

## **Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique**

Francine Saillant

Volume 23, Number 2, 1999

Soins, corps, altérité

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/015598ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/015598ar>

[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. (1999). Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), 15–39. <https://doi.org/10.7202/015598ar>

Article abstract

ABSTRACT

Women, Domestic Care, and Therapeutic Space

Domestic care are an essential part of the ethnomedical Systems and women, in most societies and probably ail of them, develop, use, and transmit thoses practices and the associated knowledge. During the years 1930-1960 in the Quebec francophone society, domestic care were the main therapeutic resource, among ail other possible practices, including the medical and the religious spheres. This article deals with the sphere of domestic care during this period as the key feature of the therapeutic arena, and basis of the therapeutic management. Gender and household should be introduced and articulated as key concepts to reformulate the concept of therapeutic management On the theoretical level, the hypothesis puts emphasis on the systematic articulation of the public and private spheres to analyse the whole therapeutic arena in various ethnomedical Systems.

Key words : Saillant, care, ethnomedicine, domestic life, anthropological medicine, Quebec

# FEMMES, SOINS DOMESTIQUES ET ESPACE THÉRAPEUTIQUE



Francine Saillant

---

L'étude de l'espace thérapeutique sous-tend la question plus large de la responsabilité humaine face à la souffrance, à la maladie et à la mort. Par espace thérapeutique, nous entendons l'ensemble des groupes, ressources, pratiques, savoirs, représentations, et symboles dont dispose toute société pour faire face au problème de l'entretien de la vie et de son maintien dans un but implicite ou explicite de bien-être ou de santé. À quels groupes et catégories d'individus cette responsabilité incombe-t-elle et dans quelles circonstances ? Pour répondre à cette question, les anthropologues se sont fréquemment penchés sur trois domaines : les systèmes de médecine et les praticiens spécialistes (guérisseurs, chamanes, médecins) ; le recours des groupes domestiques aux spécialistes dans le contexte d'itinéraires thérapeutiques ; les dynamiques sociales et culturelles reliant les groupes domestiques aux divers spécialistes locaux ou cosmopolites dans un contexte de pluralisme et de métissage. Mais les anthropologues ont le plus souvent négligé la question du genre.

Dans la majorité des recherches, les pratiques profanes de soins sont abordées comme si le partage des responsabilités face à la mort et à la vie était équivalent pour tous les membres de la maisonnée. En fait, peu d'anthropologues ont considéré la part des femmes et des hommes dans l'itinéraire et dans l'espace thérapeutiques autrement que par des constats et des généralités<sup>1</sup>. Même les anthropologues féministes associées au domaine de la santé ont fait peu de cas de cette question.

Cela dit, aborder l'espace thérapeutique soulève plusieurs difficultés. Tout d'abord, il comprend aussi bien l'apport des spécialistes que de non-spécialistes ou de profanes. Il diffère en ce sens du système médical (réservé à la pratique

---

1. La situation est différente chez les historiens et les sociologues, plus nombreux à réfléchir sur cette question. Par ailleurs, la majorité des manuels américains et français ne font à peu près pas état de la question du genre dans l'espace thérapeutique (par exemple, Johnson et Sargent 1990 ; Lindenbaum et Lock 1993 ; Laplantine 1986 ; Benoist 1996, ainsi que les ouvrages de réflexion théorique des dernières années comme Good 1996 ou Kleinman 1995). Les ouvrages d'anthropologie de la santé qui tiennent compte du genre traitent surtout de la reproduction (Lock 1993 ; Martin 1992 ; Sargent 1996), malgré quelques exceptions (voir Desclaux 1996 ; Tremblay 1995). Curieusement, la littérature publiée sur le thème femme et développement international ne comprend pas d'études majeures sur cette question. On peut toutefois citer l'apport d'ouvrages comme ceux de McClain (1989) et Sheper-Hugues (1992) qui mettent en évidence certains aspects du travail de soins accompli par les femmes, notamment l'introduction de McClain (*ibid.*).

d'une médecine donnée) et du système de santé (qui inclut l'ensemble des pratiques spécialisées associées aux pratiques médicales plurielles). Pour les profanes, membres des groupes domestiques<sup>2</sup>, le recours à des soins non spécialisés est chose normale : il est habituellement le premier recours. Cette question a une portée considérable lorsqu'on reconnaît le postulat selon lequel dans toutes les sociétés, le recours premier des individus en situation de maladie commence dans les groupes domestiques, les femmes jouant dans ce contexte un rôle pivot<sup>3</sup>. L'espace thérapeutique n'est pas uniquement un lieu de conflits et de négociations entre des systèmes de médecine, ou encore un lieu de consommation de services. S'y tiennent aussi des rapports sociaux entre des groupes et en leur sein, rapports impliquant des responsabilités différentes, voire inégales, face à la vie et à la mort. Ainsi, maintes activités d'entretien de la vie au quotidien furent et sont toujours sous la responsabilité des femmes, dans la continuité de leurs rôles associés à la sphère reproductive<sup>4</sup> au sens large. Les femmes paraissent occuper une position de relais entre les univers domestique et extra-domestique (Graham 1985 ; McClain 1989). Présentes lorsque la maladie se manifeste au sein du groupe domestique, c'est un peu à elles que sont formulées les premières « demandes » de mieux-être, sinon de guérison, quand s'amorce la maladie. En cas d'impossibilité ou d'échec, ces demandes sont déplacées et reformulées ailleurs dans l'espace thérapeutique, dans la famille étendue, chez les voisins, chez les divers « spécialistes » (guérisseurs, médecins, prêtres). Par ailleurs, l'espace thérapeutique existe en fonction de politiques sociales, d'orientations sociosanitaires décidées par l'État, d'organisations et d'institutions que ce dernier privilégie, de schémas culturels et de traditions, de rapports sociaux. En même temps, il s'incarne dans la

- 
2. Le groupe domestique renvoie au concept de Ségalen (1996), c'est-à-dire l'unité de résidence/consommation. Il équivaut à *household* et maisonnée. Au Québec, les groupes domestiques étaient composés, avant les années 1960 et à la campagne surtout, de la famille élargie (père, mère, enfants, grands-parents et parfois collatéraux), mais déjà s'imposait la famille nucléaire. Nous utiliserons indifféremment les termes maisonnée et groupe domestique pour désigner le lieu des soins.
  3. Les analyses historiques sur les chasses aux sorcières aux XV<sup>e</sup>-XVII<sup>e</sup> siècles montrent que les paysannes âgées, détentrices de savoirs sur les soins et la médecine, en étaient les principales victimes (Muchembled 1979). Dans les sociétés contemporaines, de nombreux écrits sur les femmes et le développement (Dagenais et Piché 1994 ; Labrecque 1994) mettent l'accent sur l'apport des femmes aux besoins essentiels (eau, nutrition), mais négligent d'insérer le travail de soins à ces activités. L'apport des femmes aux soins domestiques se révèle cependant dans le contexte du vieillissement des populations en Occident : les soins à domicile aux personnes âgées sont l'objet d'une attention particulière (Guberman, Maillé et Maheux 1991 ; Leseman et Martin 1993). La production familiale de la santé (Bungener 1987 ; Waissman 1991) et les soins aux enfants (Cresson 1991) ont aussi été étudiés. En anthropologie, on doit la meilleure contribution à McClain (1989) et en sociologie à Graham (1985).
  4. Nous utilisons le concept de reproduction dans le prolongement des réflexions féministes sur la question. Ce concept prend différents sens (Narotzky 1997) : reproduction sociale, reproduction de la force de travail, reproduction biologique. Nous retenons ici son usage empirique et descriptif des tâches associées à la reproduction biologique au sens large : tout travail effectué principalement par les femmes dans les groupes domestiques et visant l'entretien et le maintien de la vie, de la conception à la mort.

maisonnée, où se vivent et se croisent ces logiques et la plupart des expériences de maladie.

Le concept d'itinéraire thérapeutique (Janzen 1995) décrit concrètement la construction des choix thérapeutiques à partir des différents parcours que suivent les malades et leurs familles. Nous ne comptons pas percevoir les choix comme le recours à un ensemble de ressources possibles plus ou moins formalisées (mais tendant toutefois à l'être) dans un espace culturel donné qui articulerait le « bio-médical » ou le « cosmopolite » et les « autres médecines » (entendre ici tous les spécialistes). Nous proposons que l'univers domestique soit conçu comme le lieu premier de l'itinéraire qui façonne les orientations subséquentes. Les femmes soignent au quotidien, certes, les réseaux féminins au sein des groupes domestiques également, mais elles accompagnent aussi les malades dans leur parcours, les enfants par exemple. Elles jouent de ce fait un rôle dans les choix et négociations, soit parce que les moyens dont elles disposent ont été épuisés, soit parce qu'elles jugent qu'il serait meilleur ou plus adéquat de consulter d'autres personnes qu'elles-mêmes. Elles sont donc susceptibles de servir de médiatrices entre les divers points de l'espace thérapeutique, que l'on pourrait concevoir comme un système de relai entre le domestique et l'extra-domestique. Nous posons ainsi comme hypothèse que si la responsabilité des soins au quotidien paraît « naturellement féminine », elle modèle de surcroît l'itinéraire thérapeutique et les divers mouvements des groupes domestiques au sein de l'espace thérapeutique. On peut supposer, par exemple, que plus l'État est minimal, plus les services publics sont limités, plus la responsabilité des groupes domestiques (et des femmes) est grande.

L'objectif plus large que nous poursuivons dans cet article est de mieux saisir, d'une part, l'univers domestique (pratiques, savoirs, itinéraires) comme catégorie essentielle pour l'étude de l'espace thérapeutique et, d'autre part, le domaine des soins mettant en scène le souci et la protection de l'autre dans la continuité de la vie quotidienne et au sein de l'itinéraire thérapeutique.

La première partie du texte présente la place des femmes dans les soins domestiques et leur rôle central dans le contexte des soins familiaux du Québec des années 1930-1960. Les femmes transmettent les soins, et les réseaux familiaux tiennent une place prépondérante. La deuxième partie propose une description des soins domestiques, de l'importance des remèdes dans cet univers et des transformations introduites par l'espace marchand. La troisième partie aborde les dimensions variées de l'itinéraire des femmes lorsque les soins domestiques sont insuffisants. Comme on le verra, c'est entre le soigneur, le docteur et Dieu que s'opèrent les choix, ce qui révèle comment cohabitent ou non les réalités domestiques et extra-domestiques dans l'espace thérapeutique, et comment se partagent les responsabilités de vie et de mort, déléguées parfois au monde de l'expertise ou du surnaturel. Pour finir, nous suggérons des pistes de recherche à propos des concepts d'itinéraire, d'*embodiment*, de localisme et de soins. Mais auparavant, voyons succinctement les questions de méthode.

## Questions de méthode

Nous avons collecté le matériel dans le cadre d'un projet sur le corps, la santé, la maladie et les soins au Québec, du début du siècle jusqu'aux années 1970<sup>5</sup>. Plus précisément, il concernait les pratiques et les savoirs des femmes et des familles québécoises francophones sur ces sujets. Nous voulions rendre compte d'aspects variés d'un ensemble ethnomédical plus ou moins connu<sup>6</sup> dans la perspective de l'anthropologie. Nous avons privilégié les méthodes ethnohistoriques puisque nous voulions étudier cet ensemble sur une longue durée, en rassemblant divers matériaux accessibles à partir du tournant du siècle. Nous voulions décrire et comprendre les façons de faire et de penser les soins dans un contexte encore peu médicalisé et tenir compte de la transformation des pratiques durant cette période. Sur le plan de l'analyse, les concepts de système médical (Johnson et Sargent 1990 ; Kleinman 1980), de pluralisme médical (Benoist 1996), de métissage (Laplantine et Nouss 1994), d'itinéraire thérapeutique (Chrisman 1977 ; Helman 1990 ; Janzen 1995) ont à l'origine inspiré notre démarche. Nous avons aussi accordé une importance grandissante au concept de genre (Brettel et Sargent 1993), compte tenu de la position centrale des femmes dans les soins domestiques, de même qu'au problème anthropologique posé par la *question des soins* comme pratiques *relationnelles* (Saillant 1991a, 1992a, 1996, à paraître). Dès lors, les soins apparaissent moins comme un champ de bataille corporatiste entre groupes professionnels (les rapports infirmières/médecins, par exemple), ou comme ensemble confondu au système de santé (« les soins de santé »). Ils deviennent un domaine carrefour où convergent l'entretien de la vie et sa protection, l'altérité et le lien social, les savoirs sur le corps, les rapports corps/émotions, hommes/femmes, pouvoir/savoir, naturel/surnaturel.

Les bases de données proviennent de diverses sources : archives, publications à grand tirage s'adressant aux femmes et aux familles<sup>7</sup>, mais aussi des

- 
5. Le programme Soins et rituels domestiques a été subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et le Fonds pour la formation des chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) (1994-1997 et antérieurement).
  6. Outre le travail de pionniers (Lacourcière 1976 ; Massicotte 1934), on s'est penché surtout sur les guérisseurs (Brunel 1979 ; Dubois 1989), les sages-femmes (Laforce 1985), la religion populaire (Simard 1979) et dans des régions spécifiques (l'est du Québec surtout). On n'a pas vraiment tenté de comprendre l'ethnomédecine québécoise comme ensemble, sa structure, ses changements, ses dynamismes. L'étude de la contribution des femmes et des familles est passée sous silence, à l'exception des travaux sur les sages-femmes.
  7. À partir des archives de folklore de l'Université Laval, nous avons constitué des corpus variés : a) recettes de médecine ; b) proverbes sur le corps ; c) pratiques reliées à divers aspects de l'ethnomédecine (corps et temps, bestiaire, pratiques d'agriculture, religion populaire) ; d) indexation des divers articles publiés par les ethnologues depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle sur l'ethnomédecine ; e) guérisseurs ; f) indexation des articles sur l'ethnomédecine au Québec. À partir des publications à grand tirage, nous avons constitué d'autres corpus : a) conseils sur la santé dans l'Almanach du Peuple (1870-1970) ; b) recettes de médecine dans l'Almanach du Peuple (1870-1970) ; c) publicités pharmaceutiques dans l'Almanach du Peuple (1870-1970) ; d) indexation et analyse des diverses publications de vulgarisation liées au corps et à la santé s'adressant aux familles (une cinquantaine).

entrevues<sup>8</sup> : nous avons rencontré des personnes âgées (plus de 70 ans), mariées avec enfants — y compris quelques hommes ; ces personnes provenaient de milieux ouvriers et paysans, et elles étaient originaires de diverses municipalités rurales et urbaines du Québec. Nous avons demandé aux individus de relater leurs expériences de soins lorsque la maladie se présentait, en particulier au cours de la période où leurs enfants étaient encore à la maison (1930-1960). Nous voulions savoir, par ces *récits de soins* (en référence aux récits de pratiques [Bertaux 1981]), ce qu'il en était des savoirs/pratiques liés à des expériences de maux et des soins prodigués au sein de la maisonnée : qui soignait à la maison, dans quelles circonstances un recours extérieur était nécessaire et ce qu'on faisait alors. Nous voulions aussi connaître les rapports entre les univers domestique et extra-domestique dans le contexte de l'itinéraire thérapeutique.

Initialement, nous n'avons pas délimité strictement l'univers des soins domestiques, abordant ceux-ci comme un ensemble ouvert à divers changements et influences : nous avons inclus à l'univers des soins domestiques toute tentative d'agir sur les symptômes, malaises et maladies d'un membre de la famille élargie. Il pouvait s'agir de tout geste effectué avant le recours à l'aide extérieure ou en interaction avec celle-ci, spécialisée au non, lors d'un itinéraire thérapeutique. Bien sûr, nous ne rendons pas compte dans cet article de la totalité des résultats de cette recherche ; nous présentons en particulier l'analyse conduite sur une quarantaine d'entrevues (Québec et Lotbinière), en reprenant les propos tenus autour des situations de soins, c'est-à-dire les situations concrètes vécues entre les années 1930 et 1960<sup>9</sup>. Nous nous appuyons au besoin sur les autres corpus disponibles. L'analyse présentée ici tient compte des changements survenus dans les milieux urbains et ruraux, des questions de genre et des rapports entre spécialistes et non-spécialistes.

## Femmes et hommes dans l'univers des soins domestiques

Pendant les années 1930-1960, les femmes des milieux ouvriers et paysans effectuent au sein de la maisonnée l'essentiel des soins domestiques et, en cas de maladie, elles assurent une présence continue à travers leur travail quotidien. Les hommes présentent, comme on le verra, des expériences de soins discontinues et épisodiques, tournées vers l'extérieur du groupe domestique.

Les femmes sont la plupart du temps « celles qui soignent » dans la maisonnée<sup>10</sup>, tâche qui va de pair avec celle de s'occuper des enfants et des personnes dépendantes de tout âge. Du point de vue des informatrices<sup>11</sup>, elles prodiguent les

- 
8. Les entrevues ont été effectuées en 1995 dans Québec et Lotbinière (N = 40) et en 1996 dans Trois-Rivières et Saint-Wenceslas (N = 23).
  9. Cela évite qu'on se réfère à des événements de la génération précédente ou à des pratiques dont on a seulement entendu parler. C'est aussi à partir des pratiques que nous avons pu déduire les savoirs et les dimensions symboliques et rituelles.
  10. Voir Saillant et Laforce (1994) et Saillant (1992b) pour la période 1870-1945.
  11. Nous choisissons de recourir aux informatrices, dans la mesure où nous nous sommes penchée sur leurs pratiques et savoirs et sur ceux de leur famille élargie. Lorsque les hommes ont témoigné, il ont largement corroboré les propos des femmes. Nous nous référerons aux informateurs lorsque ce ne sera pas le cas ou lorsqu'ils apporteront un éclairage particulier sur leurs expériences dans cet univers.

soins de tous les membres de la maisonnée pour les malaises et les maladies : elles mettent en application les savoirs familiaux, jugent du problème qui se présente, soignent d'abord au sein du groupe domestique, préparent et donnent les remèdes et, dans les cas où les soins paraissent ne pas donner les résultats escomptés, elles tentent un remède de substitution, évaluent les soins les plus appropriés ; dans le cas où plus rien ne va, elles se tournent vers des ressources extérieures. Sans oublier les formes variées de prévention. Les soins s'effectuent avec l'aide des réseaux féminins intra-familiaux : la mère, la grand-mère, la belle-mère, mais aussi les tantes et parfois les sœurs et les belles-sœurs donnent des conseils, interviennent directement, et cela bien au-delà des situations d'accouchement et de relevailles.

Certaines informatrices ont fait référence à la complémentarité des rôles dans l'accomplissement des soins (« mon mari m'aidait »), mais les hommes deviennent rarement le soignant principal dans la maisonnée. Les femmes paraissent « naturellement » désignées comme soignantes et les hommes occupent des rôles circonscrits et circonstanciés. Le plus souvent, ils se procuraient les remèdes nécessaires dans l'environnement immédiat de la maisonnée. Par exemple, en milieu rural ou urbain, ils allaient au bois et aux champs<sup>12</sup> pour cueillir les herbes et autres substances requises pour la préparation des remèdes. Une femme affirme ainsi : « ils connaissaient mieux les noms des herbes et ils savaient les identifier ». Mais la cueillette des herbes et autres substances n'est pas l'exclusivité des hommes<sup>13</sup>. Ce n'est que dans les cas où les épouses sont mortes ou absentes que l'ensemble des soins domestiques est prodigué par les hommes, mais cette situation se limite à l'époux et ne fait habituellement pas intervenir le réseau familial masculin. Cela se produit aussi lorsque l'épouse est malade ou vient d'accoucher, mais l'époux peut alors bénéficier de l'aide des femmes de la famille élargie.

En présence de l'épouse, l'apport de l'époux dans les soins est le plus patent lorsque la situation est grave ou lorsqu'il y a urgence, c'est-à-dire lorsque les soins domestiques sont jugés insuffisants ou inefficaces. L'époux est alors amené à chercher des ressources hors de la maisonnée (bien qu'il arrive que la femme le fasse aussi). Il allait, par exemple, acheter un remède à la pharmacie ou des herbes au marché, reconduire un malade chez un médecin ou un guérisseur, ou encore il demandait conseil à un médecin. Outre le médecin et les guérisseurs locaux, Dieu constituait aussi un recours dans les meilleures comme dans les pires situations.

## Soins domestiques, héritage, pluralisme, métissage

Pour ce qui concerne les éléments paradigmatiques des soins domestiques dans le contexte de l'ensemble ethnomédical québécois, nous pourrions affirmer

- 
12. Le travail dans les camps de bûcherons et celui de la coupe du bois à la ferme, communs à cette époque en milieu rural, ont même contribué à former les savoirs des hommes, car ils étaient susceptibles de mieux connaître certaines herbes propres à cet environnement et d'élaborer des pratiques liées au soin des blessures.
  13. Il faudrait distinguer la cueillette annuelle, familiale et celle, ponctuelle, qui répond à un besoin précis, lorsque la maladie se présente.

que, en milieu rural comme en milieu urbain et jusqu'aux années 1930, on avait d'abord recours aux herbes, aux aliments ou aux éléments divers de l'environnement familial de la maisonnée pour fabriquer les remèdes domestiques. Pendant les années 1930-1960, la « pharmacie » familiale voit apparaître des remèdes commerciaux de fabrication artisanale ou micro-industrielle dont la composition échappe aux particuliers. Les informatrices les assimilent pourtant aux remèdes « de la tradition »<sup>14</sup>, c'est-à-dire aux façons de faire transmises oralement par la génération précédente au réseau féminin familial. « Remèdes de la tradition » et « remèdes du commerce » sont intégrés aux soins, agencés de diverses manières qui constituent le groupe des remèdes domestiques ; on mélange ainsi achillée mille-feuille et Aspirine, onguent de moutarde et Antiphlogistine, gomme de sapin et Thérébenthine.

Les pratiques des groupes domestiques se ressemblaient par certains traits, entre autres l'importance accordée aux herbes, aux résineux et aux aliments, l'insistance sur la protection du corps contre le froid, la valorisation de la nature représentée comme source de guérison, une conception sensorielle de la prévention, l'appui sur un symbolisme profane<sup>15</sup>. Mais la comparaison s'arrête à quelques points communs de ce type, car les variations sont aussi très grandes, ce qui laisse facilement l'impression d'un ensemble hétérogène, disparate, non analysable. Comme le relate une informatrice, on pouvait partout utiliser de la cendre, mais dans une famille donnée on préférait la cendre de cigare et dans une autre, la cendre de chauffage ; ou encore, contre la « picotte » (varicelle), toutes les femmes interrogées proposaient la purgation, mais certaines ajoutaient des bains de bicarbonate de soude et d'autres appliquaient plutôt du Mercurochrome sur les papules.

Les informatrices observent ces différences entre les familles et entre la ville et la campagne. Les ressemblances relèvent plutôt de la lignée familiale (« J'ai appris ça de ma mère et je le fais encore »), mettant en relief transmission et cohérence. Les différences s'observent à l'échelle du village ou du quartier, dans les autres familles : « Moi je le faisais, mais les autres pas nécessairement ». Il n'est pas facile pour les informatrices d'apprécier les différences et les similitudes des pratiques, sans doute parce qu'à l'exception des naissances et des décès, les soins domestiques s'effectuent dans la maisonnée ou à proximité et parce qu'ils renvoient en bonne partie à des pratiques quasi privées<sup>16</sup>, insérées dans la fluidité du quotidien. Les soins les plus courants (grippes ou maux d'oreilles), les pratiques préventives comme la purgation « pour se nettoyer » ou la mode autour d'un remède (comme le Painkiller, « bon pour tout ») donnent parfois lieu à des comparaisons interfamiliales. Avant les années 1930, c'est au savoir de « la tradition »

14. C'est ainsi qu'elles nomment souvent les remèdes domestiques, mais parfois aussi avec des expressions comme « remèdes de vieux », « remèdes de bonnes-femmes », « remèdes de grands-mères ».

15. Nous avons traité de ces questions dans diverses publications (Saillant 1991b, 1997a, 1998a ; Loux et Saillant 1995 ; Saillant et Loux 1991).

16. Cela est moins vrai de l'accouchement et de la mort, plusieurs fois qualifiés de publics, car ces événements impliquent des proches sans qu'ils fassent pour autant partie de la famille.



que les femmes se réfèrent, mais à partir des années 1930-1960, de multiples influences viennent accentuer les agencements entre les références traditionnelles et commerciales, ce qui diversifie les pratiques de soins<sup>17</sup>. Les herbes sont encore utilisées en solo, mais on veut souvent les mélanger à un produit commercial, par exemple un tonique ; on crée alors un nouveau remède, tout en conservant l'illusion de la « tradition ». Car dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, experts, vulgarisateurs, commerçants de remèdes, médecins de famille déployèrent leurs efforts pour convaincre les femmes de soigner à partir de principes « scientifiques et rationnels » et d'abandonner « les remèdes de bonnes-femmes ».

Les informatrices établissent donc une distinction entre « ce qu'on faisait chez soi » et « ce qu'on faisait chez les autres ». Toutes les femmes possédaient des savoirs sur les soins, mais ces savoirs, quoique comparables, étaient en réalité fragmentés à l'échelle du voisinage ou du quartier. Il existait bien des remèdes appréciés et connus de tous, mais tout se passait finalement comme si chaque femme était renvoyée au savoir hérité de la lignée familiale, sans que se dégage de véritable consensus sur ce qu'il est bon de faire en toute circonstance. L'introduction de produits commerciaux a peut-être accentué ce phénomène.

## Soins domestiques et quotidienneté

### *Laisser passer le temps, se reposer*

Il est rare d'attendre que passe la maladie et de conseiller le repos. Les informatrices n'ont pas détaillé les raisons de leur « non-interventionnisme » le cas échéant. Certains problèmes devaient simplement « faire leur temps », comme les maladies infectieuses de la petite enfance avec lesquelles elles composaient en sachant « qu'elles passent ». Cela témoigne d'une conception de la maladie reliée à la normalité et d'une association des soins à la temporalité. « Laisser passer le temps » et se montrer « endurant » face à la maladie ou à son éventualité paraît en soi acceptable, mais cela n'équivaut pas au refus des soins. Jusqu'à un certain point, la maladie allait de soi et faisait partie du quotidien, sans pour autant représenter une fatalité. Certaines femmes préféraient attendre, laissant aller les choses, et n'intervenaient que lorsque le mal empirait.

### *Soulager, guérir avec des remèdes*

Dès nos premières questions sur les soins pratiqués à la maison, les informatrices répondirent en termes de « remèdes à donner ». Substance que l'on boit, mange ou applique, un remède c'est aussi une prière ou un rituel sans recours à un élément matériel. Il consiste en un produit de l'environnement domestique, relié à un ensemble de gestes que l'on répète pour maintenir la santé ou éloigner

17. Le métissage des pratiques existait déjà à cause de l'ancienneté du commerce des remèdes, dont on voit les traces dans les almanachs et journaux canadiens à partir du XIX<sup>e</sup> siècle ; il s'intensifie au XX<sup>e</sup> siècle (Goulet 1987 ; voir aussi Saillant 1997b ; Saillant et Fortin 1994). Quant à la popularisation des idées sur l'hygiène, il faut la relier au mouvement hygiéniste (Gaucher 1995).

la maladie. L'agencement de ce remède à un ensemble de gestes précis et répétés lui confère son caractère rituel.

Les femmes donnaient un remède lorsque le corps était fragilisé. Elles agissaient surtout sur des états, malaises ou symptômes laissant entrevoir que quelque chose n'allait pas : le fait de tousser, d'avoir de la fièvre ou de mal éliminer semblaient des signes avant-coureurs auxquels elles prêtaient attention. La douleur non plus n'était pas traitée à la légère : elles désiraient la calmer, la maîtriser, même si elles ne la soulageaient pas complètement.

Avant les années 1930, les remèdes utilisés dans les familles provenaient presque essentiellement de la production domestique, et les archives (Saillant 1997a, 1997b) montrent un univers de pratiques encore peu touché par l'industrie des remèdes, pourtant déjà florissante si l'on en juge par la multiplicité des encarts publicitaires dans les journaux et almanachs de l'époque. Les données des entretiens montrent, pour leur part, un univers dans lequel les remèdes commerciaux sont introduits et métissés aux remèdes « de la tradition », mais pas n'importe comment. Contrairement aux remèdes anciens trouvés chez soi ou à proximité et fabriqués à partir d'éléments pour la plupart non achetés, les femmes acquéraient les remèdes commerciaux chez le vendeur itinérant ou à la « pharmacie du coin » (en ville) et chez le marchand général ou, plus rarement, chez le médecin (à la campagne).

Une partie des remèdes domestiques provient des savoirs transmis par la génération antérieure. Par exemple, pour les rhumes et les gripes, les femmes donnaient une « ponce » (grog) de miel et de citron ; pour la fièvre, une tisane d'herbe à dinde ; contre les maux de digestion, de l'eau tiède et du soda (bicarbonate). Une autre partie des remèdes domestiques relève cependant d'un univers de soins que l'on pourrait qualifier de métissé. Il intègre en effet savoirs anciens et savoirs de la médecine hygiéniste et scientifique dont l'industrie pharmaceutique naissante faisait la promotion dès le XIX<sup>e</sup> siècle — tendance qui s'intensifia à partir des années 1930. Par exemple, pour soigner les rhumes et les gripes, on donnait une ponce de miel et de cognac, du sirop maison et des pilules Baby's Own. Contre la fièvre, on préférait une purgation, de l'Aspirine et de la gomme de sapin. Contre la constipation, on suggérait un mélange de soufre et de mélasse, que l'on remplaçait parfois par de l'Huile de castor. Au nom de l'efficacité et de la science, les savoirs anciens se transforment et s'amalgament.

Il est moins fréquent d'administrer un remède commercial isolément. C'est ce que l'on faisait pourtant à l'occasion contre la douleur : le Painkiller, le liniment Ménard ou le Vicks. Bien qu'utilisés seuls, de remèdes commerciaux ils deviennent remèdes généralistes, se substituant aux huiles et aux eaux bénites de la religion populaire, très prisées à l'époque. Les femmes pensent que ces remèdes conviennent pour de multiples situations, quitte à dépasser la posologie proposée par le commerçant, au même titre qu'avant les années 1930 (mais encore aujourd'hui) les eaux protectrices et purificatrices (eau de Pâques, eau bénite, ou eau de la première pluie de mai). Quelles que soient les combinaisons choisies, l'orientation et les conceptions des soins ne changent pas radicalement, malgré les recommandations contraires des vulgarisateurs et commerçants de remèdes.

### *Toucher, donner de la chaleur*

Plusieurs situations de soins impliquent un contact avec le corps, notamment par le toucher en frottant et frictionnant, et nombre de pratiques servent à transmettre la chaleur. Il n'est toutefois jamais question de massages, comme dans la médecine arabe ou ayurvédique, mais d'une application vigoureuse d'huiles, de graisses, d'onguents ou de liniments.

On recourt aux contacts corporels lorsque se présentent deux catégories de problèmes : les douleurs variées, causées par les rhumatismes, l'arthrite, les entorses, les maux de dos, d'une part, et les maladies dont l'origine est attribuée au froid, d'autre part (rhumes et gripes, toux, maux de gorge et maux d'oreilles). Dans tous ces cas, les pratiques des femmes paraissent plutôt similaires : elles privilégient les remèdes commerciaux et le peu de variations dans les soins indique dans ce sous-groupe une grande cohérence.

La lecture attentive des récits de soins révèle l'association constante entre ces gestes de frictions, et celui, plus global, de donner de la chaleur. L'importance de la chaleur dans les soins domestiques au Québec est primordiale, en raison du modèle explicatif des maladies dont l'origine est attribuée au froid. Le froid, pour les hommes et les femmes, est responsable de l'affaiblissement de l'organisme, et le corps, exposé trop longtemps ou trop intensément, est susceptible « d'attraper » un rhume, un mal de gorge, une pneumonie. C'est pourquoi on prêtait une attention particulière aux refroidissements, sources de danger. On les prévenait au moyen de pratiques tonifiantes et purificatrices avant l'hiver et, lorsque la maladie apparaissait, on rendait au corps sa chaleur perdue. Dans les soins domestiques, la chaleur se présente comme un remède généraliste : elle provient de frictions ou de remèdes préalablement chauffés (contre le mal d'oreille, par exemple, y couler de l'huile d'olive chaude ou y souffler de la fumée chaude). Parfois on se passe de remède et on utilise des couvertures chaudes pour s'envelopper, des sacs de sel ou de cendre chauds pour se coucher, ou bien on pose une partie du corps dans le poêle chauffant, comme les pieds (« par où le mal s'attrape »). Enfin, les situations nécessitant de la chaleur, variées et nombreuses selon les femmes, correspondent à des maladies du froid ou à des douleurs musculaires et à d'autres situations telles que les maladies infectieuses (rougeole, oreillons) ou l'affaiblissement en période menstruelle ou après un accouchement.

### *Prévenir, soigner en général*

La prévention savante, telle qu'elle s'est élaborée à partir de la médecine postpasteurienne, nia l'apport des ethnomédecines, vues comme des superstitions entravant les lumières scientifiques, et discrédita ainsi leur volet préventif. Ce jugement, sévère, doit être nuancé. De fait, la prévention n'apparaît pas dans les médecines locales comme un domaine isolé et isolable ; de plus, les conceptions de la prévention ont peu à voir avec la médecine scientifique. C'est ce que nous avons récemment tenté de montrer dans le contexte de l'ethnomédecine québécoise et des soins domestiques en mettant en évidence des pratiques ne dissociant

pas soins et prévention (Saillant 1998). Nous nous basions alors sur des matériaux d'archives plus anciens que ceux qui sont présentés ici.

Dans leurs récits, les femmes relatent les mêmes catégories de pratiques que nous avons discutées pour la période précédant les années 1930. Ainsi, elles accordent la même importance au fait de fortifier le corps et de le nettoyer par des remèdes. Mais ce qui a disparu, ce sont les pratiques rituelles d'éloignement du mal sans recours aux remèdes.

La prévention dans les soins domestiques consiste à éloigner la maladie, à faire qu'elle n'apparaisse pas, ou encore qu'elle n'empire ou ne se répète pas. Elle a pour objet premier l'intérieur du corps, susceptible de laisser passer les impuretés qui l'affaiblissent. La prévention est aussi une pratique généraliste : on la fait le plus souvent « contre la maladie en général », ce qui n'exclut pas pour autant que certaines situations soient l'objet d'une attention particulière.

Les femmes privilégiaient deux pratiques préventives : fortifier le corps avec des toniques pour l'aider à se défendre des agressions extérieures ; et le purger en administrant des laxatifs pour « nettoyer les intérieurs », éliminer les causes des faiblesses « pénétrant le corps ». Certains éléments de l'environnement paraissent nuisibles et on les qualifie de façon vague (« toxiques », « mauvais »). Le corps est aussi toujours susceptible de perdre les forces que viennent épuiser le travail, les accouchements, le quotidien. Le corps est « naturellement » trop ouvert sur l'extérieur ; c'est cette ouverture que les femmes cherchent à combler avec des soins appropriés.

Comme dans les cas précédents, les remèdes utiles pour fortifier et nettoyer sont puisés tout aussi bien au registre des remèdes commerciaux qu'à celui des remèdes anciens, et l'usage des remèdes commerciaux s'intègre à la logique des soins domestiques.

À peu près toutes les femmes s'entendent pour reconnaître l'importance de la purge, en diverses circonstances : lorsque la maladie se présente, pour éliminer les « toxines » qui pourraient en être la cause ; lorsque la maladie est passée, pour s'assurer d'un bon nettoyage ; mais aussi tous les mois, de façon périodique, pour l'éviter sous toutes ses formes, ou encore, à l'automne pour préparer le corps à « passer l'hiver » et au printemps pour « le vider de ce qui s'est accumulé ». Entre les pommes que l'on mange, les mélanges de soufre et de mélasse dont on dit le plus grand bien, le Castoria ou l'Huile de ricin, il n'y a guère de différence quant aux effets attendus, sauf le prix que l'on y met... Pour la prévention, les associations de produits anciens et commerciaux sont plus rares : on tend à consommer les uns à l'exclusion des autres.

Aux pratiques de la purge, on associait les pratiques de fortification, quoi qu'elles n'apparaissent pas systématiquement ensemble. Les modalités de soins sont identiques dans les deux cas : lorsque la maladie se présente, lorsqu'elle semble disparue, périodiquement ou de façon saisonnière. L'univers des toniques est plus diversifié encore que celui des purgatifs. Par exemple, on mange des salades de pissenlits ou un mélange de poireaux et de vin blanc, on boit de l'eau de Pâques ou du brandy, on prend quelques cuillerées de Wampole ou d'Huile de

foie de morue. Comme pour les purgatifs, on consomme un produit à la fois, et le phénomène du métissage paraît plus rare. Mais d'une catégorie de remèdes à l'autre, les effets et l'orientation des soins demeurent les mêmes. On peut sans doute expliquer la très grande popularité des produits commerciaux utilisés pour la purge et la fortification du corps dans les années 1930 par leur intégration parfaite aux conceptions du corps et de la maladie de l'époque. Une majorité des pratiques préventives basées sur la purgation furent progressivement abandonnées à partir des années 1960. Les fortifiants sont encore très populaires aujourd'hui, mais leurs appellations ont changé : on consomme moins de toniques, remplacés par des vitamines, du ginseng ou du germe de blé, comme d'ailleurs l'ont confirmé les informatrices qui ont pris aussi plaisir à décrire leurs pratiques actuelles.

### Les femmes, les soigneux, le docteur et Dieu

Lorsque les soins domestiques ne donnaient pas toute leur efficacité, les femmes se tournaient vers ceux qui semblaient détenir plus de connaissance, à savoir divers spécialistes dont le métier est de traiter la maladie, comme les « soigneux » (guérisseurs) et les « docteurs » (médecins), mais aussi ces figures de la religion populaire — saints ou Dieu lui-même.

L'espace thérapeutique s'étend de la maisonnée aux lieux les plus spécialisés. Dans les années 1930-1960, il y a en ville hôpitaux, professionnels, pharmacies, vendeurs de remèdes destinés aux mères et aux enfants (Saillant 1997b). Il y a aussi le travail des hygiénistes en vue de l'éducation des mères, des familles et des enfants à des pratiques modernes de santé, appuyées par la science, la rationalité et l'efficacité (Saillant et Fortin 1994). À la campagne, les mêmes influences se font sentir, mais plus lentement. Les hôpitaux sont éloignés, les pharmacies à peu près inexistantes. Les mères peuvent toutefois compter sur le médecin du village « qui a bonne réputation », sur l'infirmière de dispensaire « qui passe pour voir les enfants », sur les « peddlers » ou vendeurs itinérants qui frappent aux portes et offrent à leurs clients des produits pour nettoyer, des brosses et... des remèdes. Et cela sans oublier tous les soigneux<sup>18</sup>. Enfin, la religion catholique, par son discours et ses institutions, indique des voies qu'empruntent les sans-espoir, comme en fait foi la popularité des pèlerinages à Sainte-Anne, à l'Oratoire Saint-Joseph et au Cap-de-la-Madeleine. Portons une attention particulière aux divers aspects de l'itinéraire thérapeutique afin de mieux situer les frontières, fluides, des univers domestique et extra-domestique.

D'abord, dans quelles circonstances allait-on voir un « spécialiste », « docteur » ou « soigneux », c'est-à-dire celui qui détenait des connaissances privilégiées et socialement contrôlées sur la santé et la maladie ?

La place exacte du soigneux dans l'itinéraire n'est pas facile à cerner. Déjà, à partir des années 1930, ce dernier est depuis un bon moment l'objet d'opprobre (Bernier 1989) de la part des autorités médicales officielles. Une partie de la population s'est éloignée des soigneux à qui les autorités font officiellement la chasse

18. C'est ainsi que les informatrices et informateurs nommèrent les divers guérisseurs.

avec des avis et procès pour pratique illégale de la médecine. Toutes les informatrices ne voient pas les soigneux comme des sources d'aide, quoique toutes en connaissent l'existence et sachent où les trouver. En milieu urbain, la méfiance est plus grande qu'en milieu rural où les soigneux font naturellement partie du décor.

Pour celles qui reconnaissent les soigneux et qui bénéficient à l'occasion de leur aide (environ les deux tiers en ville et presque toutes en milieu rural), ce dernier n'apparaît pas comme une aide extérieure à la maisonnée, hors de l'univers des soins domestiques. Certains d'entre eux sont en effet des membres de la famille et bénéficient d'un don transmis en son sein ; ils sont homme ou femme, « se spécialisent » dans certains maux courants et effectuent des rituels simples, comme arrêter le feu (brûlures) ou le sang (saignements) par des remèdes et une prière ou un signe de croix apposé sur le mal. Ils pratiquent dans les maisonnées, n'exigent pas d'argent et sont souvent consultés par des membres de la famille élargie ou du voisinage. Les femmes et les familles avaient régulièrement recours à eux sans pour autant remettre en question les soins domestiques habituels. Ainsi, plusieurs onguents à base de plantes (plantain, consoude, tabac) étaient connus contre les brûlures et servaient à arrêter le sang. On avait la chance de disposer de quelqu'un chez soi qui ajoutait aux soins domestiques une dimension non négligeable, la part du surnaturel, sans pour autant disqualifier ce que faisaient les mères et les femmes. Ces soigneux s'inséraient dans le quotidien des femmes et les diverses formes de soins coexistaient sans problème. Toutes les familles ne bénéficiaient cependant pas de l'apport d'un soigneux et les « dons » de ces derniers se limitaient généralement à des soins précis : le don n'est pas universel. Celui qui arrête le sang ne sait pas nécessairement remettre les foulures, les cassures ou aider à l'accouchement. Ainsi, plusieurs catégories de soigneux agissent dans la paroisse ou le village, dont les sages-femmes, les vendeurs d'herbes et de racines et les « ramancheux » (rebouteux). Facilement accessibles, ils « ne coûtent pas cher ».

Les sages-femmes acquéraient leurs savoirs des membres féminins de la famille et travaillaient le plus souvent gratuitement, de concert avec le médecin, à la maison, au moment de l'accouchement. Elles ne disposaient pas d'un don, mais d'un savoir « d'expérience » transmis des aînées aux femmes plus jeunes. Elles étaient totalement intégrées à l'univers familial de la maisonnée et des soins prodigués habituellement par les femmes mais n'avaient déjà plus, dans les années 1930-1960, l'autonomie de leur pratique, en raison des luttes dont elles avaient été l'objet de la part des médecins dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (Laforce 1985). La majorité des informatrices accouchèrent à la maison, mais selon elles, la sage-femme fut « celle qui aidait le médecin » lors de l'accouchement à la maison. Les femmes furent d'ailleurs peu explicites sur les soins précis prodigués par ces dernières, ayant des difficultés à se souvenir, mais elles se rappelèrent avoir reçu des conseils pour des remèdes qu'elles ignoraient.

Les vendeurs d'herbes et de remèdes fabriquent leurs produits (sirops, onguents) et les vendent ; ils donnent aussi des conseils et soignent à l'aide de formules et prières, et s'ils ont un don, ils intègrent des techniques faisant intervenir explicitement l'ordre surnaturel. En milieu rural, il peut s'agir de femmes dont les

compétences sont « reconnues » dans le voisinage, ou d'hommes disposant de « savoirs particuliers ». Ils connaissent des « remèdes rares » (difficilement accessibles sans savoir spécialisé) et offrent leurs soins à la communauté en général. En milieu rural, les informatrices ont relaté des pratiques complexes, laissant entrevoir la double référence empirique et symbolique (par exemple, intervenir par une formule secrète en utilisant un remède donné) ; en milieu urbain, les récits révèlent une pratique plus naturaliste (plus commerciale et centrée sur les herbes et la fabrication de remèdes). Les pratiques de ces soigneurs ne s'écartent pas beaucoup de ce que les femmes faisaient dans la maisonnée, en raison de l'importance qu'elles accordaient déjà aux herbes et aux remèdes dans leur pratique. Mais elles diffèrent sur deux plans : le recours plus régulier au surnaturel et le fait de disposer d'un savoir qui se veut plus spécialisé ou plus approfondi.

La situation du ramancheur diffère de celle du vendeur d'herbes et de racines. Il offre des compétences totalement différentes des soins domestiques ; celui ou celle qui remet les os et les foulures connaît des techniques non familières aux femmes de la maisonnée. Il en est de même des soigneurs que l'on consultait pour des maladies graves, pour ces maux échappant aux logiques et aux savoirs du quotidien. Il s'agit alors d'un guérisseur régional, dont la réputation dépasse le cadre familial, villageois ou paroissial et pour lequel on se déplace de loin. L'enfant souffrant de poliomyélite ou d'épilepsie, le malade cancéreux ou dépressif sont de ceux qui consultent les guérisseurs régionaux, qui, contre de l'argent, prétendent leur offrir un sort meilleur. Il y a dans ce cas recours extérieur, et les soins domestiques se trouvent à l'arrière-plan de l'itinéraire ; leurs moyens familiers s'effacent devant des rituels qui recourent largement au surnaturel.

Voyons maintenant ce qu'il en est du médecin. Les femmes racontent qu'on le consultait le moins souvent possible. Il coûtait cher, et dans le cas contraire, quoi qu'il en fût, l'argent n'y était pas. Paysans et ouvriers détenaient rarement des assurances privées dans les années 1930-1960. Certains accommodements s'avéraient possibles (crédits, paiements en versements ou en espèces), mais on préférait éviter l'endettement et payer comptant. Sauf pour les accouchements, beaucoup moins chers que les consultations pour maladies, on tâchait d'éviter le médecin.

Soulignons que les personnes qui consultaient le plus étaient les femmes (pour les accouchements) et les enfants. Pour l'accouchement, les femmes se fiaient déjà davantage au médecin qu'à la sage-femme, en raison de la disqualification amorcée depuis le début du siècle et de la propagande médicale. Les médecins intervenaient directement à la maison, aidés de la sage-femme, mais pas toujours. Les femmes consultaient le médecin pour les enfants lorsqu'elles doutaient de leur savoir, jugeant la maladie trop grave. À l'occasion de ces consultations, les médecins donnaient leurs conseils, approuvaient ou désapprouvaient les soins des mères, mais prescrivaient aussi des remèdes domestiques, incluant des plantes.

Certains aspects de la pratique médicale, en particulier celle qui se fait en cabinet, paraissent étanches à l'univers des soins domestiques (comme la prescription d'antibiotiques pour le traitement de pneumonies). Mais dès qu'il s'agit

des femmes et des enfants, on observe la situation inverse, et les médecins conseillent à l'occasion des remèdes connus, tels que l'huile d'olive, la « mouche de moutarde » (emplâtre), les bains de pied ou encore les déconseillent, modifiant alors certains soins domestiques sous l'angle du contenu ou de l'autonomie des pratiques. Il faut dire que les médecins étaient soutenus par les vulgarisateurs et l'industrie pharmaceutique qui prenaient fréquemment les mères et les enfants pour destinataires. Leur argumentation fut suffisamment claire pour persuader les femmes d'abandonner les anciennes façons de faire : « ne vous fiez pas aux supercheres des "traditions", irrationnelles et sans fondement... scientifique ». Même si les femmes lisaient peu la littérature des vulgarisateurs — elles se disent peu influencées par les publicités de remèdes — un terrain propice se préparait et rendait acceptable la transformation des soins domestiques.

Les femmes consultent aussi le « docteur » quand « c'est grave ». La perception de la gravité est variable d'une informatrice à l'autre, selon l'évaluation que l'on fait du savoir ou des moyens dont on dispose et de leur efficacité. Il y a gravité dès lors qu'un symptôme ou une maladie risque d'empirer ou empire effectivement. Après avoir « tout essayé » — par exemple, après des douleurs intenses, une infection galopante, une plaie qui s'étend et qui saigne —, l'incertitude, le doute, le sentiment d'incompétence motivent le recours au médecin. Lui, il « sait faire » dans les situations de maladie, qu'il les considère ou non comme graves. Pour le médecin ou le guérisseur régional, les sphères domestique et extra-domestique tendent à s'exclure, et ce sont les rapports de ces acteurs à l'expertise ou au surnaturel qui permettent de tracer cette frontière. Tout se passe comme si, dans les situations « plus graves », l'expertise (par l'intermédiaire du médecin) et le surnaturel (par l'intermédiaire du guérisseur) intervenaient à la fin de l'itinéraire thérapeutique, hors de l'emprise du domestique. Mais dans d'autres situations, celles-là « moins graves », tout paraît se confondre : les univers domestique et extra-domestique se croisent, interagissent, cohabitent, s'interinfluencent, donnant toutes occasions au métissage de se faire. L'univers des soins domestiques se fait alors poreux, ouvert à toutes les influences, mais peut-être aussi à son contrôle extérieur.

Avons-nous atteint le bout de l'itinéraire ? Et Dieu dans tout cela ? Les femmes font usage d'éléments religieux dans les soins domestiques, mais pour certains maux seulement. La majorité des femmes invoquaient la « confiance » en Dieu ou la religion en général comme une « aide pour passer à travers ». Il fut souvent question « d'Être suprême », de « quelqu'un de plus fort que soi » et de « force insufflant le courage d'agir ou de continuer ». La religion se présentait comme une forme de protection contre le malheur, incluant la maladie dont on avait peur pour soi ou pour l'autre. Les femmes ne distinguaient d'ailleurs pas la protection divine s'exerçant sur la vie dans son ensemble ou sur la santé. Les risques de la vie quotidienne concernent d'abord la maison, qui protège contre l'extérieur, contre les forces de la nature, comme lorsqu'on lance l'eau bénite par la fenêtre contre le tonnerre. S'il faut protéger la maison, il faut aussi protéger ceux qui l'habitent : d'autres pratiques religieuses prennent ainsi le corps comme support, dont le port du scapulaire et des médailles. Le religieux vient alors



toucher concrètement le corps des individus dans leur quête de sécurité et de santé. Mais ce n'est pas toujours le cas : d'autres fois, il suffit de garder « chez soi », dans son réfrigérateur, l'eau bénite et l'eau de Pâques<sup>19</sup> ou des huiles achetées sur les lieux de pèlerinage (huile de Sainte-Anne ou huile Saint-Joseph). Ces eaux et ces huiles seront alors intégrées aux soins domestiques, comme n'importe quel autre remède, voire mélangées à des remèdes du commerce ou de la « tradition », comme on l'a vu précédemment. Tous, hommes, femmes et enfants, étaient susceptibles de s'en frotter pour prévenir la maladie.

Encore une fois, c'est lorsque la maladie semblait grave et inquiétait que l'on se prêtait à des pratiques rituelles en plus d'administrer un remède. On faisait alors des neuvaines, on invoquait un saint, on effectuait un pèlerinage, quelle que fût la maladie. Les individus, hommes ou femmes, urbains ou ruraux, trouvaient ainsi la sollicitude là où leur pouvoir et celui des spécialistes paraissaient s'arrêter. Il s'agit parfois de l'infirmité d'un enfant à naître, d'enfants qu'un médecin a « décomptés », de handicap grave, de convulsions, de dépression, de complications lors d'accouchements. Les handicaps qui limitent sérieusement les individus, les problèmes de santé mentale, les maladies qui semblent mortelles ou qui durent, tout cela entraîne une intensification de la pratique religieuse.

Il semble que dans les faits, plus le problème est grave, moins on recourt aux remèdes religieux (eaux bénites à boire ou à frotter, huiles saintes à appliquer). La prière, les promesses de pèlerinages, l'invocation des saints permettent de relier le monde d'ici-bas au monde de l'Au-delà quand on cherche à améliorer son sort : c'est par la prière et l'invocation des saints que l'on s'adresse à Dieu, en attendant de se rendre sur les lieux de pèlerinage lorsque la situation le requiert. La maisonnée recourt donc aux rituels publics lorsque malades et soignants restent impuissants devant une maladie.

## Pistes théoriques

Les soins domestiques constituent un ensemble d'actions exercées quotidiennement par les femmes au sein des groupes domestiques pour maintenir la vie et la santé des membres de la famille. Ils pallient jour après jour les désordres du corps, maladies reconnues ou non par la médecine savante. Les savoirs des femmes sont puisés à l'héritage familial, qui traduit souvent l'idée d'héritage collectif (« les remèdes des vieux »), mais la diversité des pratiques d'une famille à l'autre confère à cet héritage collectif un statut plutôt idéalisé : l'héritage des savoirs sur les soins domestiques passe par les lignées féminines familiales et non par des références communautaires au sens plus large. Cette diversité des références a-t-elle aidé les femmes à accepter la nouveauté des remèdes commerciaux ? On peut le poser en hypothèse. Mais il est certain que tous ces remèdes, anciens et nouveaux, n'eurent pas, à l'époque, la connotation contemporaine de médicalisation (Saillant et Gagnon 1996) (on insistait sur la nécessité de ne pas en abuser), pas plus qu'ils ne renvoyaient aux connotations psychologisantes des

19. Recueillie le matin de Pâques dans un cours d'eau, ruisseau ou rivière.

soins d'aujourd'hui, trop souvent appendices affectifs d'une médecine perçue comme technicienne (Saillant 1997c).

Historiquement, les remèdes domestiques ont été qualifiés — à tort parce que péjorativement — de « remèdes de bonnes femmes ». Leur univers paraît en effet dominé par une symbolique alternant entre le profane et le religieux. Le recours religieux, généraliste, investit dans la pensée préventive ; le recours profane, spécialisé au sein même de l'espace domestique, se concentre sur les soins. Mais lorsque prévention et soins domestiques se heurtent à la gravité du mal et à la limite des savoirs, les recours extra-domestiques et spécialisés entrent en jeu, pouvant introduire à nouveau le religieux, ainsi que l'ordre médical et marchand.

Lorsque les ressources extra-domestiques pénètrent chacune à sa façon l'univers des soins domestiques, elles n'en modifient pas entièrement la logique. Prenons le cas des remèdes commerciaux. Ils sont facilement intégrés aux remèdes « de la tradition », dans la continuité du geste familial « de donner un remède », parfois par métissage (invention d'un nouveau remède combinant origine « traditionnelle » et commerciale), parfois par simple substitution (on remplace un remède traditionnel par un remède commercial, mais la finalité du remède commercial demeure identique à celle du remède traditionnel). On les juxtapose parfois à des remèdes traditionnels pour des finalités identiques. Par ailleurs, c'est le peu de préparation qu'ils requièrent qui leur octroie la place que l'on sait après les années 1960.

Outre l'utilisation des remèdes commerciaux, il y a bien sûr le recours aux spécialistes. Entre les soigneux et les femmes, la cohabitation paraît facilitée par les références culturelles communes : le soigneux qui a un don et appartient à la famille ou au village traite avec des remèdes souvent identiques à ceux des femmes ; il ajoute cependant une dimension religieuse en plus de celle qui existe déjà, comme les prières et le port d'objets de protection. Le soigneux est un allié et il soutient à sa manière l'action des femmes, sans en entraver la logique.

Dans le cas du docteur, la situation est plus complexe. Il est très présent lors des accouchements et pour traiter les maladies infantiles. D'emblée, il entre ainsi dans l'espace féminin de la famille. Les femmes disent qu'elles cherchaient à éloigner le médecin, mais les comportements diffèrent selon les contextes. Pour les maladies graves des adultes, le médecin constitue un dernier recours. Dans ce cas, le domestique et l'extra-domestique sont des domaines distincts, plutôt étanches. Pour les accouchements, le pouvoir/savoir médical avait déjà fait son œuvre à partir du début du siècle et éloigné les sages-femmes de village, ainsi réduites à la fonction d'aidantes. Les femmes avaient déjà oublié les savoirs anciens. Pour les soins aux enfants, un espace de négociation et de pouvoir se crée entre femmes et médecins, car les savoirs de celles-ci commencent à être évalués et jugés à l'aune de la médecine. Cette pénétration de l'espace domestique s'est faite insidieusement, au moyen de campagnes qui enseignèrent aux mères à discréditer leurs connaissances. Mais dans la position de soignante dans la famille, les femmes ont sans doute été très sensibles « au bien des enfants », préoccupation qui commence dès la grossesse. Dès lors, la médecine et son pouvoir ont trouvé le chemin idéal pour

modifier les « traditions familiales de soins » : toucher le sentiment de responsabilité des mères pour la vie à venir et à préserver.

Pour les maladies graves et sans espoir, on l'a dit, les médecins sont là, mais ils doivent partager leur pouvoir avec les guérisseurs régionaux et avec l'attrait des pèlerinages. Ici, l'itinéraire se fait pluriel, et on peut comprendre que les femmes, mais aussi les hommes, circulent entre les promesses de la rationalité scientifique et celles de la bienfaisance divine. Le domestique n'a donc plus sa place, et les femmes s'en remettent à « ceux qui savent » : le travail d'entretien de la vie dans les soins se trouve délégué à d'autres pouvoirs, ceux de l'expertise et du surnaturel. Entre les années 1930-1960, la médicalisation se développe grâce à un contrôle des soins les plus simples aux apparences inoffensives et touchant justement la sphère reproductive. Après les années 1960, les formes de contrôle s'étendront progressivement.

Les soins domestiques exprimaient l'attention quotidienne portée au corps, grâce à de petits gestes basés sur le contact corporel, la sensorialité, la chaleur, l'aménagement des rapports ouvertures/fermetures à l'environnement, pour ne nommer que ces possibilités. Lors des entrevues, et face à la transformation de ces soins dont elles se font volontiers les héritières, les femmes ont livré d'elles-mêmes une image d'ouverture et de curiosité envers la modernité médicale.

La méthode ethnohistorique utilisée, aussi riche qu'elle soit, laisse plusieurs questions dans l'ombre, entre autres celles des négociations et du pouvoir dans les pratiques et itinéraires, y compris les rapports existants dans la maisonnée ; les femmes et les hommes que nous avons rencontrés discutèrent peu de ces questions. Le matériel est aussi lié au contexte des ouvriers et des paysans. On sait donc peu de choses des milieux aisés, probablement différents dans leurs pratiques et itinéraires liés à leur capital économique et culturel. Mais surtout, le caractère rétrospectif de la démarche et les limites intrinsèques du témoignage incitent à la prudence. On peut ainsi se demander ce qu'il en serait des réalités décrites ici dans d'autres contextes historiques, sociaux et culturels. Dans cette perspective, nous proposons, en dernière partie de cet article, un commentaire théorique plus général qui ouvre des pistes quant à l'analyse des pratiques et itinéraires de soins et de l'espace thérapeutique.

### *L'incarnation des pratiques locales*

Les débats actuels entourant le caractère décontextualisé et désincarné (*disembodied*) (Csordas 1994) des pratiques biomédicales contemporaines entraînent ceux, plus généraux, des fondements et de l'ancrage de toute pratique thérapeutique idéale et tenant compte « du contexte ». Il est courant de considérer la biomédecine comme décontextualisée ; les médecines locales, « traditionnelles » ou « populaires » illustreraient au contraire l'idéal de contextualisation, les rendant du coup plus valides culturellement. Culture et historicité font ici souvent figure de contexte d'où émergerait la virtualité des possibles dans l'espace thérapeutique. Cette proposition théorique devrait être assortie de quelques nuances. Ne devrions-nous pas considérer l'univers des groupes et des soins domestiques

comme lieu premier des apprentissages des techniques du corps (au sens où l'entendait Marcel Mauss) dont les soins sont partie intégrante ?

Le « contexte » qui permet de décrire l'univers des soins domestiques ne se limite pas à la culture définie comme ensemble pluriel de mondes locaux et à son historicité. Il fait intervenir dans ces mondes locaux les pratiques, les modes d'existence et les expériences sociales (dont font partie les soins sous leurs formes variées) vécues au sein des groupes domestiques. C'est dans ces groupes que se vivent la plupart des pratiques de maternage, de protection du corps, de soins au quotidien, de réponses locales (attitudes, représentations) à la maladie comme expérience incontournable et à la sécurité du corps (Giddens 1987). Il ne faudrait pas pour autant aborder l'espace domestique comme un univers clos, bien au contraire. Il nous faudrait aussi interpréter le rôle des groupes domestiques dans le contexte des relations de genre, puisque les femmes, dans la plupart des populations du monde (sinon dans toutes) y jouent un rôle clef, responsables et responsabilisées face à l'entretien de la vie et à son maintien dans la vie quotidienne. L'exercice étendu du travail de la reproduction ne saurait être passé sous silence, car il vient aussi colorer le « contexte », dont on peut dire qu'il est « genré » (*gendered*), c'est-à-dire marqué par la division des responsabilités face à la vie et à la mort telle qu'elle s'exprime pour chacun des sexes, et dans la relation des sexes entre eux, dans une société donnée.

### *Soins/médecine, pluralisme médical, itinéraire, espace thérapeutique*

En sciences sociales et en anthropologie, on distingue soins et médecine, ou *cure* (traitement biomédical, dimension technique de l'action thérapeutique) et *care* (accompagnement, dimension expressive de l'action thérapeutique). Cette distinction est acceptée comme une donnée caractéristique de la modernité thérapeutique associée à la professionnalisation et au développement scientifique de la médecine occidentale (Holden et Littlewood 1991). Le savoir scientifique médical moderne se serait établi en excluant « la dimension soignante » (*care*) et en généralisant les pratiques de distanciation quant au corps, aux affects et à la parole des sujets malades. Cela lui permettrait d'établir son pouvoir sur les malades eux-mêmes, sur les autres professionnels (souvent des femmes), sur les autres formes de médecine (reléguées dans le champ du « local », du « traditionnel », du « populaire » ou de « l'alternatif ») et sur toute autre expression du thérapeutique que la sienne (dont, bien sûr, les soins domestiques). Une telle opposition introduit une grave erreur de perspective, ce qui nous amène à suggérer une intégration de la dimension soignante à l'espace thérapeutique, à l'opposé des dichotomies reçues.

Depuis une dizaine d'années, les discussions portant sur le pluralisme médical le représentent comme un ensemble de recours possibles aux thérapies offrant des pratiques formalisées et variées. Mieux vaudrait se pencher sur l'articulation plus ou moins intégrée de toutes les pratiques virtuellement orientées vers le maintien de la vie dans la vie quotidienne et lors de la maladie-événement social, dans les sphères publiques et privées, quelle que soit la personne exerçant les pratiques et quel que soit leur degré de formalisation. Il s'agirait ici de reconnaître dans le phénomène du pluralisme médical les aspects les moins formalisés des

pratiques (la contribution des femmes, leurs soins au quotidien, les rituels profanes) et les plus formalisés (les rituels thérapeutiques qui surviennent ponctuellement ou exceptionnellement dans les champs de l'expertise ou du religieux). On étendrait ainsi le champ d'application du concept de pluralisme médical et on donnerait à l'espace thérapeutique toute son ampleur.

En tous lieux de l'espace thérapeutique se posent les questions morales sur les choix influençant le cours de la vie et de la mort. Elles concernent la responsabilité face à l'autre, responsabilité qui apparaît dès la conception et qui se poursuit dans l'ensemble de la sphère reproductive, introduisant le thème de la protection de la vie. La dynamique qui traverse l'espace thérapeutique ne concerne-t-elle pas non seulement les spécialistes entre eux (locaux et biomédicaux), transformant les groupes domestiques en « usagers », mais aussi celles et ceux qui soignent au jour le jour, et qui assument, en premier lieu, cette fonction protectrice et de reproduction ? L'espace thérapeutique apparaît ainsi comme un ensemble de relais entre le domestique et l'extra-domestique, entre la maisonnée et la « communauté », entre le profane et le sacré, entre le familier et l'exceptionnel, espace dans lequel la place des femmes doit être analysée de façon plus complète.

L'itinéraire thérapeutique (Janzen 1995) décrit la construction des choix thérapeutiques à partir des parcours que suivent les malades et leurs familles en fonction des différents possibles qu'offre un espace thérapeutique donné. Les familles « organisatrices de thérapie » du Zaïre auxquelles se réfère Janzen sont asexuées : elles ne mettent pas en scène les hommes et les femmes et leurs expériences de responsabilité face à la vie et à la mort. Nous proposons que l'univers des soins domestiques soit conçu comme lieu premier de recours, façonnant les orientations subséquentes. Les femmes soignent au quotidien, certes ; en plusieurs lieux du monde, elles accompagnent les malades vers les ressources formelles ; elles jouent un rôle dans les choix thérapeutiques quand elles jugent leurs savoirs épuisés, quand elles croient la situation trop grave, mais aussi, quand leur propre savoir et leur propre pouvoir s'avèrent un enjeu pour ceux dont la raison d'être est aussi le maintien de la vie. C'est ce que rappelle le Serment d'Hippocrate, c'est ce que cherchent ceux qui créent, faute de mieux, l'espoir d'une autre vie dans un ailleurs surnaturel. C'est ici que le travail de la reproduction effectué par les femmes, l'expertise médicale et la voie religieuse se croisent : entretenir, maintenir la vie prennent alors des sens multiples, dans un espace thérapeutique relationnel, que Bourdieu appellerait sans doute un champ (Bourdieu et Wacquant 1992).

### *Les soins et les soins domestiques*

L'univers des soins constitue pour nous un ensemble de pratiques et de savoirs, de représentations et de symboles, liés à l'accompagnement des personnes lorsque le corps est fragilisé (Saillant 1991a, 1992a, 1996, à paraître). La notion d'accompagnement renvoie ici directement à cette idée de présence constante, de disponibilité, de gestes accomplis au quotidien, lors des diverses circonstances entourant l'expérience de la maladie dans le milieu de vie habituel de la personne malade. Le terme « accompagnement » pourrait laisser croire à une

certaine forme d'aide psychologique. Sans exclure pour autant cette connotation, nous pourrions ici appréhender les pratiques d'accompagnement en tant que rituels profanes et privés prenant forme à l'aide d'éléments d'ordre aussi bien matériel que symbolique, comme on a pu le voir à travers l'administration des remèdes. En ce sens, l'anthropologie du médicament qui s'élabore actuellement avec les contributions de Nichter (1992) pourrait s'avérer une voie d'analyse pour le futur.

Ces rituels profanes exprimeraient, au sein de l'espace et de l'itinéraire thérapeutique, l'importance de l'action de connection entre divers ordre de réalité (corps, personnes, nature et surnature) qu'on ne peut dissocier de l'ensemble du travail d'entretien et de maintien de la vie qu'effectuent les femmes dans diverses sociétés et à diverses époques, y compris les femmes de la société québécoise. Cela nous entraîne, bien entendu, sur les chemins croisés du symbolique et de la reproduction, et sur les significations plus générales de ces rituels profanes dans les diverses sociétés.

## Références

- BENOIST J., 1993, *Anthropologie médicale en société créole*. Paris, Presses universitaires de France.
- . 1996, *Soigner au pluriel*. Paris, Karthala.
- BERNIER J., 1989, *La médecine au Québec : naissance et évolution d'une profession*. Québec, Presses de l'Université Laval.
- BERTAUX D., 1981, *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences*. Beverly Hills, Sage Publications.
- BOURDIEU P. et L. J. D. WACQUANT, 1992, *Réponses*. Paris, Seuil.
- BRETEL C. B. et C. F. SARGENT, 1993, *Gender, a Cross-Cultural Perspective*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- BRUNEL G., 1979, « Notes de recherche. La culture populaire en procès permanent : le cas des guérisseurs traditionnels au Québec », *Sociologie et Sociétés*, 11 : 142-165.
- BUNGENER M., 1987, « Logique et statut de la production familiale de la santé », *Sciences sociales et santé*, V : 44-59.
- CHRISMAN N. J., 1977, « The Health Seeking Process : an Approach to the Natural History of Illness », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 1 : 351-372.
- CRESSON G., 1991, « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*, 4, 1 : 31-44.
- CSORDAS T. J., 1994, *Embodiment and Experience : The Existential Ground of Culture and Self*. Boston, Cambridge University Press.
- DAGENAIS H. et D. PICHÉ, 1994, *Women, Feminism and Development*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.
- DESCLAUX A., 1996, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant » : 251-280, in J. Benoist (dir.), *Soigner au pluriel*. Paris, Karthala.
- DUBOIS S., 1989, *La médecine traditionnelle dans l'univers socio-culturel du comté de Lotbinière*. Thèse de doctorat. Faculté des Lettres, Université Laval.

- GAUCHER D., 1995, « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : De la santé publique à la médecine préventive » : 161-189, in P. Keating et O. Keel (dir.), *Santé et société au Québec*. Montréal, Boréal.
- GIDDENS A., 1987, *La constitution de la société*. Paris, Presses Universitaires de France.
- GOOD B. J., 1996, *Medicine, Rationality and Experience, an Anthropological perspective*. Boston, Cambridge University Press.
- GRAHAM H., 1985, « Providers, Negotiators and Mediators » : 124-142, in V. Olesen (dir.), *Woman, Health and Healing : Toward a New Perspective*. New York, Tavistock.
- GOULET D., 1987, *Le commerce des maladies*. Montréal, IQRC.
- GUBERMAN N., C. MAILLÉ et P. MAHEUX, 1991, *Et si l'amour ne suffisait pas ?* Montréal, Remue-Ménage.
- HELMAN C., 1990, *Culture, Health, and Illness : An Introduction for Health Professionals*. Londres, Wright.
- HOLDEN P. et J. LITTLEWOOD, 1991, *Anthropology and Nursing*. Londres, Routledge.
- JANZEN J. M., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala.
- JOHNSON T. M. et C. E. SARGENT, 1990, *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. New York, Praeger.
- KLEINMAN A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- , 1995, *Writing at the Margin*. Berkeley, University of California Press.
- LABRECQUE M. F., 1994, *L'égalité devant soi. Sexes, rapports sociaux et développement international*. Ottawa, CRDI.
- LACOURCIÈRE L., 1976, « A Survey of Folk Medicine in French Canada from Early Times to the Present » : 203-214, in W. D. Hand (dir.), *American Folk Medicine : A Symposium*. Berkeley, University of California Press.
- LAFORCE H., 1985, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, IQRC.
- LAPLANTINE F. et A. NOUSS, 1997, *Le métissage*. Paris, Flammarion.
- LAPLANTINE F., 1986, *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.
- LESEMAN F. et C. MARTIN, 1993, *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris, La documentation française.
- LINDENBAUM S. et M. LOCK, 1993, *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley, University of California Press.
- LOCK M., 1993, *Encounters with Aging : Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley, University of California Press.
- LOUX F. et F. SAILLANT, 1995, « L'analyse comparative des recettes de médecine populaire en France et au Québec, L'exemple des rhumatismes » : 157-180, in G. Bouchard et M. Segalen (dir.), *Dynamiques culturelles interrégionales au Québec et en France. Construction d'une enquête*. Chicoutimi, IREP.
- MARTIN E., 1992, *The Woman in the Body : A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, Beacon Press.
- MASSICOTTE E. Z., 1934, « Remèdes populaires d'autrefois », *Bulletin des recherches historiques*, 40 : 360-363.

- MCCLAIN C. S., 1989, *Women as Healers : Cross-Cultural Perspectives*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- MUCHEMBLED R., 1979, *La sorcière au village (XV<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècle)*. Paris, Julliard/Gallimard.
- NAROTZKY S., 1997, *New Directions in Economic Anthropology*. Londres, Pluto Press.
- NICHTER M., 1992, *Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine*. Singapore, Gordon and Breach.
- SAILLANT F. et A. FORTIN, 1994, « L'avènement du corps moderne au Québec », *Santé, Culture, Health*, XI, 1-2 : 7-34.
- SAILLANT F. et É. GAGNON, 1996, « Le self care : de l'autonomie libération à la gestion du soi », *Sciences sociales et santé*, 14, 3 : 17-46.
- SAILLANT F. et F. LOUX, 1991, « Saigner comme un bœuf, le sang dans les recettes de médecine québécoises et françaises. Une analyse comparative », *Culture*, XI, 1-2 : 151-163.
- SAILLANT F. et H. LAFORCE, 1994, « Médecine domestique et pratiques sociales entourant la reproduction chez les Québécoises », *Folklore canadien/Canadian Folklore*, 15, 2 : 31-50.
- SAILLANT F. et M. O'NEILL, 1987, *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels sur la grossesse et l'accouchement au Québec*. Montréal, St-Martin.
- SAILLANT F., 1991a, « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, 4, 1 : 11-30.
- , 1991b, « Le rhume et la grippe. Recettes québécoises de médecine populaire », *Ethnologie française*, XXI, 2 : 126-134.
- , 1992a, « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue internationale d'action communautaire*, 28, 66 : 95-106.
- , 1992b, « Savoirs et pratiques des femmes dans l'univers ethnomédical québécois », *Folklore canadien/Canadian Folklore*, 14, 1 : 47-72.
- , 1996, « Les soins domestiques au Québec : évolution d'un programme de recherche appuyé sur une méthodologie qualitative », *Recherche qualitative*, 15 : 23-49.
- , 1997a, « Les pratiques thérapeutiques québécoises et leurs éléments rituels et symboliques » : 73-90, in G. Bouchard et M. Segalen (dir.), *Rites et symboles en France et au Québec*. Paris, La Découverte.
- , 1997b, « Des mères, des enfants et des remèdes : les voies marchandes de la médicalisation » : 107-129, in A. Turmel (dir.), *Culture, institution et savoir*. Québec, Presses de l'Université Laval et CEFAN.
- , 1997c, *Soins, lien social et utopies thérapeutiques*, Atelier soin et lien social, colloque *Le lien social en mutation*, ACSALF, ACFAS, UQTR, Trois-Rivières, 14 mai 1997.
- , 1998, « Home Care and Prevention », *Medical Anthropology Quarterly*, 12, 2 : 188-205.
- , à paraître, « Chercher l'invisible : épistémologie et méthode de l'étude des soins », *Recherche qualitative*.



- SARGENT C. F., 1996, *Gender and Health : An International Perspective*. Upper Saddle River, Prentice Hall.
- SEGALEN M., 1996, *Sociologie de la famille*. Paris, Armand Colin.
- SHEPER-HUGUES N., 1992, *Death without Weeping, The Violence of Every Day Life in Brazil*. University of California Press, Berkeley.
- SIMARD J., 1979, *Un patrimoine méprisé. La religion populaire des Québécois*. Montréal, Hurtubise.
- TREMBLAY J., 1995, *Mères, pouvoir et santé en Haïti*. Paris, Éditions Karthala.
- WAISSMAN R., 1991, « L'enfant, la famille et la maladie chronique : construction d'une autonomie » : 290-313, in S. Novaes (dir.), *Biomédecine et devenir de la personne*. Paris, Seuil.

## RÉSUMÉ/ABSTRACT

### *Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique*

Les soins domestiques constituent un volet essentiel des systèmes ethnomédicaux et les femmes sont, dans la plupart des sociétés, sinon dans toutes, celles qui développent, dispensent et transmettent les pratiques et les savoirs qui leurs sont reliés. Dans le Québec francophone des années 1930-1960, les soins domestiques constituaient la principale ressource thérapeutique, avant toute autre forme de recours, totalement médical et religieux. L'article propose de comprendre l'univers des soins domestiques au cours de cette période comme la pierre angulaire de l'espace thérapeutique et comme point de départ de l'itinéraire thérapeutique. Il propose également de situer le genre et la maisonnée comme des concepts clefs devant être articulés à la relecture du concept d'itinéraire thérapeutique. Sur le plan théorique, l'hypothèse tend à démontrer l'importance d'une articulation systématique des univers publics et privés pour saisir la totalité de l'espace thérapeutique dans les divers systèmes ethnomédicaux.

Mots clés : Saillant, soins, ethnomédecine, femmes, vie domestique, anthropologie médicale, Québec

### *Women, Domestic Care, and Therapeutic Space*

Domestic care are an essential part of the ethnomedical systems and women, in most societies and probably all of them, develop, use, and transmit those practices and the associated knowledge. During the years 1930-1960 in the Quebec francophone society, domestic care were the main therapeutic resource, among all other possible practices, including the medical and the religious spheres. This article deals with the sphere of domestic care during this period as the key feature of the therapeutic arena, and basis of the therapeutic management. Gender and household should be introduced and articulated as key concepts to reformulate the concept of therapeutic management. On the theoretical level, the hypothesis puts emphasis on the systematic articulation of the public and private spheres to analyse the whole therapeutic arena in various ethnomedical systems.

Key words : Saillant, care, ethnomedicine, domestic life, anthropological medicine, Québec

*Francine Saillant  
Département d'anthropologie  
Centre de recherches sur les services communautaires  
Université Laval  
Sainte-Foy  
Québec G1K 7P4*