et pratiques traditionnelles quant aux manières de traiter les problèmes digestifs, les maux de tête, la nervosité, les menstruations trop abondantes ? À ces constats de non-pertinence ou de banalité, nous pouvons en ajouter un troisième, peut-être plus fondamental, celui du gommage de l'apport des femmes à la production sociale des soins.

Au Québec, l'anthropologie de la santé s'est développée comme bien d'autres domaines de l'anthropologie, c'est-à-dire parallèlement à l'apport fondamental apporté par la critique féministe des sciences au cours des vingt dernières années. Outre le domaine de la grossesse et de l'accouchement, qui a connu des développements substantiels au cours de la dernière décennie[9], on peut remarquer que les auteurs ont généralement fait peu de cas de l'apport des femmes à l'ethnomédecine et à la culture thérapeutique. Gardiennes du corps et des soins qu'on lui porte et, dans toutes les sociétés, responsables de la production domestique, agentes essentielles de la reproduction et de « l'entretien de la vie » (Collière 1982 et dans ce numéro), elles contribuent de façon essentielle à la définition du champ culturel ethnomédical. Les pratiques de soins du corps en contexte familial peuvent être définies comme des pratiques d'entretien de la vie, qui participent à la reproduction biologique et sociale.

Sans discuter en profondeur de la spécificité des savoirs et pratiques des femmes en matière de santé et de maladie, nous pouvons certes remarquer que les connaissances sur ceux-ci se sont jusqu'à ce jour développées autour de domaines culturellement perçus comme féminins : la grossesse, l'accouchement et les soins aux enfants[10]. Est-ce à dire que les savoirs et pratiques des femmes en matière de santé et de maladie se limiteraient à ces domaines ? Une telle façon de voir apparaît réfutable dans la perspective où la responsabilité des femmes dans la reproduction sociale quant aux soins de santé ne touche qu'à leur corps dans les aspects spécifiques reliés à leurs capacités de reproduction biologique, ou à celui de leur progéniture. Leur responsabilité est susceptible de s'étendre à l'ensemble des activités d'entretien de la vie, c'est-à-dire celles qui ont pour objet de répondre aux divers besoins de la maisonnée ou de l'unité de production domestique (incluant leurs besoins personnels) en matière de confort, de sécurité psychologique, de soins de santé préventifs et curatifs, etc. À ce titre, les recettes de médecine populaire cristallisent, en partie tout au moins, ce savoir et ces pratiques qui s'intègrent à ces activités générales d'entretien de la vie. Elles peuvent donc être examinées en anthropologie comme un volet fondamental de l'ethnomédecine existant surtout à l'échelle de la production domestique, donc des familles. L'anthropologie de la santé et la démarche ethnographique qui la

9. Consulter la publication synthèse de Saillant et O'Neill (1987).
10. Pensons, par exemple, aux publications de Wertz et Wertz (1977), Jordan (1980), Oakley (1984) et Gélis (1988).

sous-tend ne peut vraisemblablement s'élaborer en se limitant aux savoirs des experts : elle doit intégrer aussi le savoir généralisé à l'échelle des groupes primaires et des familles. Cette position est d'ailleurs partagée par la majorité des auteurs contemporains en anthropologie de la santé, par exemple, Kleinman (1980), Good et Delvecchio-Good (1981), Helman (1978), ou encore Leininger (1978).

Méthode et présentation du corpus

Les données qui ont servi de base à nos observations sur les pratiques thérapeutiques traditionnelles québécoises proviennent d'un fonds d'archives écrites dans lequel on trouve rassemblés, sous la rubrique « médecine populaire », des faits caractéristiques des savoirs et pratiques concernant la santé et la maladie (à visées prophylactiques ou thérapeutiques) ayant eu cours dans les familles québécoises de la première moitié du XXe siècle[11]. Ces données ne couvrent pas la totalité des informations disponibles concernant le domaine des pratiques thérapeutiques traditionnelles, mais représentent certainement l'ensemble le plus important par son volume et l'homogénéité de son fichier[12]. Elles constituent en fait une collection unique de ces recettes de médecine populaire communément désignées sous le terme « recettes de grand-mère » par les folkloristes ou les médecins qui ont pu les observer ou en rendre compte. Ces remarques générales posées, voyons maintenant comment ont été colligées, ordonnées, puis analysées ces recettes qui marquent les bases pragmatiques et cognitives de l'univers thérapeutique familial traditionnel.

Au total, 4292 recettes contenues dans la rubrique « médecine populaire » des archives consultées ont été repérées, transcrites, uniformisées, codées et analysées. De façon opératoire, chaque recette du corpus a été intégrée à une base de données[13] ; le corpus comprend 4292 *mentions de pratique*, chacune de celles-ci

11. Il s'agit des Archives de folklore de l'Université Laval (AFUL). Le corpus ne couvre que les archives écrites et exclut les archives orales. D'autres rubriques moins volumineuses (en cours d'exploitation) regroupent des faits concernant l'ethnomédecine québécoise. Le choix de recourir à du matériel d'archives, plutôt qu'à des informateurs vivants, s'est imposé comme la première étape d'une démarche susceptible de nous conduire de façon commode et rapide à un vaste ensemble de matériel encore peu exploré concernant l'objet de notre recherche. Ceci n'exclut pas que nous puissions, dans le futur, recourir à des informateurs vivants et ainsi valider ou enrichir le matériel recueilli par les folkloristes, bien que cela suppose d'importantes contraintes au plan méthodologique (caractère rétrospectif de l'enquête, sélection des informateurs...).

12. Il s'agit en grande majorité de matériaux recueillis entre 1950 et 1980 par des professeurs et des étudiants du programme en arts et traditions populaires de l'Université Laval. Ces matériaux se présentent sous une forme homogène où l'on retrouve un problème de santé associé à une pratique visant à remédier à ce problème. Cette homogénéité au plan de la forme s'explique par le « programme de recherche » et le choix des méthodes de cueillette largement empruntés à Van Gennep au cours de ces années. Elle a facilité l'organisation de notre base de données et limite les variations dans la qualité des matériaux, attribuables au grand nombre d'enquêteurs engagés dans les cueillettes et à l'étalement des enquêtes dans le temps. Par ailleurs, les résultats présentés ici sont basés sur les analyses excluant 6,08 % des données du fichier (données sur les enfants et données résiduelles).

13. Le File Maker + de McIntosh.

pouvant être définie par l'association d'un groupe de variables. On distingue deux ensembles de variables : *A — Les variables d'identification* : 1. le numéro d'archives (AFUL); 2. le numéro d'ordre (notre fichier); 3. le nom de l'enquêteur (qui réfère au nom de la collection d'archives); 4. le nom de l'informateur; 5. le sexe de l'informateur; 6. l'occupation de l'informateur; 7. l'âge de l'informateur; 8. la date de la cueillette de données; 9. le lieu de la cueillette de données (comté). B — *Les variables reliées aux savoirs et pratiques* : 1. l'objet de la pratique (finalité de la pratique); 2. la recette (texte intégral des archives); 3. les matières médicales; 4. les actes thérapeutiques; 5. les préparations thérapeutiques. Chaque variable énumérée a été construite après analyse de contenu systématique des données d'identification et des données sur les savoirs et les pratiques.

Le codage de certaines données d'identification a été effectué à l'aide des classifications officielles et des répertoires déjà disponibles[14]. Au total, 150 collections ont été consultées impliquant 478 informatrices et informateurs ; parmi les personnes dont l'information sur la variable sexe est disponible, on compte une proportion légèrement supérieure de femmes (N = 259; 57 %) par rapport aux hommes (N = 196; 43 %). Très fréquemment, ces personnes disent tenir le savoir qu'elles ont transmis à l'ethnographe de leur mère, leurs grands-mères et leurs tantes. Les enquêtes ont été effectuées entre 1950 et 1979 auprès d'individus le plus souvent âgés de plus de 50 ans, distribués dans 48 comtés fédéraux concentrés dans l'est du Québec, mais quand même disséminés sur l'ensemble du territoire québécois. L'univers temporel de pratiques et de savoirs ici discuté nous renvoie donc à la première moitié du XXe siècle.

Les données sur les savoirs et les pratiques ont donné lieu à la construction de catégories descriptives et analytiques et à la création de lexiques en langage naturel. L'*objet de pratique* identifie la finalité, la raison d'être d'une pratique donnée, il énonce en quelque sorte le problème ou la situation de santé pour lesquels il y aura une action thérapeutique, quelle que soit la nature de l'action. On dira, par exemple, « Pour soigner la grippe » ou « Pour arrêter l'allaitement ». Ainsi, 185 catégories descriptives ont été utilisées pour classer l'ensemble des objets de pratique. Ces catégories donnent accès à la fois à l'ensemble des problèmes de santé et des lieux du corps touchés par cet univers de pratiques.

La pratique elle-même a été découpée selon trois variables : les catégories de matières médicinales, les gestes et les préparations thérapeutiques. Les *matières médicinales* ont été classées selon 720 catégories descriptives, toutes les matières d'une recette donnée ayant été recensées. Elles ont aussi été regroupées selon 22 catégories analytiques, toutes les herbes médicinales se retrouvant, par exemple, dans la catégorie « plantes et fleurs » et tous les vêtements se retrouvant dans la catégorie « vêtements et ornements ». Les catégories classificatoires comptent, bien entendu, les plantes, les fleurs, les arbres, mais aussi les parties de

14. Le répertoire de l'État général des fonds des AFUL a été utilisé pour ce qui a trait au codage des collections de référence et à la classification des enquêteurs. La classification Rocher nous a servi de base pour les données relatives aux occupations. Enfin, les lieux de cueillette des données ont été uniformisés et ordonnés en fonction du répertoire des divisions du recensement du gouvernement du Canada de 1977.

l'animal, les parties du corps humain, les objets de la maisonnée, les objets de la ferme, la monnaie et plusieurs autres qui illustrent la diversité et la polyvalence de cet univers de pratiques. La présence d'éléments symboliques dans les pratiques a été notée à chaque fois, sans donner lieu toutefois à un codage de ce type. Ces matériaux de base fournissent un catalogue ethnographique impressionnant des matières et symboles utilisés dans cet univers de pratiques thérapeutiques, qui n'a nulle part son équivalent.

Les *gestes thérapeutiques* sont directement liés aux matières médicinales et aux préparations. Les gestes dont il est ici question ne sont pas ceux qui transforment la matière brute médicinale; ils sont plutôt en soi de nature thérapeutique. Ils concrétisent le pont entre la matière et la préparation à utiliser. Ils indiquent la façon dont la matière entrera en contact avec le corps pour atteindre son but. Tous les gestes prescrits pour « appliquer » ces matières et symboles ont aussi donné lieu à un examen et à la création de 20 catégories analytiques comme, par exemple, boire, frotter ou laver. Celles-ci donnent des informations précieuses sur le sens des pratiques (« le sens en action ») et sur les modalités thérapeutiques variables selon les objets de pratique et les mentions associées à un même objet de pratique.

Les *préparations thérapeutiques* constituent un ensemble de matières transformées telles qu'elles sont employées à des fins médicinales par le destinataire. Elles ont été ordonnées selon 22 catégories telles que tisanes, cataplasmes, onguents. Cette variable n'a été utilisée que pour les recettes dans lesquelles une ou des matières étaient transformées pour prendre l'aspect d'une préparation spécifique (par exemple la gomme de sapin préparée sous forme de tisane, celle-ci étant la préparation). Les matières utilisées directement sans manipulation, ainsi que les éléments symboliques, bien qu'ils aient été systématiquement notés, n'ont pas été classés à l'intérieur des catégories de préparations. Bien que chacune de ces recettes ait donné lieu à un codage, elles ont aussi été transcrites intégralement[15], de manière à ce que chaque groupe de variables associées à une mention de pratique puisse toujours être situé en fonction de l'énoncé complet qui était à la base du découpage.

Une fois le codage et la double vérification systématique effectués, nous avons procédé à des analyses qualitatives et quantitatives de l'ensemble du corpus. Chacun des objets de pratique comprend entre 1 et 316 mentions de pratique (moyenne 23,2) et a donné lieu à des analyses quantitatives (statistiques descriptives) et qualitatives (repérage des schèmes et codes thérapeutiques à l'œuvre, analyse des symboles naturels, analyse détaillée des éléments d'ordre discursif ou religieux). Les objets de pratique ont ensuite été classés selon trois grands axes organisateurs, en fonction de leurs modalités thérapeutiques dominantes sous-jacentes. Le sens de notre propos n'est pas de présenter ici les résultats des analyses détaillées de chacun des objets de pratique repérés, mais plutôt d'introduire les axes organisateurs (ou paradigmes) et d'énoncer les hypothèses qui découlent de notre analyse. Ces axes organisateurs constituent les

15. Il faut ici signaler que n'avons pas codé les quantités de matières médicinales ni les diverses opérations de la préparation, bien que toutes ces informations soient disponibles dans le texte de la recette.

pivots culturels qui permettent d'appréhender l'univers thérapeutique que nous voulons décrire. Finalement, les quelques données quantitatives que nous rapportons ici doivent être considérées à titre indicatif seulement.

Paradigmes organisateurs des pratiques thérapeutiques traditionnelles québécoises

Les recettes de médecine populaire ont été regroupées à l'intérieur de trois ensembles paradigmatiques : l'équilibre, la protection et le soulagement. Nous procéderons maintenant à la présentation et à l'analyse de chacun de ces ensembles que nous pouvons considérer comme des paradigmes organisateurs des savoirs et pratiques à caractère prescriptif qui sont contenus dans ces recettes. Chacun des trois ensembles sera exposé sur la base de ses caractéristiques générales accompagné d'exemples ethnographiques choisis parmi les plus fréquents dans le corpus.

Le corps en équilibre

Les recettes de médecine populaire qui renvoient aux pratiques[16] d'équilibre sont orientées vers la *purification* et l'*harmonisation* du corps comme totalité; elles s'appliquent au bon fonctionnement de l'intérieur du corps et plus particulièrement des viscères (par exemple le foie, les reins, les intestins...) ou à des dynamiques particulières (mouvement du cœur, circulation du sang, équilibre thermique...). Les pratiques d'équilibre comptent à elles seules 1 278 mentions de pratique (29,8 %) concentrées autour de 32 objets de pratique[17].

On note que les reins, l'intestin, l'estomac, l'utérus et le sang sont les lieux du corps le plus souvent investis par ces pratiques. Les objets de pratique renvoient à des thèmes divers tels que ceux de l'alimentation, de l'élimination, de l'équilibre chaud-froid, de la consistance et de la circulation du sang et, dans une moindre mesure, de la contraception, de la grossesse et de l'accouchement. La modalité thérapeutique dominante dans ce groupe de pratiques, c'est-à-dire la configuration des matières médicinales, gestes et préparations thérapeutiques caractéristique de cet ensemble, est celle qui consiste à boire des préparations chaudes (tisanes, mixtures ou autres) qui devront agir localement, mais le plus souvent aussi sur l'ensemble du corps. Ces pratiques permettent une forme d'équilibre des échanges entre le corps et l'environnement; le corps que l'on purifie à l'aide de matières médicinales, les herbes médicinales principalement, est jugé plus fort et plus résistant. Ainsi les plantes et les arbres sont les deux catégories de matières médicinales généralement retenues, de même que les breuvages divers et certains aliments qui entrent couramment dans les préparations liquides, qui seront le plus souvent des tisanes et des mixtures.

Parmi les pratiques d'équilibre, on compte d'abord les pratiques de purification, qui consistent à nettoyer l'intérieur du corps; bien que les

16. La notion de pratiques sera dorénavant utilisée au sens de pratiques porteuses de savoir.
17. NM : Nombre de mentions de pratique. L'ensemble du corpus en comprend au total 4 292.
NO : Nombre d'objets de pratique. L'ensemble du corpus en comprend au total 185.

informatrices et informateurs ne fassent pas référence à la théorie des humeurs, il semble que ce soient « les mauvaises humeurs » dont on cherche à se débarrasser tout au long de l'année, ou à certains moments de l'année (au printemps surtout). Les lieux du corps où se concentrent en plus grand nombre les mentions de pratiques de purification sont d'abord les reins (NM = 189) et ensuite le foie (NM = 63). Les « purgations de reins » serviront par exemple à « éliminer les mauvaises urines » tout en purifiant l'ensemble de l'organisme. Les tisanes et mixtures à boire chaudes atteindront l'intérieur du corps et contiendront le plus souvent des plantes, des fleurs ou des parties d'arbre choisies pour leurs propriétés diurétiques; parmi ces matières végétales, les queues de cerises (*Prunus Virginiana* L.)[18], la tripe de roche (*Polypodium Virginianum* L.), les graines de citrouille et les « cheveux de blé d'Inde » (filaments de maïs), utilisés seuls ou selon des combinaisons variables dans la préparation des tisanes, faciliteront cette élimination. D'autres « purgations » permettront aussi ce « nettoyage », telles que les « purgations d'intestins », les « purgations de foie » et les « purgations de sang ». Dans tous ces cas, la modalité thérapeutique privilégiée est identique. Par exemple, les tisanes de graine de lin (*Linum Usitatissimum* L.), de bois de plomb (*Dirca palustris* L.) ou de sapin (*Abies* sp.) serviront à « purger les intestins », ou bien encore une mixture de soufre et de mélasse prise au printemps, en « neuvaine » (neuf jours d'affilée), sera considérée comme purificatrice.

Certaines pratiques combineront les fonctions d'harmonisation et de purification. La première consiste à régulariser et à équilibrer les mouvements et les forces en action à l'intérieur du corps. Parmi les pratiques axées vers la purification et l'harmonisation, on remarque celles qui ont trait aux soins de l'intestin (NM = 296) et celles qui ont trait à la consistance et à la circulation du sang (NM = 217). Par exemple, on purifiera l'intestin par l'élimination au moyen de substances laxatives, tandis qu'on harmonisera le mouvement intestinal en le réglant dans le sens de la rétention ou de l'expulsion. Ainsi, plusieurs matières médicinales et modalités thérapeutiques sont dites à la fois laxatives et constipantes. Cette apparente contradiction s'explique par le fait que la raison d'être des pratiques n'est pas véritablement de constiper ou de faire éliminer, mais d'harmoniser tout en purifiant et en régularisant. Les pratiques reliées à la fonction d'harmonisation renvoient à plusieurs types de polarité, comme celles de

18. Les noms des plantes, fleurs et arbres sont notés selon les appellations populaires. Le nom latin est indiqué seulement lorsque le nom d'une plante apparaît pour la première fois dans le texte et constitue un terme de référence universel. Pour la présente recherche, nous avons adopté les noms latins proposés par Marie-Victorin dans la *Flore Laurentienne* : « Ces noms latins se composent de deux mots : le premier désigne le genre et porte une majuscule, le second se rapporte à l'espèce et pourrait se comparer à un prénom. Ils sont suivis du botaniste qui, le premier, a décrit l'Espèce; parfois, ce sera un nom entre parenthèses, suivi d'un autre nom; exemple (Linné) Scopoli signifient que Scopoli a modifié le nom de la plante que Linné avait d'abord baptisée » (Fleurbec 1978 : 4-5). Les lettres sp. et spp. signifient que les renseignements que nous possédons sont insuffisants pour déterminer l'espèce (sp.) ou les espèces (spp.) appartenant au genre. L'apport technique des spécialistes de l'Herbier Louis-Marie de l'Université Laval nous a été précieux pour identifier les plantes du corpus, bien que certaines n'aient pu l'être. Dans le présent texte, lorsque les informateurs se référaient à une catégorie générale de plante, sans spécification nous permettant de préciser l'espèce, nous n'avons noté que le genre.

force/faiblesse, chaleur/froid, haut/bas, mouvement/stagnation. Toutes les pratiques visant un équilibre local ou global de l'organisme (par l'harmonisation ou la purification) visent par la même occasion l'équilibre dynamique de ces polarités.

Enfin, un nombre important d'objets sont investis dans un unique but d'harmonisation. La diversité des objets de pratique pour ce groupe (NO = 19), ainsi que le poids important du thème de l'harmonisation par rapport à celui de la purification laissent poindre l'hypothèse que les pratiques d'équilibre visant l'harmonisation pourraient représenter un axe fondamental des pratiques thérapeutiques traditionnelles québécoises. En effet, à elles seules, les pratiques reliées à la fonction d'harmonisation (en solo ou en combinaison avec la fonction de purification) comptent pour 80 % des pratiques d'équilibre et pour 23,9 % des mentions de l'ensemble du corpus, donc pour près du quart des mentions. Les pratiques orientées vers l'unique but d'harmonisation comptent pour un total de 513 mentions, soit un nombre égal à celui des pratiques combinant les fonctions de purification et d'harmonisation. On note que l'harmonisation de la digestion (NM = 182), de la température du corps (NM = 131), des fonctions reproductrices féminines (NM = 109), de l'humeur (NM = 65) et enfin du mouvement du cœur (NM = 40) sont les dimensions qui couvrent l'essentiel de ces pratiques.

Les pratiques qui visent l'équilibre chaud/froid par l'harmonisation de la température du corps impliquent quatre objets de pratique regroupant 131 mentions de pratique. C'est dans le cas du soin de la fièvre et de la température que nous possédons le plus d'informations : les pratiques regroupent en effet 103 mentions sur une possibilité de 131. On soignait principalement la fièvre et la « haute température » au moyen de tisanes et de mixtures, puis de cataplasmes, de compresses et de pansements. Parmi les matières utilisées, l'herbe à dinde (*Achillea Millefolium* L.) est sans conteste celle que l'on retrouvait le plus fréquemment. D'autres plantes étaient aussi utilisées dans la préparation des tisanes pour combattre la fièvre, mais on les retrouve dans une proportion beaucoup moins importante : il s'agit de la camomille (*Matricaria* SPP.), du baume (*Mentha Spicata* L.) et de l'absinthe (*Artemisia absinthium* L.). Les tisanes à base de sureau blanc (*Sambucus Canadensis* L.) ou rouge (*Sambucus pubens* MchX.) ou de saule (*Salix* pp.) étaient aussi d'usage fréquent.

La deuxième matière la plus utilisée pour réduire la fièvre est la moutarde sèche, que l'on retrouve dans la catégorie des préparations des mixtures. Le plus souvent, c'est sous forme de bain de pieds que l'on conseillait de faire usage de cette mixture. Le malade devait ensuite se couvrir d'un enveloppement de laine ou de flanelle. En ce qui concerne le traitement de la fièvre, les pieds sont l'objet d'une attention particulière : outre les bains de moutarde, on retrouve aussi les pansements d'oignons sous les pieds et les compresses à base de hareng salé. Il semble qu'on cherchait à « tirer » le mal ou la fièvre au moyen de matières fortes ou salines en même temps que l'on réchauffait les pieds.

Le corps et ses frontières

Le deuxième ensemble de recettes de médecine populaire recensées peut être catalogué sous l'axe des pratiques de protection qui ont pour objet les frontières

du corps ; les soins de la peau, des orifices, de l'œil et des cheveux entrent dans ce groupe, de même que les soins apportés aux blessures de toutes sortes. Les pratiques frontières, comme nous les désignerons, concernent le soin de l'enveloppe corporelle relativement aux différents espaces de communication et de circulation mettant en jeu les polarités intérieur du corps/enveloppe du corps et enveloppe du corps/environnement. Ces pratiques, comme les nombreux exemples que nous apporterons en font foi, suggèrent tout autant des moyens de traiter des blessures, des maladies et des problèmes consécutifs à une mauvaise communication entre ces polarités, qu'elles inscrivent les marques des frontières qui construisent l'espace corporel et ses marges. Enfin certaines pratiques ouvrent sur les échanges et les règles de communication entre les corps.

Les pratiques frontières comptent pour 1 308 mentions de pratique, ce qui représente près du tiers des mentions du corpus (30,6 %) ; elles se rapportent à 49 objets de pratique regroupés sous deux ensembles principaux. Le premier renvoie surtout aux *pratiques d'entretien ou de soins de la peau* (comment remédier aux boutons, éruptions, excroissances ou comment entretenir la peau), des orifices (par exemple, maux de bouche, hémorroïdes), des yeux (par exemple, orgelets) et des phanères (par exemple, soins des cheveux, des ongles). Le deuxième ensemble couvre les pratiques *réparatrices ou les soins que l'on doit apporter aux blessures* de tous types (par exemple, foulures, brûlures, pertes de sang, morsures). Les lieux du corps touchés renvoient ainsi à l'enveloppe corporelle (peau, phanères, yeux, sphincters) et aux diverses atteintes des blessures (peau, muscles, os), que celles-ci soient ouvertes (et produisant un écoulement visible du sang) ou fermées. Les catégories de matières médicinales qui se retrouvent le plus souvent dans les pratiques frontières sont les plantes et fleurs, les arbres, les aliments de base et les parties de l'animal. Généralement, ces matières médicinales entreront dans les diverses préparations de compresses, cataplasmes, onguents et tisanes, que l'on appliquera sur la partie malade du corps.

Les pratiques frontières se reportent à deux types de modalités thérapeutiques. Le premier renferme celles à caractère naturaliste consistant principalement à supporter le processus naturel de guérison. L'une de celles-ci nous est déjà familière, puisqu'elle nous réfère à la notion de purification. Dans le contexte des pratiques frontières, les activités purificatrices rejoignent cependant aussi bien l'intérieur du corps que sa surface, c'est-à-dire que les actions mises en œuvre (d'assèchement, de cicatrisation, d'adoucissement, etc.) accéléreront un processus déjà en cours (comme « faire aboutir » un bouton en « l'engraissant » avec du suif) ou limiteront tout simplement son étendue (en asséchant la peau, plutôt qu'en l'engraissant) au moyen d'une plante médicinale aux propriétés astringentes. De plus, on note la fréquence du recours à une thérapie par le semblable ou par le contraire.

Les pratiques frontières sont également identifiables par l'ensemble des modalités thérapeutiques de marquage ; marquer le mal (ou la maladie) se fait de multiples façons. On extrait le mal (« tirer le mal »), on jette le mal (réellement ou symboliquement), on « passe » le mal (à un objet, un animal ou une personne), on circonscrit le mal ou, enfin, on l'éloigne. Dans plusieurs cas, on cherche à exercer

un contrôle sur les espaces de communication entre les frontières du corps et l'environnement et à ramener à l'état de pureté ce qui devient impur. C'est le contact avec les frontières qui produit l'impureté et c'est ce contact que l'on cherche à régler par des pratiques qui marquent, par une multitude de gestes à teneur symbolique, les limites à inscrire ou à ne pas dépasser. Par exemple, le geste du cercle autour d'une dartre exécuté par une personne de sexe opposé à celui du malade, geste que l'on fait avec le jonc d'une femme mariée, évoque que l'on cherche à marquer le mal en le circonscrivant. « L'ennemi » ainsi encerclé ne pourra, croit-on, se répandre. Aussi, ce jonc de la mariée dont on se sert pour circonscrire les dartres d'un geste de la main qui se veut thérapeutique est aussi le signe d'une union sexuelle, ne l'oublions pas ; il rappelle qu'il y a eu contact entre les corps, un contact réglé culturellement. D'où viennent ces dartres, maladie de la peau, de la surface du corps ? L'usage du jonc de la mariée symbolise les règles sociales organisant, à l'intérieur de frontières bien précises, la circulation des corps et l'interdit religieux empêchant la transgression de ces limites. Ce symbole prend une valence thérapeutique lorsqu'il marque le lieu d'une possible transgression des frontières (à caractère sexuel ou non) et des échanges entre les corps. En fait, les pratiques associées à la modalité thérapeutique de marquage nous renverront à des polarités omniprésentes : la surface/la profondeur, le soi/l'autre, le pur/l'impur. Les pratiques frontières de marquage supposent une théorie implicite des règles de communication régissant l'intérieur du corps, l'enveloppe du corps et l'environnement et des actions symboliques propres à cette modalité thérapeutique. Un exemple nous permettra d'examiner plus en détail les pratiques frontières.

Parmi le groupe des objets de pratique d'entretien, celui touchant les problèmes manifestes de la peau a été retenu. Ainsi, l'objet de pratique « pour éliminer les boutons » représente, en volume de mentions (NM = 150), le plus important parmi l'ensemble des pratiques frontières d'entretien, quel que soit le type (entretien ou réparation). Notons que la très grande majorité des informateurs établissent une équivalence entre clou et bouton. On dira, par exemple, « faire aboutir un clou », « vider un clou », « faire crever un clou ». Les boutons sont donc ici des boutons purulents. Une minorité emploiera l'expression furoncle pour désigner un bouton de ce type. Pour « faire aboutir les clous », on utilisait des cataplasmes dans lesquels on incluait de la graisse (telle la graisse de porc), du savon du pays, du sucre d'érable, de la cassonade ou du fumier. Des cataplasmes à base de mie de pain et de lait bouilli ainsi que des cataplasmes à base de légumes (comme l'oignon, cru ou cuit, ou le navet) ont aussi été mentionnés. « Faire aboutir » signifie, la plupart du temps, l'application de substances grasses sur le clou ; comme certains le diront, « on engraisse le clou ». Cette procédure permet de supporter le processus naturel de guérison dans le but d'éliminer le problème qui gêne. Le support au processus naturel de guérison peut être aussi obtenu par la technique du séchage. Alors que, dans le premier cas, on traitait le même par le même (le gras par le gras), dans le deuxième, on traite par le contraire (le gras par le sec). Un exemple de matière en usage dans ces situations est celui du bleu à laver (brut ou préparé dans un cataplasme). Soulignons que certains bains, tout en étant purificateurs (comme le bain à l'eau de mer), relèvent aussi de cette modalité thérapeutique.

Pour « tirer le mal », on utilisait également des procédés qui permettaient un « aboutissement » plus rapide des boutons, mais ils renvoient à des notions quelque peu différentes des précédentes. L'application des ventouses, effectuée surtout à l'aide de bouteilles dont on chauffait le goulot, était parmi les techniques dont on disait qu'elles « tiraient le méchant » ou « le mauvais du corps ». L'application de la couenne de lard, des tranches de patates ou de chou en bandeau, de feuilles de plantain (*Plantago Major* L.) ou de tabac (*Nicotiana tabacum* L.), entrent dans cette catégorie de pratiques. Ces matières agissent non pas seulement à la surface de la peau, mais à l'intérieur de l'organisme, là où « le mauvais » fait « naître » des boutons ou des clous. Dans certains cas, ces procédures seront conseillées en duo avec l'ingestion de préparations purificatrices de l'organisme. On agit donc à la fois localement et sur l'ensemble du corps. Ces préparations seront identiques à celles que nous avons décrites pour « purger le sang » et « purger les intestins » : il s'agit, entre autres, de la mixture soufre/mélasse, mais on note surtout la place occupée par la tisane de bardanes (ou toques [*Arctium Minus* (Hill) Bernh]), puis par les raisins secs et la levure. Dans ces cas, les modalités thérapeutiques de purification de l'organisme et de l'extraction du mal seront jumelées.

Notons enfin que certaines pratiques de purification pouvaient être utilisées en solo, sans se jumeler à la modalité thérapeutique consistant à tirer le mal. Les bains d'eau de mer ou dans les eaux de la Saint-Jean au début du solstice d'été sont de celles-là. Enfin, quelques fois, des informateurs ont suggéré le port de la noix de muscade comme pratique protectrice.

Soulager les corps

Le troisième axe couvert par les recettes de médecine populaire de notre corpus comprend les pratiques et savoirs relatifs au soulagement. Ceux-ci rappellent que le corps n'est pas qu'harmonie et équilibre : il est aussi le lieu de la douleur aiguë, de la souffrance et de la maladie grave. Nous avons inclus dans un troisième grand ensemble toutes les pratiques visant le soulagement des douleurs et malaises ainsi que le traitement de certaines maladies, qu'elles soient aiguës ou chroniques. On y retrouve les objets qui concentrent les problèmes où la douleur aiguë domine « le tableau clinique » (NO = 14) tels que les rhumatismes, les maux d'oreilles et les maux de tête, les objets relatifs à des malaises passagers (NO = 6) tels que le hoquet, les crampes ou les spasmes, et enfin les objets (NO = 20) qui sont en soi associés à des « maladies » infectieuses (scarlatine, roséole, etc.) ou non infectieuses (épilepsie, goutte). À noter la présence de certaines maladies « modernes » telles que le diabète et le cancer. Ce dernier groupe comprend des maladies nommées par un terme qui renvoie au lexique médical et enfin les objets (NO = 3) relatifs aux rhumes, grippes et à leurs problèmes apparentés (NM = 538). Ce dernier groupe comprend l'objet « Rhumes et grippes », le plus volumineux du corpus en nombre de mentions (NM = 316). Enfin, les lieux du corps investis sont multiples et renvoient ici tout autant à sa surface qu'à son intérieur. L'hétérogénéité apparente de ce groupe de pratiques ne doit pas surprendre puisque, rappelons-le, notre logique classificatoire s'applique à des agencements ou configurations communes de

catégories de matières, de gestes, de préparations et de modalités thérapeutiques. Donc elle ne réfère d'aucune façon à des sous-systèmes du corps humain ou à des groupes de pathologies qui seraient familiers aux classifications savantes des sciences occidentales. L'objectif poursuivi relève ici d'une recherche des schèmes culturels organisateurs des savoirs et pratiques que laissent entrevoir les recettes de médecine populaire.

Cette portion du corpus couvre un nombre important d'objets de pratique (NO = 42) regroupant 1 445 mentions de pratique, ce qui équivaut exactement au tiers du corpus[19]. Les catégories de matières médicinales utilisées le plus souvent dans les pratiques de soulagement sont des aliments de base, les plantes et fleurs et les arbres, qui entrent dans la préparation des tisanes, des mixtures, des compresses et des sirops. On note cependant l'importance accordée ici, plus que partout ailleurs, à des catégories de matières fortement chargées au plan symbolique, telles que les vêtements et ornements, la monnaie ou les objets de guérison. Examinons maintenant un exemple parmi ces pratiques de soulagement.

Le soin des rhumatismes rassemble 115 mentions de pratique : il s'agit du deuxième objet de pratique en importance (par le nombre de mentions) parmi l'ensemble des objets reliés aux pratiques de soulagement de la douleur. La modalité thérapeutique la plus courante consistait à supporter le processus naturel de guérison au moyen de substances aux propriétés jugées analgésiques ou ayant le pouvoir de « donner des forces » et d'augmenter la résistance générale de l'organisme. On pourra ainsi chercher à prévenir le mal par l'ingestion de breuvages ou d'aliments choisis. Enfin la chaleur, sous toutes ses formes, est bienfaisante pour les rhumatismes mais aussi pour toutes les formes de douleur. Les tisanes et les mixtures que l'on boit pour traiter le corps comme totalité sont les préparations les plus fréquemment utilisées. Sur un total de 175 matières possibles, 100 se classent parmi les arbres, plantes et fleurs. Les compresses et les cataplasmes comptent aussi pour une part importante des préparations, comme on le verra. La finalité ultime de la très grande majorité de ces pratiques était, bien sûr, de soulager les douleurs rhumatismales. Une variété très grande de plantes et d'arbres servait à la préparation des tisanes : on compte en effet 50 espèces différentes. Les plus fréquemment mentionnées sont le chiendent (*Agropyron repens* (L.) Beauv.), le buis (*Taxus canadensis* Mar. sh.), l'herbe à dinde, l'ail (*Allium sativum* L.), le thé des bois (*Gaultheria procubens* L.), le mélilot (*Melilotus* spp.) et le frêne (*Fraxinus* spp.). On conseillait parfois de boire les tisanes et de les appliquer sur le siège de la douleur, en compresse, les deux stratégies se renforçant l'une l'autre.

Les mixtures à base de gin, auxquelles on ajoute des rognons de castor, de la gomme de gaïac, de l'ail, du raifort (*Armoracia Lapathifolia* Usteri) ou de l'épinette (*Picca* spp.) apparaissent comme un autre moyen d'engourdir ou de soulager le mal tout en agissant comme des « releveurs de force ». La combinaison de l'alcool (des toniques dans la médecine traditionnelle) et de

19. On remarquera que les pratiques d'équilibre représentent le quart du corpus, tandis que les pratiques frontières et les pratiques de soulagement comptent chacune pour le tiers du corpus. La portion manquante correspond à la section du corpus que nous n'avons pas analysée lors de la première étape (cf. note 12).

« matières fortes » (telles que le raifort) ou de matières reconnues pour leurs capacités d'éloigner le mal (l'ail) ou de « renforcer » (les rognons de castor) est l'exemple parfait de la mise à contribution de stratégies multiples pour contrer la douleur : on renforce l'organisme, en cherchant sans doute ici à augmenter le seuil de tolérance à la douleur plutôt qu'à éliminer celle-ci.

Certains aliments froids posséderaient des propriétés protectrices ou préventives : parmi ceux-ci on compte le céleri, le jus de citron et le vinaigre. Ces matières, à boire ou à manger, sont susceptibles de supporter le processus naturel de guérison. On note ici que c'est l'intérieur du corps qui est le lieu de l'intervention.

L'application d'un certain nombre de matières grasses s'apparente également à cette modalité thérapeutique. Dans ce cas, il faudra tout simplement en enduire ou en frotter la partie douloureuse du corps. La graisse d'ours ou de mouffette, l'huile de vers de terre et l'huile d'olive mélangées au camphre entrent dans ce groupe de matières médicinales. La chaleur soulagera aussi les rhumatismes, par l'application de la térébenthine chaude, de sacs de sels chauds ou de vinaigre chaud. Les bains protégeraient et guériraient : ainsi le bain de soufre ou de sel à médecine (ou sel d'Epsom) sont conseillés. Certains éléments naturels seraient aussi « bons contre les rhumatismes ». Par exemple, le goémond concentrerait en lui les propriétés bénéfiques de la mer.

Les cataplasmes et compresses qui « tirent le mal » comptent pour une deuxième modalité thérapeutique. Les cataplasmes de terre glaise, de son, de gomme de sapin (*Abies* sp.), ou les compresses de chou, de plantain, de tabac ou de couenne de lard sont bien connus et utilisés largement dans le contexte d'autres objets de pratique et sont ici aussi considérés comme efficaces.

Le port de certaines matières, transformées pour l'usage en amulettes, protégera des rhumatismes : des individus conservaient un morceau de patate dans leur poche, ou un dollar. Avec la pomme de terre, on se frottait également (tout comme avec la loupe de bois, une excroissance d'arbre), ou on la conservait dans sa poche en attendant qu'elle durcisse (alors « le mal passera »). On reconnaît ici la modalité de l'éloignement du mal mais aussi de celle de son transfert. Également, les rhumatismes « passeront » dans la rivière, ou dans l'eau froide, si on s'y met les pieds, le matin de préférence. Le matin, moment du recommencement, la rivière, une eau qui passe et « qui emporte avec elle les rhumatismes ». Les fougères ou la lime sous le matelas « prendront » aussi le mal à leur charge. On jettera enfin le mal en récitant une formulette. Une informatrice de Montmorency suggérait ainsi : « aller dans un bois où l'on a jamais été. Faire le tour d'un arbre trois fois en disant : « rhumatisme je te laisse ici, je te prendrai quand je reviendrai ». Quitter le bois. Ne jamais y retourner et l'on aura plus de rhumatisme » (039-056)[20].

Le port d'objets susceptibles de circonscrire le mal, comme le fil de laiton autour du poignet (que l'on utilise aussi pour prendre le lièvre au collet), le bracelet de cuivre, la laine ou encore le collier de piquants de porc-épic rappelle l'importance de ne pas étendre le mal. On note ici la vertu protectrice des métaux,

20. Les numéros à la fin des citations renvoient à notre code de classement des pratiques.

une pratique peu souvent mentionnée dans ce corpus. On se servira aussi du cuivre pour « passer le mal », comme le rappelle cet informateur de Mégantic : « Pour les rhumatismes, il suffisait de mettre du cuivre dans ses souliers. Le cuivre devenait vert et on était guéri » (039-045). Notons que les métaux retenus sont des métaux à forte conduction de chaleur.

Conclusion

Nous sommes maintenant en mesure de poser quelques pistes de réflexion sur la pertinence anthropologique et clinique des « recettes de médecine populaire ». Nous avons d'abord constaté que les recettes de médecine populaire représentent dans les faits un ensemble de savoirs et de pratiques dont la diversité et la complexité ne font plus de doute. Plus qu'un « savoir en miettes », elles dévoilent des éléments clefs d'une véritable culture des soins qui nous devient ici accessible. Ces savoirs et pratiques mettent en jeu des configurations précises de matières médicinales, gestes, préparations et modalités thérapeutiques articulés à des axes qui appellent à l'équilibration par l'harmonisation et la purification, à la protection des frontières corporelles par l'entretien et la réparation et au soulagement du mal sous de multiples formes. Les situations variées pour lesquelles on a recours à ces formes thérapeutiques (NO = 185) et l'étendue des matières médicinales (780 réparties en 22 catégories) indiquent à eux seuls que nous sommes en présence d'un univers dont jusqu'à maintenant les auteurs avaient largement sous-estimé la nature et la portée. En même temps que nous pouvons en constater la diversité et l'étendue, nous en remarquons aussi la cohérence. Non seulement des thèmes culturels se présentent comme des axes ou paradigmes organisateurs des savoirs et pratiques, mais à l'intérieur de chaque thème, il est possible de repérer des modalités thérapeutiques communes qui laissent place à l'hypothèse du renvoi à un système. Ainsi, on trouve, parmi les trois ensembles de pratiques identifiées, des pratiques de type naturaliste visant à supporter les processus de guérison, le plus souvent au moyen de plantes médicinales diverses présentées sous des formes elles aussi variées. On rencontre aussi des modalités thérapeutiques combinées qui visent à se renforcer mutuellement. Par exemple, en cherchant à agir localement par une application sur la partie malade du corps et en visant l'organisme entier dans le but de le rendre plus apte à se défendre. Ou encore, et bien que de façon inégale d'un ensemble de pratiques à l'autre, on note la présence de pratiques symboliques typiques qui permettront, chacune à leur façon, de déjouer la maladie, en l'éloignant, en la déplaçant, en la jetant. Mais quelles que soient les matières et les gestes qui en inscrivent les signes, ces dernières sont remarquablement homologues au plan des modalités, d'un axe paradigmatique à l'autre, d'un objet de pratique à l'autre.

Puisque ces savoirs et pratiques sont actualisés dans l'espace du groupe familial et parce que, bien souvent, les femmes semblent les figures principales de sa transmission, les recettes de médecine populaire doivent être considérées (nous en proposons l'hypothèse) comme des opérateurs pragmatiques et symboliques d'une authentique culture des soins. Le concept de culture des soins intègre les paradigmes organisateurs des pratiques thérapeutiques traditionnelles familiales que nous avons examinées. Les « recettes » dévoilent un véritable espace de

savoirs et de pratiques marqué d'une logique culturelle précise qui nous permet d'affirmer leur importance et leur pertinence par rapport à la connaissance de l'ethnomédecine québécoise. Les listes de recettes tirées d'un ou de quelques informateurs et présentées « en vrac » par les auteurs qui nous ont précédée ne permettaient pas d'ouvrir à un tel espace. La contribution de cet univers de pratiques à la connaissance de l'ethnomédecine québécoise laisse aussi entrevoir la place importante des femmes dans la genèse et la dynamique de cette culture des soins, un aspect sur lequel nous devrons ultérieurement nous pencher.

En ce qui a trait maintenant à la pertinence clinique des connaissances anthropologiques que l'on peut dégager des recettes de médecine populaire, nous suggérerons ici certaines hypothèses, dont une, centrale, concerne le problème de l'interprétation des savoirs et pratiques populaires sur la santé dans la société moderne. Le travail de l'anthropologue ne consiste pas uniquement à retrouver et à rendre compte de l'organisation culturelle des pratiques, à un moment donné ; il consiste aussi à trouver le sens et la cohérence de ces pratiques en tant que produit historique et culturel. Les catégories en usage dans le discours populaire contemporain se présentent comme un amalgame dont la juxtaposition des sources rend complexe le travail herméneutique. Alors qu'on puisera volontiers aux sources du savoir savant (ancien ou moderne), on se référera aussi aux traditions populaires issues du XIXe siècle, ou d'un passé plus lointain, tout en renvoyant alors à des conceptions du corps dont le contenu et la logique sont peu connus et surtout non documentés dans le cas du Québec. Le caractère nécessairement multiréférentiel et syncrétique du langage populaire contemporain sur la maladie est porteur d'un sens qui ne peut être analysé que par le positionnement culturel et historique des matériaux. Par exemple, la notion de « mal qui tourne » qui s'est révélée centrale dans une étude que nous avons effectuée sur les aspects culturels de l'expérience du cancer en contexte clinique moderne (Saillant 1988, 1990), renvoie à une physiopathologie populaire dont les bases peuvent être projetées sur des catégories ethnomédicales issues de systèmes de médecine qui ont été documentés, par exemple, la médecine populaire française. Mais de façon insatisfaisante, car elles ne peuvent qu'être projetées.

Un autre exemple qui révèle l'utilité clinique de telles recherches touche l'intervention infirmière. Dans la perspective de repérer les bases de la culture des soins au Québec, nous pourrons fournir des indications précieuses et spécifiques sur la symbolique du corps, les pratiques familiales de santé et de maladie, susceptibles d'être utilisées pour harmoniser l'intervention infirmière à la culture des soins, dans la mesure où cette intervention tend maintenant à s'inspirer d'un modèle des soins de santé primaire.

Le recours important aux médecines douces que nous observons actuellement pourrait révéler un autre lieu d'application de ces connaissances. En effet, ces médecines de l'ailleurs, qui font l'engouement de la population québécoise (et des pays occidentaux), fournissent des manières de se soigner autrement souvent peu appropriées au plan culturel. La référence à une médecine domestique locale dont plusieurs volets trouveraient encore aujourd'hui leur pertinence (notamment les connaissances populaires en herboristerie) pourrait s'avérer une source d'inspiration fructueuse pour le renouvellement des pratiques en matière de santé.

Références

BERNIER J.
1989 *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession.* Québec : Les Presses de l'Université Laval.

BRUNEL G.
1979 « Guérison, radiesthésie et communication corporelle ». *Revue d'ethnologie du Québec*, 9 : 83-98.

BRUNEL G. et L. Morissette
1979 « Guérison et ethno-étiologie populaire ». *Anthropologica*, 21 : 43-72.

COLLIÈRE M.-F.
1982 *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.* Paris : InterÉditions.

DESDOUITS A.-M.
1985 *La vie traditionnelle au pays de Caux et au Québec. L'enfance, de la naissance à l'entrée dans le monde du travail.* Thèse de doctorat. Faculté des lettres, Université Laval.
1987 *La vie traditionnelle au pays de Caux et au Canada français. Le cycle des saisons.* Québec : Les Presses de l'Université Laval, Paris : Éditions du CNRS.

DESJARDINS E.
1972 « La médecine populaire au Canada français ». *L'Union médicale du Canada*, 101, 8 : 1595-1601.
1973 « La médecine populaire au Canada français ». *L'Union médicale du Canada*, 102, 11 : 154-159.

DESRUISSEAUX P.
1973 *Croyances et pratiques populaires au Canada français.* Montréal : Éditions du Jour.

DUBOIS-OUELLET S.
1989 *La médecine traditionnelle dans l'univers socio-culturel du comté de Lotbinière.* Thèse de doctorat. Faculté des lettres, Université Laval.

FABREGA H. Jr.
1970 « On the Specificity of Folk Illnesses ». *South Western Journal of Anthropology*, 26 : 304-314.

FAINZANG S.
1986 *« L'intérieur des choses ». Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina.* Paris : L'Harmattan.

FLEURBEC
1978 *Plantes sauvages des villes et des champs.* Québec : Éditeur officiel du Québec, Montréal : Fides.

FRAKE Charles O.
1969 « The Diagnosis of Disease among the Subanun of Mindanao ». *American Anthropologist*, 63 : 113-132.

GÉLIS J.
1988 *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie.* Paris : Fayard.

GENEST S.
1978 « Introduction à l'ethnomédecine : essai de synthèse », *Anthropologie et Sociétés*, 2, 3 : 5-29.

GOOD B. et M.-J. Delvecchio-Good
1981 « A Cultural Hermeneutic of Clinical Practice » : 165-197, in L. Eisenberg et A. Kleinman (éd.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Boston : D. Reidel Publishers.

HELMAN C.
1978 « Feed a Cold, Starve a Fever. Folk Models of Infection in an English Suburban Community and Their Relation to Medical Treatment », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2 : 107-137.

JORDAN D.
1980 *Birth in Four Culture*. Montréal : Eden Press, Women's Publication.

KLEINMAN A.
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley : University of California Press.

LACOURCIÈRE L.
1950 « Recettes contre le hoquet », *Les archives de folklore*, 4 : 128.

LAFORCE H.
1987 « Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec, du 17e au 20e siècle » : 163-181, in F. Saillant et M. O'Neill, *Accoucher autrement*. Montréal : Éditions Saint-Martin.

LAHAISE R.
1972 « Rabelais et la médecine populaire au Québec » : 45-69, in R.-L. Séguin (dir.), *Ethnologie québécoise* I. Montréal : Les Cahiers du Québec et Hurtubise HMH.

LEININGER M.
1978 *Transcultural Nursing. Concepts, Theories and Practices*. New York : John Wiley & Sons.

LESSARD R.
1989 *Se soigner au Canada aux XVIIe et XVIIIe siècles*. Ottawa : Musée canadien des civilisations.

LOUX F.
1975 *Pratiques traditionnelles et pratiques modernes d'hygiène et de prévention de la maladie chez les mères et leurs enfants*. Paris : CORDES, Centre d'ethnologie française. Document de travail.
1978 *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris : Flammation.
1979 *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault.
1981 *L'ogre et la dent*. Paris : Berger-Levrault.
1983 *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris : InterÉditions.

LOUX F. et P. Richard
1978 *Sagesses du corps*. Paris : G.P. Maisonneuve et Larose.
1988 « Le sang dans les recettes de médecine populaire ». *Mentalités*, I, 1 : 125-139.

MASSICOTTE E.Z.
1919 « Les remèdes d'autrefois ». *Journal of American Folk-Lore*, 38 : 176-178.
1934 « Remèdes populaires d'autrefois ». *Bulletin de recherches historiques*, 40 : 360-363.

NADEAU J.
1976 « La médecine populaire dans quatre paroisses du comté de Bellechasse ». *Revue d'ethnologie du Québec*, 3 : 51-104.
1977 « Pehr Kalm et sa contribution à l'ethnologie québécoise ». *Revue d'ethnologie du Québec*, 5 : 19-49.

OAKLEY A.
1984 *The Captured Womb*. Oxford : Basic Blackwell.

OBEYESEKERE G.
1984 « Science and Psychological Medicine in the Ayurvedic Tradition » : 235-250, in J. Marsella et G. White (éd.), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Boston : D. Reidel Publishers.

ROMANUCCI-ROSS L.
1983 « Folk Medicine and Metaphor in the Context of Medicalization : Syncretics in Curing Practice » : 5-19, in L. Romanucci-Ross *et al.* (éd.), *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. South Hadley, Massachussetts : Bergin and Garvey Publishers.

ROUSSEAU C.
1968 « Histoire, habitat et distribution de 200 plantes introduites au Québec. Contribution de l'Herbier Louis-Marie, Faculté d'Agriculture de l'Université Laval ». *Ludoviciana*, 5 : 49-169.

ROUSSEAU J.
1946 « Note sur l'ethnobotanique d'Anticosti ». *Les archives de folklore*, 1 : 60-71.
1947 « Ethnobotanique abénakise ». *Les archives de folklore*, 2 : 145-182.
1948 « Ethnobotanique et ethnozoologie gaspésiennes ». *Les archives de folklore*, 3 : 51-64.

ROUSSEAU M. et J. Rousseau
1950 « Charmes et merveilleux ». *Les archives de folklore*, 4 : 77-85.

SAILLANT F.
1988 *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
1990 « Discourse, Knowledge and Experience of Cancer : a Life Story ». *Culture Medicine and Psychiatry*, 14 : 81-104.

SAILLANT F., G. Côté, en coll. avec S. Genest
1989 *Les pratiques thérapeutiques traditionnelles au Québec*. Rapport de recherche, Centre de recherches sur les services communautaires, Université Laval.

SAILLANT F. et M. O'Neill
1987 *Accoucher autrement*. Montréal : Éditions Saint-Martin.

SIMONEAU D.
1980 *Les médecines populaires au Québec*. Montréal : L'Aurore-Univers.

TREMBLAY M.A.
1982 « L'anthropologie de la santé en tant que représentation », *Recherches sociographiques*, 23, 3 : 253-275.

WERTZ R. et D. Wertz
1977 « *Lying-in* ». *A History of Childbirth in America*. New York : Shocken Books.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Les recettes de médecine populaire
Pertinence anthropologique et clinique

Présentation et analyse des résultats d'une première série d'analyses d'un volumineux corpus de recettes de médecine populaire en usage dans les familles québécoises francophones du début du siècle. Principalement, ces analyses portent sur les axes organisateurs (ou paradigmes) structurant les savoirs et pratiques reliés à ces recettes : les pratiques d'équilibre, les pratiques frontières et les pratiques de soulagement. Les résultats obtenus montrent l'étendue, la diversité et l'importance d'un savoir dont la reconstitution s'avère indispensable à une anthropologie des pratiques ayant pour objet la santé et la maladie.

Domestic Medicine : Anthropological and Clinical Relevance

Ignored by anthropologists within the context of Western society, domestic medicine is a fundamental part of ethnomedicine and a key element to the understanding of the functionning of therapeutic systems. Results obtained from a first serial of analysis of a wide collection of data about practices of domestic medicine among Québec (Canada) French-speaking families in the beginning of this century are presented and discussed. Analysis is oriented toward the paragmatical aspects of the knowledge and practices supporting this domestic medicine viewed as medical system. Data shows the extent, diversity and quantitative importance of this knowledge, essential to the theoretical development in medical anthropology.

Francine Saillant
École des sciences infirmières et
Centre de recherches sur les
services communautaires
Université Laval
Sainte-Foy (Québec)
Canada G1K 7P4