

Article

« La médecine familiale dans la France rurale (note de recherche) »

Françoise Loux

Anthropologie et Sociétés, vol. 14, n° 1, 1990, p. 83-92.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/015113ar>

DOI: 10.7202/015113ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

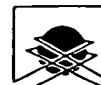
Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

LA MÉDECINE FAMILIALE DANS LA FRANCE RURALE

(Note de recherche)

Françoise Loux



Quand on parle des pratiques en médecine populaire de la France rurale « traditionnelle », on utilise souvent le terme de « remèdes de bonne femme ». Cette expression est ambiguë : employée par des hommes, des médecins, elle se veut un peu méprisante et ironique. Elle n'est pourtant pas dépourvue d'une certaine réalité sociologique et symbolique. Ce terme place en effet ce qui relève de la médecine domestique au sein de la vie quotidienne : soigner les enfants, le jardin, la basse-cour, les petits maux de tous les jours, tout cela relève de la même activité féminine. Ce n'est que lorsque les choses s'aggravent que le spécialiste est appelé, spécialiste très souvent masculin, que ce soit le guérisseur, le sorcier ou le médecin.

Ce sont les dimensions principales de cette médecine familiale qui seront passées en revue dans cette note. Volontairement, nous choisirons des exemples qui se situent à l'opposé de ce que l'on appelle couramment médecine, et que l'on qualifie généralement plutôt de « non-pratiques » ou de superstitions dépourvues de sens. Nous essayerons de montrer que l'activité médicale domestique possède sa propre cohérence qu'il convient de rechercher au delà d'un savoir médical spécialisé, sans faire un tri entre ce qui semble rationnel et ce qui ne le semble pas. Un des rôles de l'anthropologue est en effet de donner au soignant des outils pour comprendre cette cohérence, préalable indispensable avant de changer certaines pratiques.

Les matériaux sur lesquels cette présentation s'appuie sont de trois ordres :

- en premier lieu, des recherches effectuées depuis une vingtaine d'années tant sur le terrain qu'à travers les données collectées au XIX^e siècle par les folkloristes dans la France entière ;
- en second lieu, une base de données sur les recettes françaises de médecine populaire en cours d'élaboration ; et
- en troisième lieu, l'expérience d'une dizaine d'années de sensibilisation à l'anthropologie, en formation continue, auprès de professionnels de la santé et surtout d'infirmières (Loux 1983).

La médecine familiale comme médecine préventive

Quand on analyse les divers domaines dans lesquels s'exerçait et s'exerce encore largement la médecine familiale en France, on s'aperçoit de la place

importante occupée par la *prévention*. Ce point peut étonner car il entre en contradiction avec un énoncé officiel généralement admis selon lequel la prévention serait une notion très moderne et très difficile à faire admettre par le public. Mais un des premiers enseignements de l'anthropologie est sans doute de montrer qu'il existe plusieurs types de savoirs : même dans le cas où le savoir médical serait, objectivement et scientifiquement, celui qui se justifie le plus, il n'est pas le seul savoir ; de plus, les justifications rationnelles ne sont pas les seules valables. Dans la mesure où prévenir consiste à adopter des pratiques qui empêchent l'apparition, le développement ou les rechutes de la maladie, il est évident qu'il existe de nombreuses pratiques populaires de prévention, même si elles sont différentes des nôtres. Les proverbes en sont un bon exemple. Ils contiennent nombre de conseils préventifs tant sur les conduites à tenir lors des différentes saisons que sur les façons de s'alimenter ou de se vêtir (Loux et Richard 1978).

Équilibre et modération

Les proverbes insistent le plus sur la notion d'équilibre du corps, que ce soit dans ses rapports avec la nature, entre ses diverses humeurs ou encore dans la modération de toutes ses activités. Au centre de la prévention de la maladie, est l'idée de se comporter de façon modérée afin d'éviter la mort prématurée : « Pour vivre longtemps il faut être vieux de bonne heure », dit un proverbe difficile à comprendre si on ne le replace pas à l'intérieur de cette éthique concrète. Donc les différents éléments du mode de vie, et notamment les rapports du corps avec la succession des saisons, sont essentiels dans cet équilibre. Être malade est à la fois le signe et la conséquence d'une rupture. La prévention englobe ainsi tous les actes de la vie quotidienne.

La saleté des enfants comme pratique préventive

Si la notion d'équilibre et de modération n'est pas entièrement étrangère aux conceptions actuelles de la prévention, il n'en est pas de même pour d'autres pratiques qui, à première vue, semblent des « non-pratiques », dévoilant la négligence plutôt qu'une attitude préventive. C'est, par exemple, le cas de la saleté des nourrissons, leitmotiv des médecins pénétrant dans les intérieurs ruraux français à la fin du XIX^e siècle. Ils s'en indignaient et accusaient les mères de négligence et même d'indifférence. Or les proverbes montrent, pour la même époque, un réel souci du jeune enfant avec, par exemple, de nombreux conseils de conduites à tenir suivant les saisons. Il convient donc d'aller un peu plus loin et de chercher s'il y a des raisons à cette saleté. On les trouve en premier lieu dans les conditions matérielles de vie de cette société rurale : eau nécessitant de nombreux transbordements, intérieurs soumis aux courants d'air, dans lesquels l'enfant risquait de prendre froid. Or on pensait que pour les personnes faibles, les vieillards, les malades, les jeunes enfants, la chaleur était tout à fait vitale. Le risque de voir les nourrissons prendre froid apparaissait donc plus grand que celui de la saleté. Mais cette saleté était sélective : la partie du corps que l'on craignait le plus de laver était la tête. Elle devait être protégée en raison du cerveau qu'elle

abrite, siège, pensait-on, de l'intelligence. Pour que les nouveau-nés parviennent à l'état d'adultes autonomes, on devait protéger le développement de leur cerveau. La fontanelle, particulièrement, était un sujet de préoccupations. On avait peur qu'elle ne se perce par un lavage trop brutal. De plus, on la disait poreuse et on imaginait que par elle pouvaient pénétrer dans le cerveau de l'enfant des courants d'air, causant des « rhumes de cerveau », ou un ver qui, le rongant, provoquerait une méningite. Aussi on estimait nécessaire de protéger la fontanelle tant qu'elle n'était pas refermée. Pour ce faire, il y avait d'abord le petit bonnet que l'enfant gardait toujours sur sa tête : il y avait également la couche de crasse qui agissait comme une seconde peau.

Pour qu'il en soit ainsi, il fallait que les conceptions anciennes de la crasse, et plus généralement des déchets corporels, soient différentes des conceptions actuelles. On n'avait pas le même dégoût : l'urine, la salive étaient des ingrédients thérapeutiques assez souvent employés. En effet, ces déchets corporels étaient considérés comme faisant encore partie du corps et le représentant en quelque sorte. Dans les pratiques de sorcellerie, posséder un déchet corporel de quelqu'un rendait la pratique destructive de cette personne encore plus efficace. Dans la mesure où la crasse était un déchet corporel, s'emparer d'un linge sale, de l'eau dans laquelle on s'était lavé ou dans laquelle on avait baigné un enfant, donnaient pouvoir sur cette personne. Aussi, laver un enfant était un acte dangereux que l'on devait accomplir avec circonspection.

Enfin, faire disparaître la crasse préfigure la mort, disparition finale du corps. Faire la lessive dans des jours sacrés comme la semaine sainte pouvait entraîner une mort dans la maisonnée. Ainsi, laver un enfant, faire disparaître un peu de son corps dans la période d'extrême fragilité qui suit la naissance risquait, pensait-on, d'attirer la mort sur lui. Dans ces cas, on le voit, ne pas trop laver les nourrissons était une pratique préventive. Trop les laver entraînait en effet des risques de nature tout à la fois concrète et symbolique, ces deux aspects se renforçant l'un l'autre. « Ne pas trop laver » : cette précision du « trop » ajoute une nuance importante, dans laquelle intervient là aussi, pour le soignant, la dimension anthropologique. De l'extérieur, les enfants paraissaient sales, uniformément sales. Mais à l'intérieur même de la culture on distinguait très bien les enfants très sales, intensément sales, qui n'étaient jamais lavés et dont on accusait les parents de négligence, des enfants qui étaient lavés rarement et dont les parents, dans ce cas, étaient préventifs.

Pour les poux, les croûtes de lait, le raisonnement est de même nature. Ce qui est craint ici, c'est l'engorgement d'humeurs provoquées par l'alimentation lactée de l'enfant qui, ne trouvant pas d'exutoire, infecteraient le cerveau. Aussi les parents épouillaient-ils régulièrement les enfants, mais laissaient toujours sur leur tête quelques parasites : on pensait que ceux-ci pompaient le sang et le libéraient de ses impuretés. Quant aux croûtes de lait, elles apparaissaient comme des abcès de fixation, attirant en dehors les mauvaises humeurs de la tête.

Ne pas se peser et travailler jusqu'au bout

Des pratiques qui peuvent être considérées à première vue comme de la négligence ou même être néfastes pour la santé font partie de la médecine

domestique si leur intention est préventive. Nous pourrions apporter beaucoup d'autres exemples d'incompréhension entre médecins et malades, toujours sur le thème de la prévention, comme celui que nous avons rencontré, lors d'une enquête dans la France rurale de l'Ouest, à propos de la grossesse. Les médecins des quatre cantons ruraux étudiés se plaignaient, de façon quasi unanime, de ce que leurs patientes ne suivaient pas leurs conseils : ne pas trop grossir, se peser, se reposer. Ils disaient donc avoir abandonné la lutte et s'être résignés à ce que les femmes rurales ne soient pas préventives.

Quand on parlait avec ces femmes et que l'on passait en revue les diverses précautions qu'elles avaient prises lors de leur grossesse, l'impression était différente. Elles avaient eu le souci de suivre certaines des prescriptions traditionnelles auxquelles elles croyaient encore : faire attention aux « envies », éviter les peurs, les spectacles effrayants, la vue du sang, ne pas se faire arracher de dents, ne pas porter autour du cou des colliers serrés... Elles avaient pris beaucoup de précautions sans toutefois le dire au médecin, qui « n'y croyait pas », et dont elles n'avaient pas suivi les conseils parce qu'ils leur paraissaient tout à fait étranges et même contraires à leurs croyances. Le conseil du médecin de surveiller son poids et de ne pas trop grossir semblait plutôt d'ordre esthétique que préventif. Le médecin est un homme de la ville, disaient-elles, il a des goûts en matière de beauté féminine qui ne sont pas les nôtres. Au contraire, on pensait qu'il était nécessaire qu'une femme enceinte se nourrisse bien et de façon abondante puisqu'elle « mangeait pour deux ». Une mère plantureuse portait donc un enfant « fort ». Il ne fallait pas qu'il le soit trop pour que l'accouchement se passe bien, mais il valait mieux que la femme « grosse » soit bien en chairs, ce qui ferait d'ailleurs d'elle plus tard une bonne nourrice. De plus, les grands-mères disaient autrefois que se peser était dangereux pour une femme enceinte et un nourrisson avant le sevrage, car cela risquait d'« arrêter le poids de l'enfant ». Les jeunes femmes interrogées en Normandie ne partageaient pas cette croyance, mais... La pratique de la pesée était toujours entourée d'une connotation négative, et comme le médecin n'avait pas essayé de pénétrer à l'intérieur du raisonnement populaire pour renverser cette balance, ses conseils n'étaient pas suivis.

Pour le repos, c'est un peu la même chose. Dans une société rurale où l'on ne s'allonge que pour récupérer ses forces, la nuit, ou quand on est malade, on ne connaît pas le repos en dehors de ces périodes. Or la grossesse n'était pas considérée comme une maladie. Bien au contraire, dans les jours précédant l'accouchement on estimait nécessaire un certain exercice physique afin de préparer la venue de l'enfant. En effet, ce qui hantait encore les mémoires n'était pas la menace d'un accouchement prématuré, mais plutôt les accouchements très longs et se terminant très mal, pour la mère comme pour l'enfant. Marcher, travailler de son corps était un moyen de rendre celui-ci prêt à l'exercice physique intense qu'est l'accouchement. Ce qui confirmait cette croyance était d'ailleurs les cours de préparation à l'accouchement sans douleur, non encore répandus en milieu rural et que ces femmes considéraient comme une « gymnastique » bien adaptée aux femmes des villes qui ne bougent pas assez. Que signifiaient donc des conseils préventifs de type moderne dans un tel contexte de croyances ? Des bizarreries, et même des dangers. Ne pas les suivre était une attitude préventive.

Ainsi, même si cela peut paraître paradoxal, répétons que la médecine domestique rurale française comporte une grande partie de prévention. Ce point n'est généralement pas admis comme tel par les praticiens de la médecine parce qu'il s'agit d'une prévention très différente de ce qu'ils ont, eux, l'habitude d'appeler prévention, et parce que leurs conseils préventifs, les seuls qui, à leur yeux, aient droit à cette appellation, ne sont généralement pas suivis. Cependant, dans cette affirmation que la médecine domestique traditionnelle est préventive, nous ne voulons pas prôner le non-interventionnisme. Nous voulons simplement insister sur un préalable nécessaire : reconnaître qu'il existe un autre discours. Même si, de toutes façons, une pratique comme l'absence de repos des femmes enceintes doit être changée, déplorer une absence de prévention n'est pas la même chose que considérer qu'il existe une prévention de nature différente. La première attitude conduit à l'absence de dialogue. C'est ce qui se produit le plus souvent pour la médecine domestique dans ses rapports avec la médecine officielle.

La médecine familiale comme plaque tournante des recours thérapeutiques

Le recours au guérisseur

Le recours au guérisseur est un exemple particulièrement net de cette absence de dialogue entre médecine domestique et médecine officielle. De l'extérieur, les modes de recours à la médecine parallèle sont parfaitement incohérents. Les médecins, en particulier, sont généralement peu informés sur ce type de pratique et préfèrent penser que ce ne sont pas leurs clients qui y ont recours. Dans une autre enquête, faite également dans l'ouest de la France, nous avons au contraire pu constater une grande cohérence. Pour les maux ordinaires : coupures, maux de gorge sans gravité, douleurs diverses, petites maladies ne causant pas de souffrance intolérable ou fièvre ne dépassant pas 38°, c'est à la médecine familiale que l'on a recours : aux plantes et aussi, de plus en plus, à l'automédication. Mais dès que la maladie semble plus grave ou s'installe de façon chronique, on estime que son traitement sort du domaine de la famille et on s'adresse à un spécialiste, médecin ou guérisseur. Autrefois on allait trouver le guérisseur en premier et ce n'est que quand le cas semblait désespéré qu'on allait chercher le médecin. De nos jours, les choses se sont inversées, c'est d'abord au médecin que l'on fait appel en lui donnant une fonction première de confirmation du diagnostic familial. Ainsi quand un enfant avait ce que l'on appelle le « carreau » (un ventre gonflé et dur, très douloureux), les mères, même si leur expérience ou celle de leur grand-mère leur avait fait énoncer ce diagnostic, emmenaient l'enfant chez le médecin pour être sûres qu'elles ne s'étaient pas trompées et qu'il ne s'agissait pas de l'appendicite. Si le médecin en donnait une confirmation implicite en disant : « ce n'est pas grave » et en prescrivant des calmants, alors, sans toutefois le lui dire, la mère en concluait qu'il avouait ainsi son impuissance et que le mal était du ressort du guérisseur. On emmenait alors l'enfant chez ce dernier qui prescrivait des emplâtres sur le ventre et une neuvaine et récitait une prière. Quand l'enfant ne souffrait plus, la mère retournait chez le

médecin pour être sûre qu'il était bien guéri, mais ne faisait jamais allusion à sa visite au guérisseur.

Si elle n'en parlait pas, c'est d'abord pour ne pas s'attirer l'ironie ou la colère de son médecin. Mais c'est aussi avec la conviction que cela ne le regardait pas, que ce n'était pas de son domaine. Le pouvoir de décision du mode de recours thérapeutique revient, dans ce système, à la famille. Elle prodigue les premiers soins ; elle décide à quel type de spécialiste s'adresser. C'est en effet à travers ce rôle de « plaque tournante » que la médecine familiale prend sa cohérence. Bien entendu les thérapeutes en sont conscients et essayent souvent de réduire ce pouvoir et cette autonomie de la médecine domestique. C'est par exemple tout à fait net dans les conseils des manuels de puériculture où la grand-mère est explicitement mise à l'écart. Pourtant, s'il n'y avait pas là une lutte entre savoirs et pouvoirs, les intermédiaires entre plusieurs types de savoirs que sont les infirmières pourraient intervenir de façon très fructueuse. Le problème, en effet, est que si la médecine familiale a encore largement gardé son autonomie et sa cohérence quant au choix du type de recours, elle a moins qu'autrefois le contrôle sur la qualité de ce recours. Le jeu de l'interconnaissance est moins à l'œuvre pour les guérisseurs qui résident souvent en ville ou dans les lieux lointains, les remèdes sont moins souvent des produits éprouvés dans la vie quotidienne, et plus souvent des médicaments pharmaceutiques dont les indications et contre-indications sont moins bien contrôlées.

Les ingrédients de la vie quotidienne : l'empirique et le symbolique

Une des caractéristiques de cette médecine domestique est qu'elle utilise des ingrédients de la vie quotidienne : produits de la cuisine, plantes et animaux du jardin. Ils sont à la fois éprouvés pour leurs qualités empiriques et, de plus, utilisés dans un contexte différent de leur contexte usuel, ils sont revêtus d'une signification symbolique. Ainsi quand, lors de la cérémonie du sevrage, on badigeonne le sein de la mère de produits désagréables au goût pour en détourner l'enfant, le pouvoir de ces produits ne réside pas uniquement dans ce caractère désagréable, mais dans le fait qu'ils sont épicés, donc à connotation masculine. Par ailleurs le morceau de pain que tend le père à l'enfant pour l'aider à se détourner du sein n'est pas là non plus par hasard, c'est le symbole même du travail masculin : « pain d'homme et lait de femme font venir les enfants forts », dit le proverbe. Cette association entre empirique et symbolique constitue une des constantes de la médecine domestique et est largement une des explications de son efficacité.

Dans le corpus de recettes de médecine populaire française en voie de constitution, on remarque ainsi l'utilisation de nombreux produits de l'entourage immédiat, comme les œufs. De nombreuses recettes y font appel, à cause de leurs propriétés empiriques, comme en cuisine, mais aussi à cause de leurs propriétés symboliques (leur couleur blanche et jaune, leur relation avec la fécondité). Quand on compare ces recettes avec celles de la médecine savante de la même époque, on est frappé par un certain nombre de différences. On a en effet coutume de dire que la médecine populaire n'est qu'un reflet désuet de la médecine savante

de l'époque. Les choses sont plus complexes : en fait la médecine domestique est composée d'ingrédients d'origines diverses dont le point commun est d'avoir été éprouvés à la fois concrètement et symboliquement et de pouvoir entrer dans un ensemble cohérent. Ainsi les microbes ont pris la place des vers dans la conception de la parasitologie populaire. Dans cette médecine domestique, tant la transmission orale que la transmission écrite ont une place importante. Dans cette transmission écrite, les almanachs autrefois, la « grande presse » maintenant, jouent un rôle d'intermédiaires. Toutefois, ainsi que nous l'avons constaté, les recettes diffusées dans les almanachs ne sont pas adoptées telles quelles. Il y a toujours une part de créativité dans la médecine populaire, que ce soit dans la simplification des ingrédients de ces recettes (utilisation de produits plus disponibles ou plus proches) ou dans l'introduction de la dimension symbolique.

En effet, dans les recherches sur les recettes de médecine populaire, surtout quand elles sont menées par des herboristes ou des pharmaciens, on a souvent tendance à faire un tri, à ne considérer que les propriétés pharmacologiques des produits utilisés, et à tenir comme des fioritures, des quantités négligeables, les aspects symboliques. Une telle perspective passe sous silence ce qui fait une grande partie de l'efficacité de la recette, et là également l'approche de type anthropologique peut beaucoup apporter aux cliniciens. En effet l'acte de guérison se situe dans un rituel au sein duquel les gestes accompagnant la thérapie ont une grande importance. Tant par ce rituel que par la signification symbolique des caractéristiques du produit, la thérapie contribue à donner un sens à la maladie, à réinsérer le malade dans une harmonie avec le monde naturel et social dont la maladie l'a exclu (Augé et Herzlich 1983). Telle est la signification de la notion populaire de « signatures », théorisée par Paracelse, mais à la base de nombreuses pratiques de médecine populaire. Chaque partie du corps de l'homme, chaque humeur a son correspondant dans la nature et les caractéristiques extérieures : forme, couleur, nom des plantes, des animaux, des minéraux sont autant d'indices de leur influence bonne ou mauvaise sur le corps humain. Ainsi la couleur rouge du vin l'apparente au sang, le suc jaune de la chélidoine, la couleur jaune de l'œuf les associent à la bile et à l'urine. Quand on analyse les recettes de médecine populaire, on part à la recherche de ces correspondances accumulées par l'expérience humaine. Mais tout ce qui est jaune ou rouge n'est pas également bon pour l'urine ou le sang. Il y a une association relativement complexe entre symptômes du corps, caractéristiques symboliques et caractéristiques concrètes pour qu'un produit soit adapté comme thérapeutique. Par exemple, on observe une relation entre la forme dentelée de la feuille d'une plante et son emploi comme thérapeutique pour les dents. Cependant toutes les plantes dentelées ne sont pas employées comme thérapeutique, mais probablement seulement celles qui avaient un effet soulageant quand on les mordillait, ou encore celles qui avaient été rencontrées dans un almanach, préconisées par une dame charitable soignant les pauvres malades, ou encore par un médecin ou un arracheur de dents et dont les caractéristiques, pouvant être interprétées symboliquement, correspondaient au système culturel. Cette médecine domestique présente ainsi une grande adaptabilité, elle n'est pas figée théoriquement, mais pour que cette adaptabilité se réalise, il faut que chaque nouvel élément puisse prendre sa place dans le système culturel.

L'automédication

C'est dans le cadre de cette adaptabilité qu'il faut comprendre l'*automédication*, souvent considérée de l'extérieur comme incohérente. Dans de nombreux cas en effet, l'automédication fait partie de l'arsenal de la médecine domestique et a remplacé nombre de produits naturels. Par exemple, contre les vers des enfants on emploie plus souvent un vermifuge acheté en pharmacie que le traditionnel collier d'ail ou la goutte d'alcool. En effet les remèdes pharmaceutiques ont pu faire preuve de leur efficacité. Cependant, dans la plupart des cas, ce diagnostic et cette thérapeutique demeurent un domaine réservé de la médecine familiale, on n'en parle pas au médecin qui « ne croit pas aux vers ».

C'est également en ces termes que l'on peut expliquer un recours à l'homéopathie considéré comme incohérent par les théoriciens de cette discipline. L'homéopathie s'insère en effet bien dans un savoir sur le corps où le terrain, la constitution ont une grande importance, elle joue, comme les plantes, sur de faibles doses, semble moins agressive pour les petits maux et l'idée de contraire figure également dans la médecine populaire. Aussi tend-elle à faire partie de la médecine domestique au même titre que d'autres produits et sans nécessairement qu'un spécialiste soit consulté pour des maux bénins. Pour les « restes » de médicaments ordonnés par le médecin, c'est également l'expérience et l'intégration dans le système culturel de tel médicament plutôt que tel autre qui joue. Mais dans ce cas, comme nous le soulignons plus haut, le problème est que l'expérience des contre-indications ne constitue pas un savoir comme celui des effets néfastes de telle ou telle plante. C'est dans ce cas que des intermédiaires respectant le rôle de plaque tournante de la médecine familiale seraient très utiles.

Éducation sanitaire et anthropologie

Comment peut se faire une telle intervention ? Nous avons en effet essayé de montrer l'importance de cette médecine familiale, plaque tournante vers les différents types de soins, mais aussi sa grande différence par rapport à la médecine officielle. C'est un savoir différent et non une ignorance ; « éduquer » les gens ne consiste donc pas à remplacer de l'ignorance par du savoir, mais à changer leur savoir, et comme ce savoir est global, lié à un mode de vie, à une conception particulière des relations du corps et de la maladie au monde et aux autres, dans laquelle entre une dimension symbolique, ce changement n'est pas une chose simple ni nécessairement souhaitable. Nous avons également montré la grande adaptabilité de cette médecine, qui peut recevoir des éléments ne mettant pas en cause cette cohérence. De plus, comme cette médecine est liée à des conceptions du monde et de la vie quotidienne, elle est nécessairement liée à leurs évolutions. Ainsi les vers et l'apparition des dents, autrefois sources de craintes car considérés comme causes importantes de mortalité infantile, n'effrayent maintenant presque plus et font partie des maux bénins pour lesquels on s'adresse à la médecine domestique. De même les déchets corporels, loin de représenter le corps, sont aujourd'hui objets de répugnance et la saleté ne peut plus être une pratique de prévention. On peut donc changer ces pratiques. Cependant ce changement ne peut se faire pleinement que si la médecine familiale conserve son

rôle de plaque tournante, que si une partie de la petite médecine clinique échappe à l'influence directe du médecin. D'où le rôle important des intermédiaires que sont les infirmières, les sages-femmes, les puéricultrices (Collière 1982).

On pense souvent que laisser à la médecine domestique une part d'autonomie peut comporter un danger et faire que les patients aient de moins en moins recours à la médecine officielle. Nous avons au contraire remarqué, dans la recherche sur l'ouest de la France déjà mentionnée, que plus les familles ont une attitude préventive pour leurs enfants, plus leurs recours sont différents, comprenant le guérisseur pour des cas qu'elles n'estiment pas du ressort du médecin. Dans ce cas, l'appel au guérisseur peut avoir son type d'efficacité, différente de celle du médecin pour des maladies qui ne sont pas du ressort de la médecine domestique, mais que la médecine officielle ne parvient que difficilement à soigner (douleurs diverses, maladies de peau...).

Mais cette médecine domestique, redisons-le encore une fois, ne peut pleinement exister sans possibilité de dialogue, d'intermédiaires qui l'aident à se transformer. En cela, redisons-le aussi, le rôle des infirmières est essentiel. Il ne peut jouer sans qu'elles aient acquis une certaine dimension, un certain flair anthropologique (Guyon 1987). En effet, la médecine domestique est par essence globale, elle intègre à la fois les conditions de vie et les conceptions sur la vie. La comprendre implique donc de pouvoir analyser ce qui est important, signifiant dans ces conditions de vie. Il faut également pouvoir faire abstraction de ses propres savoirs et de leur cohérence pour se laisser imprégner par d'autres savoirs, d'autres pratiques et comprendre leur cohérence particulière. Là est le préalable pour pouvoir changer un trait culturel, préconiser d'autres façons de prévenir ou de se soigner : avoir compris la place que tiennent, dans la vie de ces personnes, les façons que l'on veut changer. Avoir compris aussi que l'on ne bâtit pas sur une terre vierge, mais qu'il s'agit de dialogues, de négociations entre des savoirs différents. Dans certains cas, d'ailleurs, on s'apercevra qu'il n'est pas si important que cela de changer un trait culturel, que si ce trait culturel tient une place fondamentale dans la société, il vaut mieux ne pas tenter de le changer, ce qui risquerait d'introduire des perturbations encore plus fortes.

Il est donc nécessaire que le soignant acquière une démarche anthropologique. Celle-ci devra bien sûr s'accompagner de connaissances sur les différentes cultures qu'il rencontrera dans son exercice professionnel. Mais il ne faudrait pas que ces connaissances soient à la fois une protection et un voile qui masque sa propre observation. En effet, les médecines domestiques étant très adaptables, on ne peut en décrire une de façon abstraite : une situation de changement, d'émigration peut introduire des changements à l'intérieur même de cette médecine domestique. Acquérir un état d'esprit anthropologique est donc avant tout apprendre à observer, à repérer les éléments significatifs, les éléments rituels et symboliques. Pour que cela ne reste pas une façon de faire extérieure et difficilement intégrable dans une pratique, il est indispensable que le soignant réfléchisse sur sa propre culture, sur sa propre médecine domestique ou celle de ses parents. En effet, très souvent et surtout dans les professions qui concernent le corps, on observe une dichotomie entre les savoirs acquis professionnellement ou au cours des études et ses propres pratiques domestiques, souvent également

constituées de savoirs hérités depuis l'enfance. C'est lorsque l'on n'est pas conscient de cette dichotomie que peuvent se produire les réactions de rejet les plus fortes par rapport à des cultures, des pratiques autres, que l'on parvient d'autant moins à comprendre que l'on n'est pas parvenu à comprendre sa propre culture. De plus cette prise de conscience amènera à mieux percevoir combien le discours médical officiel est lui-même empreint de symbolisme et sujet à des variations culturelles. Le dialogue avec les familles sur la propreté serait ainsi plus facile si le soignant comprenait qu'avant d'être un principe d'hygiène il s'agit d'une norme culturelle. Pour cette raison, la réflexion sur la médecine domestique de la France traditionnelle me semble, pour des infirmières de culture française, la meilleure façon d'aborder l'anthropologie.

Une dernière chose apparaît cependant importante : qu'il n'y ait pas de confusion des rôles. Le chercheur anthropologue analyse la cohérence d'une culture, il analyse également les effets du changement, mais il peut difficilement concilier l'action et l'observation, pour laquelle un certain recul est nécessaire. Aussi, même dans des cas où l'évidence même est d'agir, ce n'est pas au chercheur de le faire ou, s'il le fait, il change de rôle et n'est plus chercheur. Par contre les professionnels de la santé sont, bien entendu, engagés dans l'action et le regard anthropologique doit les aider à cette action. Ils ne doivent pas se transformer en chercheurs observateurs, mais apprendre, grâce à l'anthropologie, les préalables d'un dialogue qui permettra à leur action d'être plus efficace.

Références

AUGÉ M. et C. Herzlich

1983 *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris : Éditions des archives contemporaines.

COLLIÈRE M.-F.

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

GUYON M.

1987 « Soigner, une démarche de type anthropologique », *Antropologia medica*, 3 : 55-62.

LOUX F.

1983 *Traditions et soins d'aujourd'hui.* Paris : InterÉditions.

LOUX F. et P. Richard

1978 *Sagesses du corps. Santé et maladie dans les proverbes régionaux français.* Paris : Maisonneuve et Larose.

Françoise Loux
Centre d'ethnologie française
CNRS
6, route du Mahatma-Gandhi
75116 Paris
France