Ethnomédecine

L3

**Cours 1**

**1.Autour d’une définition**

Sources écrites : médecine savante

Sources orales

Définition

L’ethnomédecine pourrait être définie comme l’ethnoscience qui a pour finalité la compréhension des pratiques et des représentations relatives à la santé et à la maladie dans les différentes cultures ( >civilisations) principalement à travers l’étude des médecines traditionnelles contemporaines (=terrain)

Autre définition

l’ethnomédecine se préoccupe :

-          des classifications et des connaissances,

-           des pharmacopées indigènes,

-           des thérapeutiques, des corps de représentations, empirique et symbolique.

 Elle permet :

-          de repenser les notions de maladie et de santé,

-           de comprendre, une fois admise la compénétration du social et du fait biomédical, les relations entre les modes d’existence et les pathologies,

-           de travailler selon une méthode pluridisciplinaire qui prend en compte les recherches nutritionnelles, épidémiologiques, génétiques.

Sous l’angle d’une anthropologie de la maladie, elle renvoie à :

-          des représentations telles que l’étiologie,

-           les conceptions du monde,

-           du corps,

-           de l’infortune

-           et à une efficacité où l’ordre symbolique et l’ordre social se conjuguent dans une articulation spécifique qui fait la logique de la société.

**2. Reformulation moderne d’une démarche ancienne**

L’ethnomédecine est une discipline récente qui cherche son autonomie.

Nécessité de la reformulation moderne d'une démarche ancienne avec l’exemple d’ethnopharmacologie ( Dos Santos) :

La principale caractéristique de la nouvelle discipline est le double aspect qu'elle revêt, de continuité avec une perspective ancienne et de reformulation, en profondeur, des objectifs et des méthodes. Dans la mesure où les usages des substances naturelles font partie de savoirs préexistants, notamment vernaculaires, la pharmacognosie et la pharmacologie modernes ont eu à affronter dès le départ les tâches de type "ethnopharmacologique" : déterminer les ingrédients constituant tel remède ou tel poison vernaculaire, cerner les modes de préparation ; analyser, pour chaque ingrédient, avec les moyens disponibles à chaque époque, sa composition chimique; tenter de repérer, dans chaque cas, la "substance" ou le "principe actif" qui pourrait être responsable de l'activité constatée et en décrire les mécanismes.

Comment s’est constituée l’ethnomédecine : aux Etats-Unis, à partir de l’anthropologie de la maladie, selon certains auteurs tels Genest

L’anthropologie dite médicale est, quant à elle, d’autant plus sûrement promise à un avenir de sur- et de sous-définition que son homogénéité est très relative (en témoigne la diversité des démarches classées sous cette étiquette) et sa spécificité douteuse (en témoignent les nombreuses implications politiques ou religieuses de ses données). Confirment cette incertitude de départ l’existence d’une littérature descriptive abondante, l’absence d’essais de synthèse théorique et, plus encore, le fait que l’organisation de la discipline et de ses données se fait, à l’instar de celle de l’anthropologie politique à ses débuts, sur une base typologique.

Les classements typologiques s’effectuent, en effet, en tous sens et, pour l’essentiel, s’appliquent à la fois à l’ensemble des secteurs qui composeraient la sous-discipline « anthropologie médicale » et aux divisions internes de ces secteurs eux-mêmes. D’une vision d’ensemble de la littérature et des manifestations institutionnelles auxquelles a donné lieu l’anthropologie médicale, principalement aux États-Unis, on peut en effet conclure tout d’abord à la remarquable diversité, sinon à l’incontestable hétérogénéité d’analyses qui n’ont en commun que leur objet empirique d’occasion, à condition de définir celui-ci de façon très lâche. Un article de Serge Genest (1978) a eu le mérite, à la suite de A.       C. Colson et K.           E. Selby (1974), de bien mettre en évidence le côté en quelque sorte administratif et stratégique du regroupement ainsi opéré entre des recherches aux finalités différentes : l’épidémiologie, l’étude des soins en institution (health care delivery systems), les recherches sur les problèmes de santé et l’ethnomédecine constitueraient les quatre grandes divisions de l’anthropologie médicale.

Site internet donnant le texte de Genest :

                               http://www.erudit.org/revue/as/1978/v2/n3/000895ar.pdf

**L’épidémiologie** se préoccupe essentiellement d’établir des corrélations entre l’environnement social ou naturel et les maladies endémiques ou épidémiques ; elle peut être conçue dans un sens très sociologique et chercher explicitement à mettre en relation coutumes ou modes d’habitat et maladies spécifiques ; elle n’est pas non plus sans finalités pratiques, puisque les modifications de divers ordres consécutives aux déplacements de population, par exemple, risquent d’entraîner l’effacement, l’apparition ou la réapparition de maladies. Genest, s’appuyant sur les travaux de H. Fabrega (1972), rappelle qu’une relation a été inférée (mais non prouvée) entre la mastication du bétel et le cancer de la bouche, et mentionne la relation, plus sophistiquée, qui a pu être établie entre le passage de la vie en montagne à la vie en plaine et la réapparition de la malaria ; cette relation fait intervenir simultanément des changements d’habitat (maisons à étages en montagne, maisons à même le sol en plaine), des changements dans l’organisation du travail (stabulation en montagne, pâture libre en plaine) qui expliquent la disparition des mécanismes de protection contre l’anophèle.

 La finalité appliquée de la recherche est à l’évidence encore plus marquée dans les études consacrées aux soins en institution, qui concernent plus particulièrement les anthropologues par l’attention qu’elles portent aux relations entre corps médical et patients ou entre différentes catégories du personnel médical, et dans les études de santé qui s’intéressent soit à des populations spécifiques, comme les personnes âgées, soit à des comportements spécifiques, comme la toxicomanie.

**L’ethnomédecine** constituerait, au terme de cette division, la part la plus anthropologique de l’anthropologie médicale, dans la mesure où elle privilégie plus nettement l’étude du rapport entre les maladies ou les modalités de leur traitement et l’organisation sociale des populations considérées ; mais elle ne seraitpas pour autant de façon exclusive l’étude de la médecine des autres, des peuples non occidentaux, dans la mesure où elle s’applique aux comportements relatifs à la maladie en général, dans la mesure aussi où le doublet médecine savante/médecine populaire est attesté dans de nombreuses cultures.

 Une première difficulté apparaît néanmoins en ce point, car le caractère très officiel d’un certain nombre de croyances relatives à la maladie dans certaines sociétés (croyances qui entraînent tout naturellement le recours à un certain nombre de procédures et de thérapeutes) ne saurait avoir pour pendant le caractère officieux que prennent certaines croyances populaires dans les sociétés où une tradition médicale savante autonome s’est affirmée, même si ces croyances peuvent apparaître comme l’expression de logiques symboliques comparables ; pour dire les choses autrement, il faut souligner que le rapport vécu à la maladie ne se réduit pas à l’opposition médecine savante/médecine populaire ou médecine officielle/médecine officieuse, celle-ci n’étant tout au plus qu’une composante de ce rapport.

Car bien des aspects de ce rapport à la maladie sont liés au vécu personnel et à des représentations symboliques, propres à chacun, comme c’est le cas dans les rêves.

Anthropologie de la maladie et notions d’illness, disease, sickness.

Jusqu'à la fin des années 60, les travaux de l’anthropologie médicale portaient sur les pratiques thérapeutiques et le discours des thérapeutes.

A partir des années 70, il y a un changement d’orientation. De plus en plus souvent, l’intérêt des chercheurs s’est porté sur le discours profane de la maladie et sur l’objet de la maladie en tant que tel. Ce changement s’est accompagné d’une critique du rôle de modèle que jouait la conception biomédicale de la maladie. Le modèle étudié est celui de la bio-médecine occidentale. Pour A. Kleinman, ce qui intéresse l’anthropologue, ce n’est pas la maladie en tant que catégorie objective de la médecine, mais la manière dont les gens ordinaires élaborent leur propre notion de maladie à travers leur propre pratique, leur propre expérience et les contacts qu’ils ont avec les spécialistes

Il propose une nouvelle terminologie en se basant sur trois termes anglais : illness, disease, sickness.

 · disease désigne la notion bio-médicale de la maladie ;

 · illness désigne des expériences et des perceptions socialement dévalorisées qui incluent l’expérience de la maladie sans toutefois s’y réduire complètement ;

 · sickness est un terme neutre. Le sens précis peut se rapporter, selon le contexte soit à la notion médicale de la maladie, soit à sa dimension psychosociale.

Allan Young a repris cette terminologie pour la modifier :

 · disease : entité nosologique qui est reconnue par la bio-médecine et qui entre dans une nomenclature médicale. à entité : concept, représentation dont le référent est assimilé à un être réel : la déesse Athéna représente la Grèce classique, mais aussi Athéna la déesse de la guerre. La médecine crée des identités. à nosologie : étude des traits distinctifs des maladies à entité nosologique : maladie individualisée (grippe, rhumatisme, etc.) Il s’agit des caractéristiques pathologiques de la biomédecine. Le mot le plus proche dans le langage médical est affection. Mais cette notion n'’st propre ni à la bio-médecine, ni aux médecines savantes.

 · illness désigne l’état de maladie en tant que subjectivement reçu par un individu (patient).

 · sickness : désigne l’état de maladie en tant que maladie socialement reconnue

Ces terminologies se sont imposées aux chercheurs en Anthropologie en raison de la valeur opératoire. Elle permet de distinguer les différents niveaux auxquels la notion de maladie peut être appréhendée dans la recherche ; cette classification est d’autant plus intéressante lorsqu’il y a désaccord entre l’individu qui se croit malade et ceux qui ne le croient pas malade et dont il va solliciter la reconnaissance de sont état de malade. Cette reconnaissance de l’état de maladie est toujours le résultat d’une négociation.

 Illness et sickness sont universels parce qu’ils désignent l’état de la maladie, notion qui est inséparable de la communication sociale. Les partenaires sociaux doivent disposer d’une définition commune et sociale de l’état de maladie et de ressources sémantiques pour traduire en des termes sociologiquement significatifs le vécu individuel. Replacer au centre de l’étude la notion même de maladie a conduit de nombreux auteurs à renoncer à la notion d’anthropologie médicale pour lui préférer la notion d’anthropologie de la maladie.

EX Introduction à l'anthropologie de la maladie.(Reynier)

 http://www.reynier.com/ANTHRO/Ethnomedecine/Intro.html

**Eléments d’interprétation dans les différents pays :**

Anglo-Saxons : ethnomedicine est partie intégrante de la « medical anthropologie »

Allemagne : Ethnomedizin=medizinische Anthropologie ; Medizin ethnologie ; Kultur vergleichende medizinische Anthropologie : déf : Interdisziplinäres Fachgebiet, dass Sozial-Kultur-und Naturwissenschafliches Wissenverbindet, um systematisch den Zusammenhang zwischen Medizin und Kultur zu erforschen.

Traduction: anthropologie médicale comparant les cultures:domaine d’études interdisciplinaires, qui relie les savoirs en matière sociale, culturelle, et des sciences de la vie, dans le but d’explorer

systématiquement la relation entre médecine et culture.

Ancienneté : arabes, grecs, chinois, médecine ayurvédique pour l'Inde (voir .

MAZARS G.(1995), La médecine indienne, Presses universitaires de France, Paris).

**3. Une science interdisciplinaire**

(exemple que je connais bien pour y avoir effectué de l'ethnobotanique: Pharmacopée caraïbe « Tramil » ; action du pharmacien Joseph Henry en Guadeloupe) :

-         ethnographie

-         anthropologie

-         histoire

-         linguistique

-         matière médicale ou pharmacognosie

-         médecine

Epidémioanthropologie

Facteurs alimentaires, d’où maladies : signalé dès l’Antiquité

Médecine ayurvédique :

-         facteurs externes provenant du milieu

-         comportements individuels

Hippocrate : idem cf Corpus hippocratique

Médecine et pharmacognosie : nécessite une bonne identification des maladies et des remèdes ( goûter, participer, enregistrer…)

Histoire : il existe des lettres de demandes, de cadeaux en rapport avec la médecine

La médecine traditionnelle fut longtemps sous estimée…l’ethnographie ne servait plus à rien.

**4. Méthodes de recherches interdisciplinaires ou de la coopération à l’interdisciplinarité :**

Apports de l’ethnomédecine : voir Méthodes de l’ethnologie (PUF)

2 types de méthodes interdisciplinaires

Par division ex math et géométrie

Au contraire par agrégation de différents matières

Méthodes et résultats

-         techniques, enquêtes

-         choix du terrain

-         études préalables à l’enquête

-         ne peut détenir tous les savoirs, donc soit faire appel à d’autres spécialistes, y compris de l’invisible

Méthode=ensemble de techniques dont le choix et la forme sont surtout liées aux objectifs de la recherche

Techniques : définitions (conditions), modalités, validité…

Ouvre des connaissances, et permet le progrès de la médecine.

Exemple Inde : coexistence des deux médecines (méd. trad. avec théorie des humeurs), d’où étude de la philosophie, de la cosmogonie…( Cf mes études en Alsace)

**5. Raisons du nouvel intérêt envers les savoirs et usages vernaculaires :**

- Trouver des médicaments nouveaux en réponse à l’émergence de maladies nouvelles ( ou parfois à la résurgence de maladies anciennes et récurrentes):

SAVOIR DONNER QUELQUES EXEMPLES

- trouver des réponses à des problèmes modernes d'anthropologie de la santé: développement de systèmes de soins primaires, étude des relations thérapeutes patients, des relations du personnel soignant en institution...

**Cours 2**

**1. Histoire de l'anthropologie de la maladie et regards de l'ethnologie sur la médecine.**

But: savoir donner les lignes forces de leur évolution.

Bibliographie:

Ce domaine de recherche est né aux U.S.A. ; mais on possède des descriptions de rituels thérapeutiques du XVIIIème siècle, notamment en ce qui concerne des recettes médicinales à base de plantes (phytothérapie). Plus récemment, les anthropologues ont commencé à s’intéresser (seconde moitié du XIXème siècle) à la maladie et à la guérison comme domaine de recherche. Souvent, la maladie était considérée comme un élément religieux, notamment dans les sociétés primitives, dans les sociétés non occidentales.

La notion de médecine savante n’est pas propre à l’Occident. Une médecine savante apparaît lorsque deux conditions sont définies :

· une profession médicale;

· une tradition écrite, donc fixée.

Il existe donc des médecines savantes arabe, indienne, chinoise, grecque, égyptienne, aztèque, etc. La médecine savante existe à partir du moment où il y a une autorité instituée (école, église, etc.) qui garantit la légitimité du savoir et qui va contrôler les modalités de son apprentissage (diplôme) de son exercice (profession). Le savoir des thérapeutes professionnels (médecins) se distingue du savoir profane (non professionnel) par son contenu et son institution.
Dans de nombreuses sociétés, on observe des spécialistes des maladies, mais ce ne sont pas des professionnels (généralement des agriculteurs). La légitimité du savoir et de la pratique est garanti d’un autre manière, soit sur la base d’une reconnaissance collective, sit par un niveau de connaissance symbolique (croyances religieuses). Dans ces sociétés, la distinction entre savoir médical et savoir profane n’est pas institutionnalisé.
Les travaux sur la médecine savante sont importants, mais ce ne sont pas des oeuvres d’anthropologues ; le plus souvent ils proviennent des historiens qui s’intéressent aux textes et négligent la culture vécue et les pratiques de terrain. Cette situation résulte d’une répartition des tâches au XIXème siècle entre les universitaires ; les sciences sociales ont été divisées en quatre sous domaines :

· la sociologie. Elle se consacre à l'étude des sociétés occidentales dites modernes, donc industrialisées ; elle reposait, au XIXème siècle, sur le paradigme de l'évolutionnisme. [paradigme : ensemble de problématique qui relève d'un même système d'interprétation de la réalité, ce système d'interprétation étant lui-même non systématisé].

· l'anthropologie des mondes contemporains apparaît vers les années soixante. Dans les années 50, la sociologie médicale apparaît ; elle étudie l'institution médicale occidentale avec pour objet l'institution hospitalière, l'étude du comportement des maladies et le rôle de la médecine dans la production sociale (négociations entre partenaires sociaux). Lire M. Augé et C Herzlich : Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.

· le folklore les aspects qui ne sont pas liés à la sociologie ont été considérés comme faisant partie du folklore jusqu'en 1914 ; il s'agit en fait de la société paysanne traditionnelle
Cette culture était considérée comme relevant du domaine des folkloristes qui s'occupent des savoir populaires.
Dans le domaine thérapeutique, ces folkloristes ont rassemblé une masse d'informations sur ce que l'on appelle la médecine populaire avec des pratiques diversifiées (recours aux Saints guérisseurs, les rebouteux, la sorcellerie, les leveurs de sort, les panseurs de secrets. Lire Marcelle Bouteiller : Chamanisme et guérison magique (PUF 1950).

· l'ethnologie ; le premier objet de recherche est constitué par les sociétés dont l'économie reposait généralement sur le binôme chasse-collecte, sur l'horticulture ou une agriculture itinérante. Ces sociétés présentent des traits communs que l'on croyait, au XIXème siècle, représentatifs d'un stade archaïque de l'évolution des sociétés humaines.

L’ethnologie de terrain est née aux U.S.A. dans les réserves indiennes, les sociétés d’Amérique du nord appartenant au type d’agriculture itinérante par écobuage. Ces sociétés se caractérisent par :

· une organisation essentiellement fondée sur la parenté (cf. Morgan)

· une absence d'Etat. L'Etat se caractérise par un pouvoir institutionnalisé où l'autorité s'exerce par l'intermédiaire de fonctionnaires.

· une division du travail ; elle peut être imité à une répartition sexuelle des tâches, mais aussi entre les générations. Il y a très peu de division sociale des tâches donc une faible atomisation des savoir techniques et thérapeutiques (le spécialiste du fer est le forgeron).

· une culture essentiellement orale avec l'absence de documents écrits utilisables par les chercheurs.

· un volume restreint (de toutes petites sociétés de quelques centaines de personnes à quelques milliers). Il y a donc possibilité de faire des études exhaustives d'une société globale. Cela permet de comprendre pourquoi l'ethnologie privilégie une approche globalisante des sociétés sous forme de monographies (étude d'une société sous toutes ses formes en privilégiant l'observation directe).

Dans le domaine thérapeutique, la faible automatisation des savoir est étudié par les premiers ethnologues ; l’imbrication avec les savoir religieux a eu pour conséquence que l’on trouve très souvent des descriptions de rituels thérapeutiques dans les classiques de l’anthropologie religieuse, mais la question de la maladie n’est pas abordée en elle même, mais uniquement sous l’angle de la théorie des religions.

Young aborde la question de la liaison entre thérapie et religion. Evans-Pritchard décrit les rituels thérapeutiques et s’intéresse à la fonction sociale de la religion dans les pratiques thérapeutiques. Turner décrit les rituels thérapeutiques dans la théorie symboliste. Spiro décrit la encore des rituels, mais c’est avant tut un moyen pour illustrer sa thèse selon laquelle les entités spirituelles représentent des figures parentales.

**L’orientalisme et l’histoire.**

Les historiens et les orientalistes se sont spécialisés dans l’étude des grandes civilisations, c’est-à-dire dans des sociétés sit disparues, sit actuelles mais non occidentales. Ce sont des sociétés de vastes dimensions qui possèdent une organisation politique étatique ; ils connaissent l’écriture et se caractérisent par une différenciation et une hiérarchisation des catégories sociales, par une économie complexe, de type agricole, souvent monétarisées avec un développement importante et une spécialisation des savoir techniques et spéculatifs (théorie des humeurs d’Hippocrate).

Les ethnologues étaient donc censés étudier des populations primitives et sauvages, les historiens les peuples civilisés. Seules les médecines savantes intéressaient les orientalistes ; à leurs yeux, les médecines populaires représentaient des « survivances ».

La conséquence de cette répartition est une extrême dispersion des données sur la manière dont les hommes ont pensé la maladie, entraînant une opposition artificielle entre des pratiques empiriques rationnelles et des pratiques magiques.

La première tentative de synthèse est faite par Williams Rivers (d’abord médecin, puis psychologue et enfin ethnologue). Il est le premier ethnologue a avoir utilisé les découvertes de Freud et de la psychanalyse. Il a écrit une monographie sur une population d’Inde du Sud, les Toda et a utilisé une méthode généalogique pour comprendre les faits de parenté. Il s’est efforcé à relever les différences entre les règles et la pratique et a relevé les écarts entre les deux). Il a publié Médecin, magic and religion en 1924, étude dans laquelle il montre qu’il y a complémentarité entre les croyances et les pratiques thérapeutiques. Il y étudie la notion de système médical, où chaque vision est le reflet d’une perception particulière du monde.

vision magique

vision religieuse à chaque vision correspond un stade de l'évolution.

vision empirique

En fait, il emprunte la vision de Frazer qui utilise une opposition ternaire : magie, religion et sciences.

Clements dans Primitive concepts of disease (1932) classe les différentes causes aux quelles la maladie est attribuée dans le monde ; il se place dans une perspective diffusionniste. Il distingue cinq grands types de causes : · incorporation d’un objet maléfique ;· perte d’une âme ;· possession par un esprit ;· violation d’un interdit ;· agression d’un sorcier. Ces catégories interfèrent souvent entre elles. Cette typologie formelle ne prend pas en compte la variabilité des croyances et des pratiques. Mais cet article va inspirer des recherches dans l’anthropologie médicale et conduit vers une réflexion, dans les années 70, sur l’ethiologie des maladies.

L’anthropologie médicale est créée en 1963 par Scotch. Le premier spécialiste est Edwin Ackerknecht qui a beaucoup écrit dans les années 40/50. Il rompt avec l’évolutionnisme de Rivers et de Clements. Il s’efforce de montrer que les médecines primitives reposent sur des systèmes de pensée parfaitement logiques, mais qu’elles restent irrationnelles parce qu’elles expliquent une maladie par une vision magico-religieuse sans aucune base empirique. Lorsque cette médecine fait appel à des remèdes empiriques, elle ne se soucie pas d’expliquer la maladie. Ackerknecht subordonne la notion de rationalité à celle d’efficacité.

Au cours des quarante dernières années, le volume des recherches concernant la santé, la maladie s’est accru notamment aux U.S.A. Il est donc très difficile de tracer un tableau d’ensemble en raison de la grande diversification. Néanmoins, il est possible de cadrer l’ensemble en trois grandes catégories : · ce qui relève de l’anthropologie de la santé ; · ce qui relève des ethnosciences, et dont l’ethnomédecine fait partie ; · ce qui relève de l’anthropologie de la maladie.

**L’ethnologie de la santé.**

Elle recouvre tous les travaux qui relèvent de la perspective de la recherche finalisée, donc qui vise des applications pratiques. Ces travaux portent aussi bien sur les sociétés industrielles que sur les sociétés en développement. Ils ont donc souvent un caractère pluridisciplinaire (sociologie, économie, géographie, histoire, etc.). Les thèmes abordés sont extrêmement variés ; la liste en est infinie : · étude des politiques et systèmes de santé ; les recherches sont nombreuses sur les pratiques préconisées par l’OMS. Les soins de santé primaire et de réhabilitation de la médecine traditionnelle. Ces thèmes ont eu leur essor à partir du début des années 70. Il s’agit de développer au niveau local des structures de santé chargée du 1er contact avec le malade, ces structures étant à la charge de la population locale avec l’emploi d’un personnel faiblement qualifié. Ces politiques de soins primaires ont été réhabilitées en prenant en compte les ressources des médecines traditionnelles en raison de la pauvreté de ces populations. · étude des facteurs socio-culturels et des facteurs pathologiques à caractère endémique (cf. recherches sur le Sida) · étude des problèmes de santé des minorités ethniques, principalement dans les pays industrialisés sous l’angle de l’accès aux soins et aux services de santé ; · étude des facteurs culturels à prendre en compte dans l’élaboration des programmes d’éducation sanitaire. Ethnomédecine et ethnosciences.

Les observations empiriques montrent que dans les sociétés, l’interprétation de la maladie en terme symbolique n’est pas exclusif. Tous les peuples ont su élaborer des savoirs fondés empiriquement sur l’environnement, le corps humain, les propriétés thérapeutiques de certaines substances (végétales ou animales). Toute société dispose d’une pharmacopée ; ces savoirs sont des ethnosciences. Murdock est à l’origine de ce courant : dans les années 50, il a constitué un fichier sur l’ensemble des cultures humaines pour les comparer entre elles (Human résolution area files) Il classe les données en diverses rubriques : ethno-anatomie, ethno-zoologie, ethno-botanique... L’ensemble de ces rubriques est regroupé dans les ethnosciences. Ce terme est ambigu car il désigne soit le savoir médical d’un peuple ou l’anthropologie médicale dans le sens de l’étude sur le savoir des peuples. Il serait arbitraire de regrouper sous cette étiquette des savoir qui ne sont regroupés que dans la bio-médecine. Dans de nombreuses sociétés, l’usage des remèdes est déconnecté de la connaissance anatomique, physiologique. Or ces savoir ne sont automatisés que dans les « sociétés savantes ». La démarche est intéressante au point de vue d’une anthropologie cognitive, comme dans le cadre de la pensée sauvage (spontanée). La pensée est alors reflétée par le discours.

Frake analyse la manière dont la population de Mindanao (Philippines) diagnostique les maladies de la peau. Il s’efforce de montrer que l’identification de ces maladies repose sur l’existence d’une taxinomie (classement des formes sous lesquelles un phénomène apparaît), un classement par signes cutanés (système de classement systématisé de type structuraliste). En fait, le domaine de la maladie devient un prétexte pour étudier la pensée humaine. L’objet en est l’étude des structures cognitives qui orientent les comportements sociaux.

**Anthropologie de la maladie.**

Jusqu'à la fin des années 60, les travaux de l’anthropologie médicale portaient sur les pratiques thérapeutiques et le discours des thérapeutes. A partir des années 70, il y a un changement d’orientation. De plus en plus souvent, l’intérêt des chercheurs s’est porté sur le discours profane de la maladie et sur l’objet de la maladie en tant que tel. Ce changement s’est accompagné d’une critique du rôle de modèle que jouait la conception biomédicale de la maladie. Le modèle étudié est celui de la bio-médecine occidentale. Pour A. Kleinman, ce qui intéresse l’anthropologue, ce n’est pas la maladie en tant que catégorie objective de la médecine, mais la manière dont les gens ordinaires élaborent leur propre notion de maladie à travers leur propre pratique, leur propre expérience et les contacts qu’ils ont avec les spécialistes

Il propose une nouvelle terminologie en se basant sur trois termes anglais : illness, disease, sickness. · disease désigne la notion bio-médicale de la maladie ; · illness désigne des expériences et des perceptions socialement dévalorisées qui incluent l’expérience de la maladie sans toutefois s’y réduire complètement ; · sickness est un terme neutre. Le sens précis peut se rapporter, selon le contexte soit à la notion médicale de la maladie, soit à sa dimension psychosociale. Allan Young a repris cette terminologie pour la modifier : · disease : entité nosologique qui est reconnue par la bio-médecine et qui entre dans une nomenclature médicale. à entité : concept, représentation dont le référent est assimilé à un être réel : la déesse Athéna représente la Grèce classique, mais aussi Athéna la déesse de la guerre. La médecine crée des identités. à nosologie : étude des traits distinctifs des maladies à entité nosologique : maladie individualisée (grippe, rhumatisme, etc.) Il s’agit des caractéristiques pathologiques de la biomédecine. Le mot le plus proche dans le langage médical est affection. Mais cette notion n'’st propre ni à la bio-médecine, ni aux médecines savantes. · illness désigne l’état de maladie en tant que subjectivement reçu par un individu (patient). · sickness : désigne l’état de maladie en tant que maladie socialement reconnue

Ces terminologies se sont imposées aux chercheurs en Anthropologie en raison de la valeur opératoire. Elle permet de distinguer les différents niveaux auxquels la notion de maladie peut être appréhendée dans la recherche ; cette classification est d’autant plus intéressante lorsqu’il y a désaccord entre l’individu qui se croit malade et ceux qui ne le croient pas malade et dont il va solliciter la reconnaissance de sont état de malade. Cette reconnaissance de l’état de maladie est toujours le résultat d’une négociation. Illness et sickness sont universels parce qu’ils désignent l’état de la maladie, notion qui est inséparable de la communication sociale. Les partenaires sociaux doivent disposer d’une définition commune et sociale de l’état de maladie et de ressources sémantiques pour traduire en des termes sociologiquement significatifs le vécu individuel. Replacer au centre de l’étude la notion même de maladie a conduit de nombreux auteurs à renoncer à la notion d’anthropologie médicale pour lui préférer la notion d’anthropologie de la maladie.

La notion d’anthropologie médicale sous-entend que l’on va privilégier le point de vue des thérapeutes spécialisés (cf. Laplantine dans son anthropologie de la maladie). Or le point de vue des profanes est aussi intéressant, il est d’autant plus valable lorsqu’il y a une médecine savante. Lorsqu’il n’y a pas de médecine savante, les points de vue des profanes et des thérapeutes sont proches.

**L’anthropologie médicale** s’intéresse à l’ensemble des pratiques sociales qui ont des incidences sur la santé et la maladie. Or certaines pratiques ne possèdent pas une finalité spécialement thérapeutique. Au Laos, des rites annuels pour les génies tutélaires du villages sont des rites à finalité religieuse : il s’agit de renouveler le contrat entre les génies et les hommes. Ce contrat permet de cultiver le sol qui est propriété des génies. Secondairement le culte possède une finalité thérapeutique : si ces rites ne sont pas accomplis, des maladies peuvent s’abattre sur le village. C’est une finalité par défaut.

P. Worsley explique que l’anthropologie doit rompre avec la tradition de Revers selon laquelle l’anthropologie de la maladie a pour vocation l’étude des systèmes médicaux non occidentaux. Il critique cette position par l’intermédiaire des médecines non occidentales. Dans l’anthropologie de la maladie, il y a souvent une grande part d’ethnocentrisme ; ces systèmes font référence à des traditions médicales indépendantes les unes des autres. Il y a méconnaissance des influences des diverses traditions médicales. Le point de vue médical s’appuie sur les manières de penser la maladie et sur la manière dont elle s’enracine en occident dans les traditions intellectuelles et morales qu’il qualifie de méta médicales. S’il doit y avoir une anthropologie de la maladie et de la médecine, il faut alors mettre en relation cette anthropologie avec les autres méthodes de l’anthropologie.

Marc Augé explique que la démarche de l’anthropologie médicale est restée prisonnière d’une perspective évolutionniste qui opposait de manière stérile la médecine dite moderne aux médecines dites traditionnelles ou primitives. Pour Augé, les faits magiques possèdent des dimensions sociales s’ils sont considérés comme cause de maladie, mais il renvoie aux enjeux sociaux ; le sorcier est un acteur social qui a une position particulière. L’anthropologie médicale a qualifié de magie les interprétations de la maladie qui font du désordre biologique les signes d’un désordre social. Ce qui intéresse l’anthropologie c’est que dans toute société la maladie possède toujours une dimension sociale. Pour A. Young, l’anthropologie de la maladie est constitué par la maladie dans sa dimension sociale ; c’est ce qu’il nomme sickness, et non la maladie dans sa dimension vécue (deases ou illness). Il admet l’existence de deux types de travaux : · ceux de la perspective d’Augé (dimension sociale) ; ce sont les travaux de l’anthropologie of sickness ; · ceux qui se placent au point de vue du sujet individuel et qui s’intéressent à la manière dont les individus organisent leur propre expérience de la maladie ; travaux of illness Pour Good (réseau sémantique de la maladie), « c’est le réseau des termes, des situations, des symptômes et des impressions qui sont associés à une maladie et qui lui donnent un sens au point de vue du sujet ». Il insiste sur la fluidité de ces réseaux (nombre, variables, hétérogénéité, etc.). Cette fluidité du réseau permet au sujet de réorganiser continuellement son expérience de la maladie en fonction des circonstances.

La notion de modèle de Kleinman recouvre un essai de modélisation sur la manière dont les individus rationalisent leur conduite de la maladie en fonction : · de leur fond culturel ; · de l’interaction du système médical. Young reconnaît l’intérêt de ces approches, mais il en souligne aussi les limites. Ce qui détermine les conduites thérapeutiques, c’est la maladie dans sa dimension sociale et non vécue.

**Augé** conçoit l’anthropologie comme une anthropologie sociale. A ses yeux, seule la dimension sociale de la maladie intéresse l’anthropologie. La dimension individuelle et vécue de la maladie constitue également une étude anthropologique selon Young. L’opposition entre illness et sickness doit être relativisée, mais n’est pas réductible à une opposition individu/société pour la raison que le vécu de la maladie a déjà une dimension sociale. L’expérience de la maladie présente toujours une dimension individuelle et sociale à toutes les étapes de « l’itinéraire thérapeutique ».

Cet itinéraire thérapeutique est constitué de trois étapes : · perception par le sujet d’une maladie qui est susceptible d’être interprétée en terme de maladie. C’est l’étape de la maladie vécue (illness). Or cette étape a déjà une dimension sociale parce que le seuil de perception des symptômes et de leur perception différentielle sont influencés par le milieu culturel, la sémantique et la position occupée dans la société. · communication par le sujet d’informations sur son vécu, ce qui est susceptible de déboucher sur une reconnaissance de l’état de maladie. Elle permet au sujet d’accéder au rôle de malade. Elle pose trois problèmes : Þ Comment le sujet communique-t-il à propos de la maladie ? Comment communique-t-il sur son vécu ? Les travaux de l’anthropologie of illness se sont attachés à ces questions. Ils suggèrent que le sujet élabore toujours une théorie de sa propre maladie afin de la rendre intelligible et signifiante. Elle s’exprime à travers un langage profane qui véhicule des catégories culturelles, des représentations sociales, des notions morales. Ces représentations sont variables et dépendent des sociétés et à l’intérieur de celles-ci des catégories sociales. Þ Qui est habilité à reconnaître l’état de maladie. Les réponses sont sociales (famille, profession, devin, etc.) Tout dépend des sociétés. Þ Quelles sont les implications du rôle de malade. Les réponses sont variables. Le malade a droit de ne pas assumer ses responsabilités sociales habituelles. Le malade a le devoir corrélatif de se conduire comme la société l’attend d’un « bon malade ». Or selon les cas, ce devoir s’accompagne soit d’une évolution vers un statut enviable, soit d’une stigmatisation sociale. Le sujet va être privé de certains droits (cf. lépreux du Moyen-Age). Le rôle de malade peut s’accompagner soit du maintien dans le groupe d’origine soit il va être agréé (temporairement ou définitivement) à un nouveau groupe social. · interprétation de la maladie et choix d’un traitement. Les situations sont variables selon les sociétés. L’interprétation va soit Þ porter sur les symptômes et déboucher sur l’identification d’une entité nosologique Þ reposer sur une pratique symbolique, telle que la divination qui ne tient aucun compte des symptômes. Ce diagnostic peut alors déboucher sur un traitement de type symbolique ou faire appel à des remèdes.

Le diagnostic ne détermine pas nécessairement le traitement qui peut être lui-même symbolique ou à base d’un traitement. Cette étape présente un caractère éminemment social. Très souvent, la maladie est interprétée sous la forme d’un désordre social. Même la biomédecine admet l’existence de causes sociales de la maladie (épidémiologie née dans le contexte de la morbidité ouvrière de la fin du XIXème siècle).

Dans les sociétés ou l’interprétation de la maladie en termes symboliques est fréquente, le diagnostic dépend plus du type de thérapeute que l’on est allé consulté que des symptômes.

**Bibliographie**

Ackerknecht : Médecine and ethnology. Selected essay - Baltimore - John Hopkins Press 1971
Ackernecht : Natural disease and national treatment in primitive medecin. Bulletin of the history of medecine 1946 (p.465-497)
Augé M. et Herlich : le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie - Paris Ed. Des archives contemporaines 1983
Evans-Pritchard E.E. : Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé - Paris Gallimard 1972
Favret Saada J. : Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage - Paris Gallimard 1972
Laplantine : Anthropologie de la maladie - Paris Payot 1986
Levi-Strauss C. : Anthropologie structurale (chapitres 9 et 10)
Mordock, Wilson : World distribution of theori of illness. Anthropology 1978 (p.449-470)
Retel-Laurentin A. Ethiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles - Paris L’Harmattan 1995
Spiro : Burmse spiritualism (Bobbs-Merrill 1967)
Turner V.-W. : Les tambours d’affliction. Analyse des rituels chez les Ndemba de Zambie - Paris Gallimard 1972
Turner : The forest of symbols ; aspects of Ndembo ritual (Cornell University Press 1967).
Allan Young : The anthropologies of Illness and Sickness in Annual review of Anthropologie (1982 N°11 p.257-285)
Zempleni A. : La maladie et ses causes. L’ethnographie 1985 N°96/97 - Causes, origines, agents de la maladie chez les peuples sans écriture.
Zempleni A. : La thérapie traditionnelle chez les Wolofs et les Lebou in Sociologie médicale - Paris A. Colin 1972 (p.197-217)

**bibliographie extraite de: http://www.reynier.com/ANTHRO/Ethnomedecine/Intro.html**

**2.L'histoire: influences et transmission des savoirs médicaux entre civilisations:**

But: savoir montrer le caractère indispensable des comparaisons interculturelles

Exemple en ethnopharmacologie, bibliographie extraite de l' article publié par la Société Française d'Ethnopharmacologie en 2002: "L'ethnopharmacologie, une approche pluridisciplinaire: José Dos Santos et Jacques Fleurentin:

La reprise des recherches sur les savoirs non-scientifiques ou pré-scientifiques contemporains a entraîné également un regain d'intérêt pour les savoirs anciens, qui ne sont accessibles qu'à travers des documents historiques le plus souvent hérités des traditions savantes (grecs, latins, perses et arabes, indiens, tibétains, chinois ... ).

L'exploitation de ces sources est l'affaire des historiens, et, pour la perspective ethnopharmacologique, la contribution des historiens des sciences s'avère, elle aussi, capitale. On conçoit l'intérêt, pour l'étude de tel type de poison, ou pour la caractérisation de telle famille de plantes, de la comparaison inter-culturelle que permet l'ethnographie récente ; mais on se gardera de sous-estimer ce qu'apporte, comme possibilités de mise en perspective des usages actuels, un examen systématique des sources anciennes (parfois millénaires) par des spécialistes de ces sources.

Là même où les choses semblaient le mieux assurées, au sein de traditions académiques vénérables, comme c'est le cas de l'utilisation des "classiques" par les sciences pharmaceutiques naissantes, ce sont d'importantes lacunes que l'on découvre.

Ainsi l'érudition des hellénistes et des latinistes, lorsqu'elle est associée à une formation botanique très poussée, est-elle en mesure de jeter une nouvelle lumière sur les savoirs anciens, où il est à parier que bien des données intéressantes étaient passées inaperçues, et à propos desquels les contresens qui demandent à être rectifiés sont peut-être plus nombreux qu'on ne l'a imaginé.
Nous avons récemment montré comment l'attribution de certaines propriétés aux "armoises", identifiées comme l'ensemble des espèces appartenant au genre Artemisia, du fait que ce mot désignait, chez les auteurs gréco-latins, certaines plantes consacrées à Artémis, conduisait aux pires approximations, et à de fausses conclusions. Ce que l'on tend à oublier, en l'occurrence, c'est que le genre linnéen Artemisia, qui inclut actuellement plus de deux cents espèces, est un produit du XVIIIème siècle, plusieurs fois remanié depuis lors. Sa projection dans le passé n'est donc qu'anachronisme. Ainsi, les textes gréco-latins analysés par J. André, nous ont permis de retrouver, en synonymie avec le mot "Artemisia", plusieurs dizaines d'espèces, relevant de six genres (au sens actuel) différents, voire appartenant à d'autres familles que celle des Composées (Labiées, Aristolochiacées, etc.) (2-3).

Il est intéressant de constater que le réexamen des sources classiques elles-mêmes, dans une perspective ethnopharmacologique, aboutit elle aussi à des projets de grande ampleur, où le caractère systématique est, là encore, dominant. On pense naturellement aux travaux de la Société d'Etudes Ayurvédiques sur les sources indiennes (Mazars, ce volume), ou encore, au projet "Theorema" (dépouillement et informatisation de l'ensemble des sources latines de l'Antiquité et du Moyen Age jusqu'au Xe siècle) (33).

Les travaux des chercheurs de la Société Française d'Ethnopharmacologie concernant la médecine arabo-persane, en rapport avec nos recherches de terrain au Yémen, confirment l'intérêt d'une démarche qui met systématiquement en relation les données de terrain et les informations fournies par les textes historiques de ces traditions savantes (5-8).

**3. Ethnobotanique et ethnopharmacologie:**

buts, moyens et développements des deux ethnosciences

 VOIR par exemple:

 site du conservatoire de Salagon dirigé par Pierre Lieutaghi, ethnobotaniste:

http://www.musee-de-salagon.com/

Site du groupe d’anthropologie de la santé de Strasbourg: voir séminaires

http://ethnomedecine.free.fr

Site de la Société européenne d’ethnopharmacologie ( European Society of Ethnopharmacology):

http://ethnopharma.free.fr/

Médecine ayurvédique: Ce site entièrement consacré à l'Âyurveda, la plus ancienne et la plus répandue des médecines traditionnelles de l'Inde, a été conçu et réalisé par Guy Mazars (Université Marc Bloch de Strasbourg) et Sylvain Mazars. Il offre un panorama de l'Âyurveda et présente quelques réalisations françaises dans le domaine des études âyurvédiques.

http://ayurveda.france.free.fr/index.html

Site de la Société Française d’Ethnopharmacologie à Metz:

http://www.ethnopharmacologia.org/

**4. les méthodes de terrain**

L’enquête ethnomédicale

Outre les éléments principaux de l’enquête ethnologique et les caractères propres à l’enquête ethnomédicale évoquée dans mon cours, il conviendra de tenir compte des points suivants recommandés par l’OMS, en cas d’enquêtes visant à créer, documenter ou améliorer des systèmes de soins primaires. L’extrait suivant est tiré de l’ouvrage de C. Brelet déjà cité.

 « L'enquête ethnologique devra être totale », recommanda Lebeuf, car « les phénomènes juridiques, économiquement esthétiques, ne peuvent se concevoir sans l'étude, fondamentale, des phénomènes religieux et de leurs corollaires, la magie et la sorcel1erie, les mythes et les symboles ». Il ne suffit pas de comprendre que la culture d'une population et le système de valeurs qui la soutient déterminent, par exemple, L'importance symbolique du sang dans ses rituels, puis d'expliquer ses réticences à subir une simple prise de sang. Les personnels sanitaires doivent également tenir compte de facteurs qui peuvent déterminer le succès ou la faillite d'une campagne de vaccination ou d'éducation nutritionnel1e. Il leur faut savoir identifier, outre les responsables de l'organisation politique locale (chef de village, dignitaires religieux officiels ...), les personnes (accou­cheuses traditionnelles, guérisseurs, devins .....) dont l'autorité localement reconnue peut déterminer l'appui ou l'opposition de la population au projet.

Depuis, suivant les recommandations du Dr Dorol1e, l'OMS a lancé des campagnes éducatives de grande envergure en suggérant, notamment par voie de presse, aux services nationaux de santé publique de veiller tout particulièrement à :

• déterminer les possibilités matérielles de la population considérée afin que les méthodes sanitaires envisagées ne lui imposent pas des charges qu'elle serait incapable de supporter;

• étudier l'ensemble des croyances, des attitudes et des pratiques ayant un rapport quelconque avec la santé, la médecine préventive, les maladies;

• faire une liste des remèdes traditionnellement employés et déterminer les rapports particuliers qui peuvent exister entre ces médicaments et la religion;

• écouter les interdits (ou tabous) liant une population entière, une tribu, une famille ou même un individu par rapport à des plantes, des animaux ou des objets, voire des attitudes;

• déterminer l'attitude de la population devant les maladies et les soins médicaux, la nature des liens sociaux traditionnels existant entre les malades et les membres du personnel sanitaire, ainsi qu'entre ces derniers et les différents groupes et sous-groupes;

• repérer et connaître les membres du groupe qui jouent le rôle de médecins ou de guérisseurs et les méthodes qu'ils emploient pour lutter contre les épidémies ou les prévenir".

**5. Exploitation des données:**

 Informatisation; classement des données…

 Exemple dans Badasson et compagnie de P. Lieutaghi

**Cours 3**

1. Médecine traditionnelle et médecine populaire en Europe:

extrait de la thèse en ethnologie: Enquêtes sur la médecine populaire aux XIXème et XXème siècles dans la région d'Orbey, Massif Vosgien, Alsace (23 juin 2003). de Christian Busser:

Médecine traditionnelle ou populaire

 J’ai utilisé parfois l’expression de médecine populaire pour désigner la forme de médecine non savante pratiquée par les habitants de la montagne vosgienne. En effet, la notion de médecine traditionnelle avec le concept de soins de santé primaires fut développé au cours d’une conférence conjointe de l’OMS et de l’UNICEF en 1978 à Alma-Ata[1]. Ce concept inclut la formation des tradipraticiens et le recours à des technologies culturellement appropriées pour assurer à toutes les populations des soins de base. La médecine « populaire » vosgienne telle qu’elle fut et est encore pratiquée est moins organisée qu’une médecine traditionnelle très autonome telle que la médecine tibétaine pour prendre un exemple extrême : absence de formation de tradipraticiens spécialisés, et même quasi absence de tradipraticiens professionnels, transmission surtout familiale. D’un autre côté je suis bien conscient que l’utilisation du terme populaire peut revêtir une connotation péjorative, voire politique qui est fort éloignée de ma pensée ; elle me permet simplement de distinguer cette forme de médecine de la médecine savante et dans le même temps de la forme de médecine plus organisée, représentée par les tradipraticiens (reliés à une conception autonome de l’homme et de sa santé ). La médecine « populaire » que j’ai voulu décrire est en réalité la part familiale de la médecine traditionnelle vosgienne, exercée hors cadre institutionnel ou professionnel.

Brelet C.(2002) Médecines du monde. Histoire et pratiques des médecines traditionnelles, Paris, éditions Laffont

2.Les grandes étapes de la Médecine en Europe:

 But: connaître les grandes étapes et  savoir reconnaître leurs influences sur les thérapeutiques ou systèmes de soins étudiés. Bibliographie: les grandes figures de la médecine ancienne, courte synthèse à la fin de ce chapitre.

 Antiquité: synthèse de l'oeuvre des trois grands médecins grecs: Hippocrate, Dioscoride, et Galien

Moyen Age:

Renaissance: dissection; retour aux textes grecs, développement des sciences de la nature...

Temps modernes: la méthode expérimentale, passage de la médecine ancienne à la "biomédecine".

3.Sources des savoirs traditionnels en Europe et modes de transmission

 quelques éléments de réflexion par Christian Busser :

 Les sources sont nombreuses, à commencer par les sources gréco-romaines (plantes déjà connues à l’époque de Dioscoride), puis par une ordonnance de l’empereur Charlemagne, dite capitulaire royal « de villis ». Cette liste carolingienne comporte 90 plantes dont Charlemagne prescrit la culture dans ses jardins impériaux. Parmi ces plantes recommandées il y a 1200 ans, 22 sont toujours utilisées en pays welche, y compris des plantes méditerranéennes, acclimatées, cultivées ou achetées :

-         le lis, la sauge, la rue, le romarin, le carvi, l’héliotrope, le meum, la bardane, le persil, le céleri, le fenouil doux, la sarriette, les menthes, la tanaisie, la petite centaurée, la guimauve, les mauves, les choux, les oignons, les raves et radis, le cerfeuil.

Les médecines antique, médiévale et paracelsienne ont laissé des traces à travers les correspondances entre l’homme « microcosme et la nature ( dont les plantes, intégrées au macrocosme), et à travers la théorie des signatures, déjà évoquée.

Les monastères ont joué un rôle certain, visible par :

-         la liqueur d’arquebuse, sorte de simplification de la liqueur des chartreux, déjà citée

-         une formule appelée également onguent de l’abbaye de Murbach.

L’Eglise Catholique a aussi influencé la médecine populaire par :

-         les prières et invocations aux saints et intercesseurs

-         les pèlerinages

-         l’onction des malades.

La médecine des XVIIè et XVIIIè siècles, tant caricaturée par Molière est encore très présente jusque dans les années précédent la Grande Guerre (1914) à travers :

-         les clystères utilisés pour les lavements, que possèdent encore quelques familles

-         les sangsues pour les saignées

-         les ventouses utilisées comme dérivatifs.

D’autre part un certain nombre de plantes courantes en Alsace en plaine sont utilisées aussi en pays welche à la condition qu’elles poussent en altitude  ce qui n’est pas le cas de l’aristoloche, plante couramment utilisée en milieu viticole comme vulnéraire en plaine d’Alsace). Inversement d’autres plantes telles que les alchémilles sont plutôt des plantes d’altitude et sont devenues les plantes les plus utilisées par les femmes ici ; il en est de même pour l’arnica. D’autres plantes telles que les mauves  (bien que adaptées aussi bien à la plaine qu’à la montagne) ont vu leur importance (comme vulnéraire) croître ici et remplacer des plantes de plaine telles que le souci.

Les guérisseurs et la magie sont aussi présentes :

-         pratiques ancestrales remontant probablement pour certaines à l’époque pré -chrétienne

-         pratiques de type « new  age » : pratiques de « guérison » faisant appel à des notions nouvelles : corps astral, aura…

Les apothicaires et pharmaciens intervenaient aussi dans les pratiques de médecine populaire :

-         pour conseiller et vendre des plantes inexistantes à l’état sauvage : le camphre, le benjoin, l’héliotrope par exemple

-         pour des préparations complexes, dosées et codifiées : la teinture de valériane, confection de certains onguents

-         pour la préparation puis la délivrance de plantes toxiques : évolution de l’infusion de digitale récoltée, mais de marge thérapeutique étroite, vers la poudre dosée de digitale, puis vers la digitaline cristallisée pour aboutir enfin aux spécialités pharmaceutiques actuelles offrant une grande sécurité d’utilisation (Digoxine par exemple).

4.Influence de la médecine savante

5.Influence de la sorcellerie et des pratiques magiques

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE pour les trois derniers points:

ADAM P.(1982), Charité et assistance en Alsace au Moyen-Age, Société savante d’Alsace et des régions de l’Est, librairie Istra, Strasbourg.

BACHOFFNER P. « Remèdes et soins aux malades dans des monastères alsaciens du Moyen-Age (VIIIe au XIIe siècles) », Revue d’histoire de la pharmacie, XXII, N°224, mars 1975 p.329-339 ; « le Guta Sintram  et sa place dans l’histoire du médicament », revue d’histoire de la pharmacie, 1963, XVIII, p.179-193 ; « Le Codex Guta Sintram, Manuscrit 37 de la bibliothèque du Grand Séminaire de Strasbourg », éditions fac-similés, SA Lucerne, 1983, p.157-164.

BOUTEILLER M., LOUX F., SEGALEN M. (1973) Croyances et coutumes, Guides ethnologiques, édition des musées nationaux, Paris

BOUTEILLER M. (1987), Médecine populaire d’hier et d’aujourd’hui, Maisonneuve, Paris

BRIGNON M. (1995), Sorciers et guérisseurs au pays du Donon, Raon l’Etape, Kruch éditeurs.

CAZIN F.-J.(1868), Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes Paris, Jalon des Savoirs réédition 1997.

DELCAMBRE E. (1951), Les devins guérisseurs in Le concept de la sorcellerie dans le duché de Lorraine au XVIe et XVIIe siècle, 3, Nancy, Société d’archéologie lorraine, 249 p.

DIDELOT C.(1978), Médecine et société ; la question des guérisseurs vosgiens, thèse de médecine, Université de Nancy

DIDELOT C.(1979), Dans le secret des guérisseurs vosgiens, édition serpenoise, Metz

FAVRET-SAADA J.(1977) Les mots, la mort, les sorts. Gallimard, Paris

GEHIN P. (2002), « Les aveux d’une sorcière en 1619. Ou l’apogée de la sorcellerie en Alsace et dans le Val d’Orbey » dans la Revue Dialogues transvosgiens N°17, 2e partie p.84 et suiv.

GUERARD (1857) Explication du capitulaire de Villis, dans mémoire de l’institut impérial de France, Tome 21, Paris

HIPPOCRATE L’art de la médecine ( IVe et Ve siècles avant Jésus-Christ) ; il s’agit du Corpus hippocratique retraduit par Jacques Jouanna et Caroline Magdelaine, Garnier Flammarion, Paris , 1999, 362 pages.

LEBRUN F. (1995), L’Eglise face à la maladie et à la guérison entre Trente et Vatican II, discours et pratiques, l’Harmattan, Paris in gestions religieuses de la santé

LESER G.-STOEHR B.(1997), Plantes, croyances et traditions en Alsace, Ed du Rhin, Mulhouse.

LIEUTAGHI P.(1996), Le livre des bonnes herbes, Ed Actes Sud.

LIEUTAGHI P.(1998), La plante compagne, pratique et imaginaire de la flore en Europe occidentale, Arles, éditions 1986Acte sud

LIEUTAGHI P.(1986), L’herbe qui renouvelle, un aspect de la médecine traditionnelle en Haute Provence, éditions de la maison des sciences de l’homme, Ministère de la culture, Paris.

LOUX F. (1978), Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle, édition Flammarion (la tradition et le quotidien).

PFLEGER A. (1941) „Die volkskundliche Ernte des Elsassland“, Alsatia Verlag Kolmar im Elsass.

PHRIESS L. (1524) Spiegel der Artzney. Strasbourg.

ROLLAND E.(1967), Flore populaire ou Histoire naturelle des plantes dans leur rapport avec la linguistique et le folklore. Paris, éd.G.P.Maisonneuve et Larose.

SARG F.(1987), En Alsace, traditions et soins, Strasbourg 2e éd Oberlin.

SAUVE Léopold-François (1889), Le folklore des Hautes Vosges in Les littératures populaires de toutes les nations ; traditions, légendes, contes, chansons, proverbes, devinettes, superstitions, Tome XXIX, Paris, Maisonneuve et C.Leclerc, 385 p.

SAUVE Léopold-François ( à partir des écrits de), 1984, Folklore des Vosges, sorcellerie, croyances et coutumes populaires, éd. Jean Pierre Gyss, Rosheim

THOUVENOT C.(1977), Le pain d’autrefois, chroniques alimentaires d’un monde qui s’en va, éd André Leson, 10rue de l’éperon Paris 6e

WEISBECKER P.(1982), La quête de la mandragore en Maramures, contribution à l’étude des éléments magico-religieux roumains, mémoire pour le DEA de Sciences sociales sous la direction du Pr. Raphaël, UER des Sciences sociales, Strasbourg.

Le Grand et le Petit Albert (réédition 1997), éditions Trajectoire Paris

Réédition de l’édition complète de 1768.

Histoire de la médecine à Strasbourg (1980), ouvrage collectif publié par la Faculté de médecine de Strasbourg, sous la direction du doyen honoraire Mantz.

**CHRONOLOGIE DES GRANDES FIGURES DE LA MEDECINE ANCIENNE DE L’ANTIQUITE AU MOYEN AGE**

Hippocrate

Le plus grand médecin de l'Antiquité, né en 460 avant J.-C. dans l’île de Cos, mort en 377 à Larissa. Il est considéré comme le "père de la médecine clinique". Il a établi les bases scientifiques de la thérapeutique.

Théophraste ( Tyrtamos )

Philosophe naturaliste grec, né à Eresos, dans l’île de Lesbos, en 372 av. J.-C., mort à Athènes en 287av. J.-C.. Il écrivit en particulier un herbier illustré intitulé "Historia plantarum" dans lequel il classifia près de 500 plantes en les divisant grâce aux différences dans leurs organes extérieurs : racine, tige, feuille, fleur et fruit. Son traité sur les végétaux lui valut l’honneur de "père de la botanique". Il fut le disciple d’Aristote.

Dioscoride, Pedanios

Pedanius Dioscoride (en grec ancien Πεδάνιος Διοσκορίδης Pedanios Dioskoridês), est né entre les années 20 et 40 ap. J.-C., à Anazarbe en Cilicie (une province romaine située sud-est de l'actuelle Turquie) et mort vers 90 ap. J.-C.. C'est un médecin, au service de l'armée de Néron, pharmacologue et botaniste grec dont l'œuvre a été une source de connaissances majeures en matière de remèdes de nature végétale, animale ou minérale, durant les 1 500 ans que couvrent les époques de l'Empire romain, de l'Empire byzantin, de la période arabe classique et du Moyen Âge au début de l'époque moderne en Europe1. Il est l'auteur de Peri hulês iatrikês (Περὶ ὕλης ἰατρικῆς), « À propos de la matière médicale ».

Cet herbier illustré intitulé "De Medica Materia", est le meilleur traité de Botanique jamais réalisé jusqu'à la Renaissance. Les descriptions des plantes ( environ 600 ) y sont superficielles et parfois inexactes. L'œuvre de Dioscoride fut recopiée et traduite à plusieurs reprises dans de nombreuses langues. Le travail de copie fut souvent exécuté avec imprécision, superficialité ou même libre interprétation.

Pline ( l’Ancien ), ( Caïus Plinius Secundus )

dit le Naturaliste, il est né à Côme en 23 après J.-C., il suit à Rome les cours de l'école des Rhéteurs. La dernière partie de sa vie est consacrée à une vaste compilation , 37 livres à partir de plus de 2000 ouvrages. Cette œuvre est un recueil exhaustif de l'ensemble des connaissances de l'époque. En 79, l 'année qui suit la publication de son Histoire naturelle, dans laquelle il traite des plantes bienfaisantes utilisées à l’époque, Pline meurt, victime de sa curiosité scientifique en voulant observer de plus près l’éruption du Vésuve qui devait ravager Pompéi. Il périt étouffé par des émanations sulfureuses.

Galien, Claude ( Galenos, Claudius )

Médecin grec, né à Pergame en 131 après J.C.,  mort à Rome en 202, il est le fils du célèbre architecte Nicon. A 15 ans, il commence des études de logique et de philosophie dans sa ville natale. A la mort de son père, en 152, Galien décide de quitter Pergame pour un voyage d'étude qui le mènera de Smyrne à Corinthe puis Alexandrie. Il visite ensuite la Phénicie , la Palestine , les îles de Crète et de Chypre et profite de ce tour du bassin méditerranéen pour recueillir les leçons des plus illustres médecins. En tant que praticien, Galien suit le travail d'Hippocrate, mais quand il s'agit d'anatomie ou de physiologie, il s'inspire surtout d'Aristote. Il a apporté une énorme contribution à nos connaissances pharmaceutiques. Certains produits "galéniques" de sa composition, sont encore utilisés de nos jours. Galien est sans doute le plus grand médecin de l'Antiquité après Hippocrate. L'œuvre de Galien est particulièrement féconde ; elle se compose de 500 traités sur la médecine, la philosophie et l'éthique. L'influence de ses écrits fut considérable ; ils servirent de référence pour la science médicale depuis le IIe jusqu'au XVe siècle et ne furent contestés que tardivement.

Charlemagne

Né en Neustrie en 742, mort à Aix-la-Chapelle en 814. Roi des Francs et empereur d’Occident. Législateur, il promulgua les lois dites Capitulaires. On lui attribuait le Capitulaire de Villis, mais les historiens actuels affirment que c’est son fils Louis le Pieux qui, en 795, édicta cette ordonnance donnant la liste des végétaux qui devaient être plantés dans les domaines royaux.

Rhazes

Le plus célèbre médecin clinique de l'Islam et du Moyen-Age. Né en 850 à Rai, au Chorasan, mort en 923.

Avicenne ( Abou Abdallah Ibn Sînâ, dit )

Son nom latinisé devint très célèbre. D'origine iranienne, illustre philosophe et médecin arabe, surnommé "le Prince des médecins". Il est né à Afshana en 980, et mort à Hamadhan en 1037. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages, dont le Canon de la Médecine.

\*Constantin l’Africain : 1010-1097, voir note en bas de page

Hildegarde ( Sainte ), de Bingen

Abbesse bénédictine allemande canonisée, née en 1098 à Bermersheim, morte en 1179 au monastère de Ruppertsberge, près de Bingen. Elle a publié deux importants travaux sur les plantes officinales.

Albert le Grand

Moine dominicain, philosophe et théologien, un des plus grands savants du Moyen-Age, né à Lauingen en 1193, mort à Cologne en 1280. Il fut le maître de Saint Thomas d'Aquin ; il s'inspira des travaux des Arabes, des rabbins et surtout d'Aristote. Ses traités de Sciences naturelles condensent les textes grecs et latins commentés et complétés par les Arabes.

Brunfels, Otto

Botaniste, médecin et pasteur, né à Mayence en 1485, mort à Berne en 1534.
Il a publié le premier traité de Botanique systématique d'Allemagne, le Contrafayt Kreuterbuch.

Bock, Jeronimus

Médecin et botaniste allemand, né à Hedersbach en 1498, mort à Horbach en 1554.
Il est l’un des plus anciens pharmacologistes d’Allemagne. En 1539, il publia le magistral traité New Kreutterbuch.

Fuchs, Léonard

Médecin et botaniste allemand (1501- 1566). Il a traduit et adapté les travaux de Galien et d’Hippocrate.

Mattioli Pier Andrea

Plus connu en France sous le nom de Pierre- André Matthiole, ce médecin et naturaliste italien, né à Sienne en 1500 et mort à Trieste en 1577, fut un des plus célèbres botanistes de son époque. Il dirigea le jardin botanique de Florence créé en 1543 par Cosme de Médicis. Il publia à Venise son herbier illustré "Commentari alla Materia Medica di Pedania Dioscoride di Anazarbeo", dans lequel sont décrites et illustrées près de 1200 espèces de plantes à usage médical, où il explique l'œuvre de Dioscoride.

\*Constantin l'Africain

Un article de Wikipédia, l'encyclopédie libre.

Aller à : Navigation, rechercherConstantin l'Africain (Constantinus Afer) est un auteur médical du Moyen Âge et un enseignant, né vers 1010 et mort vers 1087. Son nom, Africanus, vient de son lieu de naissance, Carthage en Afrique.

De bonne heure, il se voua à l'étude de la médecine et, comme c’était l’usage du temps, il fit des voyages lointains, dont certains le conduisirent jusqu’en Extrême-Orient. Il se familiarisa avec les langues orientales et étudia de façon approfondie la littérature arabe. Ses études en médecine arabe lui apprirent beaucoup de choses qu’ignoraient ses contemporains occidentaux. De retour à Carthage il suscita chez ses confrères une grande jalousie qui lui valut tant de désagréments (on dit même qu'il fut accusé de pratiquer la magie) qu'il accepta volontiers la place de secrétaire auprès de l'empereur Constantin Monomaque à Reggio.

Pendant qu’il était à Salerne Constantin l'Africain devint un professeur de médecine renommé. Il n’y resta cependant que quelques années et renonça aux honneurs et aux biens temporels pour devenir bénédictin à l'abbaye du Mont-Cassin. Il fut accueilli à bras ouverts par l'abbé Desiderius, un des hommes les plus instruits de son temps, qui devait devenir le pape Victor III. Constantin passa les dernières années de sa vie au Mont-Cassin, s’occupant à écrire des livres, encouragé en cela par Desiderius, qui était son meilleur ami. Son travail le plus connu est le livre nommé Liber Pantegni, dédié à Desiderius, qui est en fait une traduction du Kitab al-Maliki ou Livre de l'art médical d’Ali ibn Abbas al-Majusi (la traduction littérale du titre est Livre royal). Il a aussi écrit quelques travaux originaux, mais il est si difficile de distinguer ce qui est effectivement de sa main et ce qui lui a été attribué par la suite qu’on n’a aucune certitude quant à ses contributions originales en médecine.

La vie même de Constantin l’Africain nous est mal connue. La source la plus fiable se trouve dans une brève notice, De Constantino, insérée par le maître salernitain Matthæus Ferrarius dans son commentaire sur le Dietæ universalis d’Isaac Judæus. On trouve aussi des détails sur sa vie et sur son oeuvre dans la biographie que lui a consacrée Pierre le Diacre, un autre moine de Monte Cassino[1]

Le personnage surgit brusquement dans la lumière en 1075, où il apparaît à Salerne et s’étonne de l’indigence de la littérature médicale dont on y dispose. Il retourne alors en Afrique pour collecter les œuvres qu’il peut y trouver puis retourne à Salerne après trois ans. Sa retraite au Mont-Cassin n’a rien que de tout à fait normal à un âge où la vue des hommes les gênait dans leur travail ; il trouvait sans doute les aides nécessaires pour lui lire les textes à traduire et les recopier sous sa dictée. Avec Constantin commence la deuxième époque de l'École salernitaine de médecine, particulièrement notable pour sa  et les recopier sous sa dictée. Avec Constantin commence la deuxième époque de l'École salernitaine de médecine, particulièrement notable pour sa traduction de tous les grands écrits médicaux, grecs aussi bien qu'arabes et pour des travaux originaux importants. Beaucoup des professeurs célèbres du XIIe siècle à Salerne étaient fiers de proclamer que Constantin avait été leur maître. Parmi les nombreuses éditions de ses travaux la plus importante est celle de Bâle (in fol., 1536).

**Cours 4**

D.   Médecine populaire dans les Vosges : une thérapeutique populaire européenne exemplaire ; représentations et théories

1. Les trois principales théories de la connaissance des remèdes( hors techniques chamaniques étudiées ailleurs): la théorie des essais et des erreurs ; la théorie des signatures; l'observation des animaux.

2. L’apport de la linguistique dans la connaissance de la maladie et des remèdes

3. Cosmogonie populaire et médecine populaire : transferts du celtisme au christianisme dans les campagnes, exemple de la fête welche de tchenivrer

4. Structures corporelles

5. Représentations des fonctions vitales

6. Les conceptions de la maladie

**3 premiers chapitres**

 voir thèse en ethnologie de Christian Busser (linguistique ch1.8; 6.8. et 6.9; théorie des signatures: 6.5.4 et 6.5.9, sur l'exemple du millepertuis: 2.1.2.75; transferts du celtisme au christianisme 6.5.11) et "Les plantes des Vosges" ainsi que :

LEVI-STRAUSS C. (1962), La pensée  sauvage, Plon, Paris

Les noms des plantes, Lucien Guyot et Pierre Gibassier, PUF N°856, 1960

**chapitres 4 et 5 et 6**

voir chapitre 6.10 thèse de Christian Busser; le diabète 4.5.2; 6.2 techniques de guérison

Glossaire thématique du parler welche édité par la Société d'histoire du Canton de Lapoutroie Val d'Orbey, 1998, p.28-36: l'homme, son corps, l'homme et sa santé, phénomènes liés à la maladie.

Nos paysans d'antan, une leçon de vie, synthèse ethnologique de la population welche d'une vallée alsacienne, Jean Paul Patris, Jérôme Do Bentzinger éditeur, 2005.

LAPLANTINE F. (1978)La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui, Delarge Ed. Paris .

**Linguistique, exemples de taxonomie populaire:**

**Cosmogonie populaire et médecine populaire:ch 6.5.11 et  caractéristiques anthropologiques, croyances, et cosmogonie chez les welches: ch 6; synthèse de la fête de tchenivrer:**

**Conception de la maladie, voir aussi la synthèse dans les lignes suivantes à partir de l'oeuvre de Claudine Herzlich:voir par exemple site destiné aux infirmières:  ( la maladie destructrice, la maladie "libératrice, la maladie "métier"):**http://www.serpsy.org/formation\_debat/diagnostic/representations.html

Santé et maladie sont vécues et pensées par l'individu en référence à ses rapports avec la société ; par la santé et la maladie, l'individu s'insère dans la société contraignante ou en est exclu.

La maladie est une forme de déviance motivée par les pressions de la société sur l'individu. Le " rôle " du malade, c'est-à-dire les normes de conduite que la société, en l'occurrence l'entourage du malade, et en premier lieu, son médecin valorisent les " anticipations institutionnalisées " quant à sa conduite sont un mécanisme qui canalise la " déviance " de la maladie.

C'est à travers l'activité du bien-portant et l'inactivité du malade que s'exprime la relation de l'individu à la société : participation ou exclusion, éventuellement conformité ou déviance. Le sens que prend l'inactivité pour l'individu différencient trois modes d'organisation de la représentation, trois conceptions de la maladie -où s'insèrent modèles de comportement vis-à-vis de la maladie, des soins, des malades- corrélatifs des conceptions de la relation à la société. Ces trois conceptions sont la maladie destructrice, la maladie libératrice et la maladie métier.

*La maladie " destructrice "*

Elle apparaît marquée par deux critères principaux :

Le sujet qui se reconnaît malade ressent l'inactivité, l'abandon de son rôle comme une violence qui lui est faite. L'inactivité signifie en plus la destruction des liens avec les autres, l'exclusion, la solitude. La personne malade ne peut créer les liens qu'elle souhaiterait, elle n'est pas une partenaire valable, elle n'a rien à offrir à l'autre. Les problèmes financiers renforcent encore ce sentiment d'inutilité sociale.

Même malade, la personne persiste dans une conduite de santé. Il s'agit d'assurer pour l'individu la permanence de sa fonction sociale, conserver l'identité, essentielle entre elle et lui. L'individu se situe tout entier dans un univers social, comme personnalité identifiée à son rôle social qui exige la santé et rejette la maladie (cf. La métamorphose de Kafka.).

On déclare l'inactivité insupportable mais on déprécie les quelques activités permises au malade ; elles ne peuvent constituer un palliatif. Presque toujours lié à l'inactivité apparaît le thème de la dépendance à autrui. De même que l'inactivité est insupportable pour ces personnes, la dépendance leur est pénible. L'aide est malaisément acceptée. Il ne peut en fait pas y avoir d'aide, le malade est seul au milieu des autres.

Seul au milieu des bien-portants, le malade refuse en outre de percevoir ou de créer des liens avec les autres malades ; ils l'importunent.

Alors que l'inactivité, la dépendance et l'exclusion sociale apparaissent au sujet comme insupportables et destructrices, il n'y existe pas dans la maladie de solution : inactif et exclu de la société des bien-portants, le sujet se retrouve inactif et solitaire dans la maladie.

On comprend donc aisément l'apparition sous diverses formes de sentiments d'angoisse qui culminent dans l'expression de thèmes d'anéantissement. La maladie, c'est le néant, c'est un terme, c'est la mort.

Nous voyons en quel sens la maladie peut être " destructrice " : la destruction, l'anéantissement, la mort ne sont pas la conséquence de la maladie, un danger pour l'avenir, mais sa réalité immédiate. C'est dans sa vie même que le malade est anéanti et sans avenir, c'est dans sa vie même qu'il est comme mort. La mort est alors psychologique et sociale avant d'être organique. La destruction menace la personnalité encore plus que le corps.

Le malade se décrit comme diminué, perd ses qualités de sociabilité, d'énergie et d'indépendance. Il se transforme. Il est " moins qu'avant ". Il régresse au statut passif et dépendant de l'enfant. Certains décrivent une véritable dépersonnalisation, on n'est plus soi-même, on est envahi par un " personnage " de moindre valeur.

La relation qui s'établit entre l'individu et la maladie peut se formuler en terme de pouvoir. Dans la conception " destructrice " de la maladie, le sujet oscille entre nier sa maladie (donc être tout puissant à son égard) et une impuissance totale.

L'individu maintiendra son activité le plus longtemps possible. Il refusera les soins, le recours au médecin, il refusera de " savoir ", de s'informer sur son état.

Et si la maladie s'installe et dure, le dernier pas est franchi, le malade est vaincu par la " vraie " maladie. La passivité prend alors le pas sur la négation. On refuse l'anéantissement en se transformant en objet. On refuse le " personnage " que crée la maladie par l'ultime affirmation : ce n'est pas " moi " qui suis malade.

*La maladie " libératrice "*

Pour certaines personnes, la maladie est " libération ". Comme pour la maladie destructrice, tout commence par l'inactivité. Mais, le sujet la ressent cette fois comme l'allégement des charges qui pèsent sur lui. Tel est le sens qu'il donne au repos. On insiste sur la rupture d'avec les contraintes sociales, sur " l'effacement du quotidien ", voire de la réalité elle-même. La maladie, c'est le monde de l'exceptionnel. On en souligne la douceur. L'exceptionnel peut prendre un caractère fantastique. On trouve le même balancement dans l'appréciation qui est faite du temps : tantôt on le ressent comme une " halte " dans la vie quotidienne ou l'on pense que la maladie donne du temps. Tantôt, on découvre une expérience du temps exceptionnelle et infiniment plus signifiante que le temps de la vie courante.

Il est deux conceptions de la maladie libératrice :

- l'une où la maladie, de manière plus " terre à terre ", se présente comme rupture du quotidien et des obligations sociales. Elle n'est alors exceptionnelle que dans un sens objectif, de par sa rareté. Cette conception correspond à des maladies bien délimitées : les maladies bénignes, courtes, non douloureuses qui dépourvues de tout aspect menaçant, représentent une halte bienfaisante dans l'existence du sujet.

- plus dramatique, l'autre conception, y voit un phénomène exceptionnel de par sa nature même, chargé de significations plus intenses. Elle englobe la maladie grave, la mort.

La désocialisation du malade est également présente mais elle prend dans cette conception un sens opposé : l'exclusion de la société est assumée non comme destruction, mais comme libération et enrichissement de la personne. Le malade, loin d'être anéanti, retrouve des possibilités de vie et de liberté.

On insiste alors sur les possibilités d'activités intellectuelles permises par la levée des obligations sociales, on accorde à la solitude un caractère bénéfique, on dépeint enfin le pouvoir, voire les privilèges que donne la solitude de malade. La personne ne trouve pas dans le vie en société la satisfaction de ses besoins et ses aspirations. Elle s'affirme comme distincte de son rôle social. La vie en société n'est pas la vraie vie que seule la maladie révèle.

La personne du malade se dessine alors selon trois directions :

- la maladie est une libération de la personne, liée à l'allégement des contraintes sociales ; la maladie est un " révélateur ", l'individu " se retrouve lui-même ", il accède à sa vérité.

- la personne est transformée dans le sens d'un enrichissement. A l'opposé de la conception de la maladie destructrice, c'est le malade qui représente ici l'idéal de la personne, et cet idéal est non pas " actif " mais " réflexif ". L'expérience de la maladie a une valeur formatrice, liée à la douleur et à a menace de la mort. Elle entraîne à la réflexion, à la lucidité, à la connaissance. Connaissance de soi-même, réflexion sur sa vie, sur ses problèmes de vie.

L'enrichissement prend parfois la forme d'une plus grande " ouverture " à autrui.

- Cette conception culmine dans l'idée, que par la maladie, se développe une personnalité exceptionnelle qui correspond naturellement à l'expérience exceptionnelle de la maladie.

Sur le plan du comportement, les examens, les soins, les relations avec le médecin ne sont pas l'essentiel, tout au plus indique-t-on parfois leur caractère rituel. Les soins rendent manifestes aux yeux de tous la présence de la maladie ; ils forment la règle de vie de cet univers privilégié. En revanche, jouir de la maladie, en tirer tout l'enrichissement possible est essentiel. Il se dessine ainsi un accueil à la maladie ; on l'accepte, parfois même on la souhaite. Il y a une sorte d'évasion dans la maladie.

L'attitude des autres apparaît ici déterminante. Si la maladie (donc la désocialisation) est acceptée par l'entourage, une conception positive de la maladie peut d'élaborer. Mais lorsque l'attitude des autres cesse d'être favorable, lorsque la maladie n'est plus tolérée par l'entourage mais ressentie comme une lourde charge, son caractère bénéfique s'estompe.

*La maladie " métier "*

La maladie peut apparaître enfin comme un métier. La fonction reconnue au malade est de lutter contre la maladie. Elle possède certains caractères d'un métier ; elle se prépare et s'apprend.. La maladie apparaît comme la situation où l'on a recours au médecin et où l'on se soigne. L'accent est donc mis d'emblée sur la lutte active du malade. C'est grâce à la libération des charges de la vie quotidienne que l'individu trouve l'énergie nécessaire à la lutte contre la maladie. Comblée par cette lutte, l'inactivité devient acceptable.

La conception de la " maladie-métier " comporte deux points essentiels qui sont en quelque sorte les deux fondements de la lutte contre la maladie.

- le malade certes redoute la maladie mais il l'accepte toujours. Il ne se sent -au contraire du malade confronté à la maladie destructrice aucune possibilité de la nier : elle est là.

- contraint d'accepter la maladie -elle manifeste ainsi sa puissance- le malade a pourtant sur elle un pouvoir qui prend sa source dans la nécessité même d'accepter. Ce " pouvoir " comporte des degrés, des formes de plus en plus actives. D'abord, on " supporte " et l'on croit même qu'il n'existe ni maladie, ni douleur insupportable. Supporter est presque déjà synonyme de " surmonter ". On affirme que l'on peut s'adapter à la maladie, vivre avec les limitations qu'elle impose. Le malade peut par sa lutte participer à la guérison. Il la hâte ou la facilite. L'orientation vers la guérison est un des traits distinctifs de cette conception.

Dans la maladie-métier, on s'attache plus particulièrement à certaines caractéristiques des états et on envisage de manière spécifique les notions même de santé et de maladie.

C'est dans cette conception que la perception et donc l'intégration dans le concept de maladie, des phénomènes organiques est la plus complète. La douleur, la fatigue, voire même la température font partie de l'image de la maladie et servent à la définir. L'action, la lutte supposent la connaissance : l'atteinte est donc davantage perçue à son niveau corporel. La perception de la maladie est donc parallèlement plus différenciée : loin de l'envisager comme phénomène global (comme dans la maladie destructrice) ou de se limiter à quelques types de maladies (maladie libératrice), les malades utilisent maintes qualifications, opèrent de plus nombreuses distinctions, apprécient avec nuances, caractéristiques et types de maladies.

Une " forme " de santé est ici prépondérante : celle du fond de santé. Elle est d'abord le signe d'une " participation " plus grande " de l'individu à son état, elle atteste qu'il se sent concerné dans son corps. Il est surtout le facteur principal de résistance à la maladie. Nous retrouvons sur ce plan le thème fondamental de la conception : d'une part l'acceptation se double d'une perception plus fine de l'atteinte corporelle, d'autre part la lutte de l'individu, son pouvoir se manifestent sur un double plan : psychologique, par le " moral ", la " volonté ", par le " fond de santé ".

C'est dans la maladie-métier qu'on accorde le plus d'attention aux comportements du malade. Le recours au médecin dans un triple but : diagnostique, thérapeutique et préventif est l'essentiel ; il définit sans doute le rôle du malade. Mais il est complémentaire avec la lutte personnelle et avant tout psychologique du malade. Les rapports avec le médecin sont alors conçus comme coopération, échange. A la limite, le " rôle du malade " semble aussi actif que celui du médecin, presqu'égal. On rejette l'obéissance stricte et passive au profit d'une relation plus symétrique. Cette volonté d'échange apparaît aussi sur le plan de l'information ; " savoir " pour le malade, c'est posséder une des conditions nécessaires au moral, à la lutte. C'est aussi exiger quelque chose du médecin, en retour de l'obéissance, de la confiance qu'il exige de vous.

L'image du malade fondée sur l'activité, sur la participation à la situation de malade perd alors son caractère dramatique.

L'expérience de la maladie perd aussi le caractère exceptionnel et la valeur bénéfique qu'on lui accordait dans la maladie libératrice. La personne en sort renforcée.

Dans la bouche des sujets, être " un malade " devient alors une catégorie sociale à l'égal des autres. Le monde des malades est un monde socialisé.

La maladie-métier se caractérise par :

- la conservation des valeurs sociales de la santé au sein de la maladie : activité, énergie, volonté définissent le malade et la maladie comme elles définissent le bien-portant et la santé .

- La maladie est une situation d'apprentissage : le malade apprend à lutter, devient " plus fort " et cet apprentissage semble réutilisable dans la santé.

- La guérison est l'issue normale de la maladie : le malade est " occupé à guérir ". La maladie représente essentiellement l'étape et la conduite par lesquelles, à partir de l'atteinte organique, on guérit. Elle est un " moment à passer " et s'insère donc au sein du temps socialisé de la santé.

- Dans le cas de la maladie chronique, l'adaptation est possible. L'individu se crée un nouveau mode de vie avec, certes, des limitations, mais aussi des compensations et de nouveaux intérêts.

Maladie et santé ne sont pas hétérogènes : elles s'incluent dans un même ensemble. La conduite du malade est le processus par lequel non seulement on répond à l'atteinte organique mais encore, on affirme la permanence de son appartenance à la société.

Qu'est-ce au fond que la démarche de soins ? C'est permettre au patient de passer de la conception de la maladie destructrice, à celle de maladie métier. C'est travailler au plus près du patient pour lui permettre d'énoncer la façon qu'il a de se représenter sa maladie et le soin qui lui est proposé. Les entretiens infirmiers permettent ainsi au patient de décrire le réseau sémantique de sa maladie et c'est à partir de ses différentes conceptions que l'on va lui proposer une démarche de soins et des objectifs à atteindre grâce à des actions infirmières choisies ensemble.

Cours 5

E.    Médecine populaire en Europe : pratiques actuelles

1. Les thérapeutes traditionnels : rebouteux, herboristes, sorciers, magnétiseurs, guérisseurs par le secret…

2. Remèdes tirés des trois règnes

3. Influence des religions européennes, et des religiosités sur la thérapeutique populaire

4. Les thérapies manuelles (chiropraxie, ostéopathie, massages divers)

5. Les nouvelles thérapies : à base de plantes, les traitements du psychisme, dérivés de l’homéopathie, autres médecines alternatives reliées à l’invisible ou à des données ésotériques ( acupuncture, kinésiologie, médecines des chakras…), risques de dérives.

6. La réception des médecines alternatives en France, dans la Communauté européenne, dans les pays latins et germanophones. Evolution politique, des mentalités, des règlementations.

**ch1:**

thèse de christian Busser: CH6.5 et 6.6.1

DIDELOT C.(1978), Médecine et société ; la question des guérisseurs vosgiens, thèse de médecine, Université de Nancy

DIDELOT C.(1979), Dans le secret des guérisseurs vosgiens, édition serpenoise, Metz

**ch2 :**

BUSSER Christian et Elisabeth (2005) Les plantes des Vosges. Médecine et traditions populaires. Avec un guide de découverte et d'emploi de 200 plantes médicinales, Strasbourg, La nuée bleue / DNA , 347 p.

Liste des thèses en médecine, voir thèse de Christian Busser: Ch1.3

voir bibliographie sous plantes dans l'accueil de ce site

**Les monographies de plantes**

 Les questions à poser et à se poser

Exemple : Bouleau, nom français courant de la plante

Betula pendula Roth. ou pubescens Ehrh. Betulaceae : Dénomination internationale en latin : Nom de genre de la plante (Betula ; il existe plusieurs plantes portant ce nom), puis nom d’espèce (il est unique, ici pendula ou pubescens) ; les lettres qui suivent sont les initiales du premier botaniste à avoir décrit la plante à partir de Linné (L. signifie Linné); si un second botaniste a donné à la plante un autre nom de genre, le nom du premier botaniste est entre parenthèses ; nom de la famille:  les Bétulacées sont la famille des bouleaux.

Botanique : brève description de certains caractères botaniques de la plante.

Historique : principaux repères de ses usages dans le temps.

Linguistique : noms vernaculaires, c’est-à-dire noms courants en français ; noms en patois parlé dans le département des Vosges ou dans les cantons welches en Alsace (patois romans) ; noms en allemand et en dialecte alsacien.

Usages populaires : donnés par des habitants du Massif Vosgien en Alsace ou dans le département des Vosges ; nombreuses citations originales.

Utilisations citées dans la bibliographie et commentaires : l’opinion de la science actuelle sur les propriétés annoncées par les traditions anciennes, avec commentaires des auteurs.

Récolte : quand, comment et quelle partie récolter.

Mode d’emploi : TOUJOURS PRECISER LA PARTIE DE PLANTE UTILISEE ( = la drogue) et sous quelle forme ( tisane, pommade), et avec quel mode de préparation ; pour quelle indication ; quelles sont les propriétés reconnues, dans quelles indications thérapeutiques…

Précaution d’emploi : sont elles connues, citées…les risques éventuels, toxicité, contre-indications, dangers pour les enfants, les cardiaques, les femmes enceintes…

**Ch3:**

voir texte extrait de la thèse de Christian Busser **en fin de cours (lire plus bas)**

FLEURY L. (2001), Max Weber, p.83, Que sais je éditions PUF

WEBER M. (1971), **Economie et société** (TI, 2ème partie), Paris, Plon

Ce sociologue a beaucoup travaillé sur les  *Idealtypen*  ( maladroitement traduits par idéal-type, en fait des logiques rationnelles dans la conduite des individus). Ceux-ci produisent des « ethos » ou systèmes de disposition qui impriment une orientation à l’action ( voir les rapprochements qu’il effectue entre protestantisme et capitalisme) et ont un impact sur la structuration économique des sociétés. Il s’est attaché, entre autres, et dans ce but à démontrer les interactions entre trois personnages clefs de la religiosité : le prêtre, le charismatique ou prophète et le magicien ou « traditionnel ».

**Ch4 Les thérapies manuelles:**

nombreuses informations sur ces thérapies anciennes et nouvelles:

le site suivant en donne une liste non exhaustive:

http://www.osteopathie-france.net/Information/tribune-therapie-osteo.htm

**Ch5 les nouvelles thérapies:**

les nouvelles thérapiesà base de plnates:

 phytothérapie, homéopathie, aromathérapie, les différences

Demain... des médecines enfin complémentaires ? Le fil rouge des nouvelles thérapies
Entretien avec Jean Vernette (éclésiastique français chargé de ce domaine pour la conférence des évêques, propos recueillis par Nicole Jeanson):http://www.nouvellescles.com/dossier/Med\_Comp/Vernette.htm

étude critique de l'article de Wikipédia sur les médecines non conventionnelles:différents termes utilisés

http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine\_non-conventionnelle

risques de dérives: les sectes

http://fr.wikipedia.org/wiki/Secte#Critique\_des\_sectes\_par\_des\_m.C3.A9dias\_et\_des\_associations

http://fr.wikipedia.org/wiki/Miviludes ( mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires).

**Ch6:**

entretien avec Isabelle Robart: Médecines complémentaires : une stratégie pour l’Europe ! http://www.nouvellescles.com/article.php3?id\_article=138

http://fr.wikipedia.org/wiki/Commission\_parlementaire\_sur\_les\_sectes\_en\_France

Débat d'orientation concernant la réglementation de certaines formes de médecines complémentaires ou non conventionnelles, chambre des députés du Luxembourg, 20 janvier 2004:

http://www.chd.lu/docs/pdf/RapportMedecinescompl.pdf

 **INFLUENCE DE LA RELIGIOSITE POPULAIRE SUR LA THERAPEUTIQUE POPULAIRE dans le Val d'Orbey par Christian Busser (extrait de thèse):**

Le but de ce chapitre est d’analyser succinctement les types de  religiosité populaire vivaces dans le Val d’Orbey. Il s’agit là d’effectuer un modeste repérage pour mieux appréhender leur influence sur l’environnement teinté de religiosités de la médecine populaire.

 Je me suis inspiré pour cela du travail de José Maria Tavares de Andrade[1], anthropologue brésilien, qui a étudié la religiosité populaire au Brésil, essentiellement sur la base des œuvres de Max Weber. J’apprécie ce penseur, contemporain de l’époque étudiée pour son absence de dogmatisme, sa pensée en mouvement permanent.

Bourdieu parle de l’existence d’une religiosité dominante,(  liée ici à la religion catholique), et d’une religiosité dominée, mais insiste de Andrade, «  son analyse procède du point de vue du dominant ». De plus Bourdieu niait la possibilité d’une originalité culturelle dans les couches paysannes[2].

Partant du travail de Max Weber[3], qui distingue trois types d’autorité dans le domaine religieux, j’ai souhaité en voir l’évolution  dans le temps ( diachronie) et le jeu d’influences réciproques ( synchronie) :

1)      le premier type d’autorité est le « rationnel », incarné par le prêtre selon Weber, ici le prêtre catholique (ou parfois  les moines de l’abbaye de Pairis, relayés après la Révolution Française par les Capucins de Sigolsheim), représentant une religion institutionnalisée et rationalisée selon le sociologue, et dont la fonction est ici de guider le peuple vers le salut offert par Dieu.

2)      Le traditionnel ou le sorcier, qui est l’autorité religieuse s’exerçant auprès d’une clientèle reconnaissant le savoir-faire du porteur authentique d’une tradition. Cela implique souvent une transmission très personnelle du pouvoir. C’est le spécialiste de l’action magique, immanente au traditionalisme dans les conditions de vie paysanne.

3)      Le charismatique ou prophète qui tente de substituer aux autorités existantes un nouveau pouvoir. Celui-ci est incarné  dans le Val d’Orbey par le guérisseur par le secret par exemple. Il est reconnu sur la base d’une révélation dont il se prévaut.

Le propos de Bourdieu mérite d’être nuancé pour le moins, en tous cas dans le cas du Val d’Orbey, car,

 - d’une part, une vie proche de la nature est une source inépuisable de créativité : la société paysanne a pu développer une culture empreinte de pensée magique, avec une diversité  d’objets, de « secrets », de fonctions magiques plus ou moins fortement ritualisées calquée sur les êtres perçus par ces populations ;

- d’autre part, il existait bien avant l’arrivée du christianisme une religion pratiquée par les celtes , et qui a laissé de nombreuses traces dans les religiosités du val.

Je pense enfin que des formes partiellement autonomes ( de telles formes sont typiques de la religiosité populaire) fondées sur des éléments d’origine chrétienne tels que les croyances dans les « meyneynki » ont pu se développer.

**Or que constate-t-on dans le val d’Orbey ?**

A l’époque des grands procès du **XVIIème siècle**, disparaissent les derniers sorciers et sorcières au pouvoir ambigu : herboristes et spécialistes des éléments naturels aux propriétés médicinales, et héritiers des connaissances magiques des religions précédant le christianisme ; ils savaient traiter certaines maladies, comme le montrent tous les procès en sorcellerie ( bronchites, infections par certains parasites….), mais aussi empoisonner sur demande ( connaissant les secrets des principales plantes toxiques : belladone, datura, jusquiame, cigüe…) : se débarrasser d’un voisin ou seulement rendre ses champs stériles. Ils étaient à la fois influents, recherchés et craints.

**Au milieu du XIXème siècle**, coexistent sur le plan de la religiosité :

-         1. les prêtres catholiques, en charge du salut des âmes, insistant sur l’importance des sacrements, jalons essentiels de la vie chrétienne, et favorisant sans le vouloir certaines croyances :

o       existence des limbes, et indirectement des « meyneynki » ;

o       caractère indispensable de l’extrême onction ;

o       importance des prières témoignant de l’ordre de la création par Dieu pour favoriser les bonnes récoltes ( présente dans les chants grégoriens, les fêtes de certains saints, les rogations :  Cérémonie qui se déroule pendant les trois jours qui précèdent l’Ascension et qui a pour but d’attirer la bénédiction divine sur les récoltes et les animaux…).

Néanmoins les prêtres se démarquaient nettement des pratiques magiques, témoin cette remarque du curé Heckel, de Fréland, qui dans son rapport de visite pastorale[4] de l’an 1929 écrit : «  Le curé ne manque aucune occasion pour pousser à la communion fréquente. Ici il reste beaucoup à faire. **Aux rogations, point d’abus**. L’assistance est médiocre. »

Précisons aussi que la Réforme protestante n’a jamais pénétré ce canton et s’est arrêtée à ses portes : le village d’Aubure au nord est partagé à la fois entre welches et dialectophones et entre catholiques et protestants ; au sud la vallée de Munster est à dominante protestante. Il est évident que cette étanchéité sur le plan religieux a favorisé une **continuité dans les croyances**. Continuité à peine rompue par la Révolution Française. La période révolutionnaire fut marquée par le départ des derniers moines en 1791, puis par la démolition physique de l’abbaye de Pairis ( dont les derniers propriétaires étaient assimilés à des moines-seigneurs) , mais guère par un reflux de l’activité des paroisses catholiques.

-         2. le sorcier au pouvoir ambigu a quasiment disparu : il était vécu comme étant en opposition à l’Eglise ( catholique, ou protestante d’ailleurs dans les vallées voisines).

Au milieu du XIXème siècle , il existe discrètement à l’état radicalisé, exclusivement dans sa fonction négative, celle de porter le malheur par l’empoisonnement et l’ensorcellement ( contrainte d’êtres maléfiques par des moyens magiques) comme en témoigne le vocabulaire correspondant en patois.

Sur le plan éthique, je remarquerai la dérive observée après les procès de sorcellerie sur la personnalité des sorciers. Dans le schéma traditionnel en effet, le magicien est le gérant des forces surnaturelles, à l’œuvre dans la création : il est un peu à l’image de la perception de « Dieu le père » dans les cultures paysannes : il aurait créé le bien comme le mal et occasionnellement il peut faire appel au malin ( voir légende de la création de Labaroche où Dieu met Lucifer à contribution, avant l’intervention de Saint Michel). Le côté ambigu du sorcier ne choque pas, d’autant plus que les plantes sont classées en  bénéfiques ou maléfiques, voire poisons…

Les procès de sorcellerie ont donc abaissé les sorciers sur le plan éthique, en les amenant exclusivement du côté du « mauvais ».

Pour s’opposer au sorcier, le paysan fera appel aux prêtres ou aux moines qui effectueront un exorcisme contre le diable intervenu dans l’ensorcellement.

-         3. Le charismatique ou prophète a mieux survécu. Incarné il y a un siècle par ceux qui pratiquent par le secret, il existe toujours à travers le guérisseur par le secret, et par extension à travers tous ceux qui disposent d’une révélation personnelle, transmise et gardée jalousement, et qui leur donne le pouvoir d’améliorer la vie ou de guérir ( magnétisme, radiésthésie…). Ceux-ci prennent aujourd’hui position sur le terrain « médical », alors qu’au siècle dernier ils abordaient la vitalité au sens large, d’une certaine écologie de la vie ( vitalité des animaux, de la terre, de l’eau, perceptions extra-sensorielles...).

La coexistence synchronique de ces trois pouvoirs a favorisé l’émergence de croyances partiellement autonomes dans le pays welche : certaines se retrouvent dans d’autres zones de peuplement francophone en Alsace, mais elles ont pris une certaine coloration typique du pays welche :

-         croyances discrètes depuis l’apparition du christianisme (mais entretenues pendant des siècles à travers les  **pals de lours**  ou veillées hivernales) dans les géants, les esprits élémentaires. Ceux-ci sont combattus par les guérisseurs, fabricants de talismans, radiesthésistes…Croyances dans les pierres[5] de feu, de fer et probablement dans leurs usages magiques comme dans d’autres régions de France.

 Croyance aussi dans le vitalisme appliqué aux êtres vivants et surtout à l’homme ( affirmation de la présence d’autres corps ou fonctions dites énergétiques, magnétiques, éthériques…aujourd’hui).

-         Croyances fondées sur le terreau du catholicisme et fondues avec des croyances anciennes, après réinterprétation, puis anéanties partiellement après Vatican II.

o       L’exemple des « meyneynki » en est typique : fusion de fantômes parfois emmenés par le diable[6] avec la notion de limbes, lieu de séjour intermédiaire ( ni lieu de damnation, ni lieur de bonheur éternel) des enfants morts avant d’être baptisés : voir le chapitre correspondant ;

o       Culte des saints fusionnés avec des croyances anciens.

-         Croyances préchrétiennes et présentées comme liées au christianisme :

o       L’œuf du vendredi saint ;

o       Les prières et conjurations magiques , mais habillées de prières de type catholique, avec invocation d’anges… ;

o       Protection des rameaux contre la foudre…

Après 1950 et jusqu’à nos jours, les trois pouvoirs coexistent toujours, mais on  note une raréfaction des sorciers, un déplacement des guérisseurs Outre-Vosges ( zones plus proches de la nature, à habitat dispersé, villes de moindre importance…), et une religion catholique revenue aux sources depuis Vatican II. A titre d’exemple, l’extrême onction  est encore vécue comme un viatique pour éviter la mort ou pour éviter une mort non chrétienne sans perspective de salut. Depuis le concile, elle est à nouveau présentée comme une onction des malades, une prière et un signe à l’intention des malades et de leur progrès spirituel.

**En résumé, sur le plan de la médecine populaire, en 2003**, nous assistons à une synchronisation de ces trois formes de religiosité dans le sens suivant et à un « désenchantement » du monde (  *Entzauberung des Welt* ), bien annoncé par Max Weber. Le désenchantement vient de l’épuisement du pouvoir que possédaient jadis les religions de déterminer de manière significative les pratiques sociales et de donner  sens à notre expérience globale du monde :[7]

-         le prêtre intervient avec des bénévoles par des visites aux malades et par l’onction des malades, mais les demandes d’exorcisme sont filtrées par l’unique exorciste du diocèse de Strasbourg ( la croyance au diable ayant régressé ; mais aussi pour ne pas laisser croire que toute souffrance pourrait provenir du diable). Le clergé s’est donc recentré avec raison sur la religion, délaissant du même coup toute forme de religiosité non clairement définie.

-         Le sorcier n’est plus guère évoqué que dans la réaction : désensorcellement par un praticien, de type guérisseur et non plus prêtre : translation de ce pouvoir des prêtres au XIXème siècle vers les guérisseurs par le secret au XXIème siècle, par abandon de ce champ de la part du clergé.

-         Développement des visites chez des guérisseurs, en complément de médication naturelles de type phytothérapie : il y a une nette amplification du rôle du « charismatique ». Celui-ci a récupéré une partie des fonctions du magicien par l’utilisation de traditions, mais il veut agir de manière autonome, personnelle, en utilisant en priorité son charisme.

C’est surtout ce dernier point qui nous intéresse, dans le cadre de notre thèse, car la présence de ce « prophète » ou « charismatique » devenu guérisseur, montre que les habitants du val lui font massivement confiance,

-         soit en complément d’une médication allopathique ( en médecine courante) ;

-         en lieu et place d’une médication populaire naturelle ( plantes…) ;

-         en complément de plantes médicinales dans le but de renforcer leur action.

Je constate aussi que de plus en plus de patients  choisiront :

-         le guérisseur pour des maladies irrationnelles, parce que incompréhensibles  (guérisseur ou guérisseur + plantes), soit seul ou en association avec un médecin. Notons que le guérisseur peut-être aussi bien un professionnel  (rémunéré pour cela ; ou sur le principe : « vous donnez ce que vous voulez »), qu’un semi-professionnel ( exerçant bénévolement), mais spécialisé pour un charisme déterminé ( les brûlures par exemple) ;

-         il y a aussi un phénomène d’autoconsommation par maîtrise individuelle : pour le traitement des verrues, certaines personnes effectueront elles-mêmes l’opération déjà citée avec les limaces en prononçant le secret ou l’incantation sans l’appui d’un charismatique, parce qu’un petit secret aura été transmis dans le cadre familial ;

-         les plantes seules ( sans l’intervention d’un charisme) pour des maladies aiguës, à condition que le patient soit naturellement tourné vers les plantes, ce qui n’est plus la majorité des habitants : les classes jeunes ont pris leur distances avec les traitements traditionnels, puis y reviennent parfois vers la cinquantaine, à l’occasion d’un regain d’intérêt pour les traditions familiales en général.

**Questions importantes revues sous d’autres angles**

**A.   L’ethnomédecine : une jeune discipline et son histoire**

  1. Autour d’une définition

   2. La reformulation moderne d’une démarche ancienne: les quatre divisions de l'anthropologie médicale

  3. Une science interdisciplinaire

**B.    L’ethnomédecine : ses branches, ses méthodes**

  1. Ethnobotanique et ethnopharmacologie

  2. Les méthodes de terrain: l'enquête ethnomédicale

**C.   Médecine traditionnelle et médecine populaire en Europe**

  1. Définitions

   2. Les grandes étapes de la médecine en Europe : Antiquité, Moyen-Âge, Temps modernes

   3. Sources des savoirs traditionnels en Europe et modes de transmission ( antiques, médiévales, de la renaissance, la "médecine de Molière", les monastères et les églises, la sorcellerie et les pratiques magiques, les apothicaires
**D.   Médecine populaire dans les Vosges : une thérapeutique populaire européenne exemplaire ; représentations et théories**

  1. Les trois principales théories de la connaissance des remèdes( hors techniques chamaniques étudiées ailleurs): la théorie des essais et des erreurs ; la théorie des signatures; l'observation des animaux.

   2. L’apport de la linguistique dans la connaissance de la maladie et des remèdes

**E.    Médecine populaire en Europe : pratiques actuelles**

  1. Les thérapeutes traditionnels : rebouteux, herboristes, sorciers, magnétiseurs, guérisseurs par le secret…

  2. Remèdes tirés des trois règnes

  3. Les nouvelles thérapies : à base de plantes, les traitements du psychisme, dérivés de l’homéopathie, autres médecines alternatives reliées à l’invisible ou à des données ésotériques ( acupuncture, kinésiologie, médecines des chakras…), risques de dérives.

 **L’enquête ethnobotanique, ethnopharmacologique ou « ethnomédicale »**

Séjour prolongé sur le terrain, il y a un côté initiatique
L’enquête est le travail ethnologique par excellence

Le terrain est le lieu ou l’ethnologue va se rendre pour obtenir des informations d’un groupe donné
Intérêt : permet l’immersion

En ethnobotanique voir où se rendent les femmes et les hommes pour cueillir c’est l’observation directe

Ecrire un carnet d’entretien, d’observation

Remise en question permanente (= ajustement) : des présupposés de départ, c’est l’injonction du terrain, traduit la capacité à observer ce à quoi on n’était pas préparé : exemples traitement de maladies graves, utilisation de plantes toxiques, toujours présence active de sorcellerie

Méthodes :

L’ethnologie a pour objet l’étude des groupes humains, observés dans leurs activités sociales, à travers leurs productions culturelles et symboliques, leurs savoirs techniques.  Elle fait partie des sciences humaines au même titre que la sociologie, la géographie et l’histoire.

Mais, bien qu’elle soit proche de ces disciplines, l’ethnologie se distingue par ses méthodes :

-  L’enquête orale : entretiens auprès d’informateurs ;

-  L’observation participante : intégration active à la vie des personnes étudiées ;

-  Le contact in vivo avec la communauté : étude de son propre milieu de vie ;

-  La comparaison avec les autres groupes ou autres cultures.

   En définitive, l’ethnologie est la science qui conduit à la découverte de l’autre.  Des auteurs distinguent trois moments de la réflexion ethnologique : 1) la découverte de l’autre;  2) le recueil des faits marquants pour l’observateur;  3) l’explication de cette diversité.  Comment cela s’articule-t-il concrètement?  Par l’observation des usages sociaux, des comportements culturels et symboliques pour en trouver les différences et les similitudes.

Enquête orale : c’est un outil important

 Car au départ les premières sociétés enquêtées étaient sans écriture, le but était la constitution d’un corpus de sources documentaires= recueil organisé, réfléchi suite à un programme de travail empirique au départ

Doit pouvoir servir pour d’autres ultérieurement

Croiser les sources :

-         orales

-         films

-         photos

-         écrits

Dans chaque enquête j’opère une réadaptation.

L’ethnographie peut signifier l’analyse des données, c'est-à-dire avoir du recul sur l’enquête orale. Car celle-ci peut contenir des erreurs (croyances fausses sur la détoxification de champignons) ou souvent des témoignages d’une autre réalité. Il faut étudier également l’impact de l’écrit su r l’oral (influence de Mésségué sur les anciennes traditions orales), conduisant par exemple à de nouveaux usages ou néo usages ; ou à la validation par des auteurs modernes d’un savoir ancien. Si oui, ces auteurs sont-ils crédibles, ou eux-mêmes validés et par quelle autorité ?

Etude bibliographique très minutieuse ; bien connaître le sujet avant d’aller sur le terrain.

Unité d’analyse : le village, la tribu, la région est-elle pertinente ; pour « Les plantes des Vosges », j’ai eu à choisir entre l’Alsace ou la montagne vosgienne ; or la montagne vosgienne forme un ensemble plus cohérent sur le plan culturel, linguistique, historique…

Préparation : Définir les grands thèmes

-         hiérarchiser les questions à poser (vécu pendant la deuxième guerre à situer par rapport aux croyances, puis aux schémas thérapeutiques ou aux questions de phytothérapie…)

-         création de grille d’enquêtes

-         pas de questionnaire sinn je risque d’influencer mon informateur par mon mode de pensée… sauf en linguistique, où j’ai constaté que c’est parfois le meilleur moyen de comprendre des catégories grammaticales précises : « la lavande »   préciser ou « il faudrait que j’aille »….mieux comprendre le mode d’expression, existence de subjonctif conjugué…

**GUIDES**

Il existe :

-         des guides d’enquêtes ethnographiques pour instituteurs

-          des questionnaires sur les usages minéraux au Musée de Salagon

-          Et bien d’autres

Toponymie : interroger les personnes originaires du village et ses deux parents aussi.

Linguistique : être capable d’entendre le vocabulaire, si possible de le comprendre, et de le transcrire en notation phonétique internationale : c’est la phase constitutive d’un lexique : à bien noter. Pour les patois et dialectes d’origine romane, consulter le dictionnaire étymologique Von Wartburg en 25 volumes (expériences avec le Pr Glessgen).

Magnétophone

-         utile mais non indispensable, saisir l’intégralité du discours

-         prendre aussi des notes, et noter les questions qui viennent à l’esprit

-         accepté ou non, demander l’autorisation ; peut provoquer des réactions d’hypercorrection au début de l’entretien

-         la vidéo se développe beaucoup, surtout pour la cuisine

Entretien

Accorder beaucoup d’attention aux silences, parfois indicateurs de question importantes, difficiles à dévoiler, secrets de famille, de pudeur….laisser le temps parfois plusieurs semaines voire années à l’informateur.

Entretien semi directifs, éviter les entretiens totalement directifs, pratiquer les questions ouvertes

Approcher les conditions naturelles de la conversation

A plusieurs : difficile car on ne maîtrise plus la conversation, mais je l’ai pratiqué en groupe ou avec des associations, mais avec l’aide d’un membre du groupe ou d’un autre enquêteur ou d’un « secrétaire »

Faire admettre que l’enquête orale est un travail, ne pas être dérangé si possible, bien que le café, les desserts (que de fois m’a-t-on proposé des tartes ou de l’eau de vie, le contact devient personnel voire amical, parfois on est littéralement intégré dans la famille. )

Déontologie

-         si magnéto, le dire et demander

-         clarté : annoncer ce que l’on fait, qui on est, les buts surtout

-         les enregistrements sont soumis à des codes de propriété littéraire ou artistique : enquêteur et enquêtés sont copropriétaires

Classement des données

-         noter sur la cassette date et jour nom des enquêteurs et des informateurs

-         réécouter le jour même et noter ou saisir

-         mettre au propre et noter les problèmes posés, les questions

Particularités ethnobotaniques

-         les plantes dans la vie quotidienne

-         sauvage cultivé

-         cuisine pharmacie

-         homme femme

-         envoi vers le spécialiste du village,

-         dépositaire de l’histoire officielle du village

-         celui qui connaît les fils de l’invisible dans le village

-         faux amis : bien noter tous les noms vernaculaires patois ou français qui peuvent varier d’un village ou d’un quartier à un autre : tchenivrer ou jnaub ou jnauv pour Juniperus, le genièvre, à 3 km de distance dans les Vosges.

o       Lo toubak signifiant dans les Vosges arnica tabac ou salsifis sauvage, plantes à priser

o       hysope en fumigation dans les étables ; c’est la lavande officinale

o       sauge des bois pour la digestion comme la verveine : il s’agit de Teucrium scorodonia L. ou Germandrée à feuilles de sauge et de la verveine officinale et non de la verveine odorante,  utilisée actuellement.

o       Noms à usages familiaux

o       Asperges sauvages : clématites, houblon, asperge, asperge des bois (Ornithogalum pyrenaicum)…

-         Identification par un botaniste, sachant que la seule manière d’être sur de l’identité de la plante est la comparaison avec un herbier officiel (Institut de botanique).

-         Questionner sur l’origine des savoirs locaux

-         Rôle des curés, pasteurs, moines

-         Importance des néo savoirs à l’époque de l’enquête et leur rôle dans la transmission

L’enquêteur doit cerner exactement la sémantique des termes utilisés par l’interlocuteur. La classification populaire ou traditionnelle est étrangère au classement scientifique, mais elle a un sens, qu’il faut découvrir ; elle correspond aussi à un ordre cosmologique du monde. De plus les mots décrivant les pathologies font appel à une autre démarche que la nosologie moderne en médecine du XXIème siècle.

Sur le plan médical et ethnopharmacologique :

Accorder une attention particulière aux descriptions populaires des maladies (dont la classification et la nosologie sont souvent différentes des descriptions des pathologies retenues actuellement)

Toujours noter la partie de plante utilisée et le mode opératoire dans son contexte rituel, culturel, cultuel…

Recherche bibliographique a posteriori et confrontation avec les textes anciens d’une tradition  savante écrite s’ils existent. Elle permet des rapprochements intéressants, et parfois de retrouver des usages anciens ou au contraire de remarquer un usage original, spécifique au segment d’enquête.

C’est donc une véritable démarche de recherche.