

Entre médecine savante et médecine populaire : mèges, sages-femmes et “savants” en Valais

19^e - 20^e siècles

Rose-Claire Schüle

Dès le début du 19^e siècle, les érudits, les historiographes et les ethnographes publient des remarques sur la culture populaire européenne. Ils observent et notent tout ce qui ne fait pas partie de leur propre univers culturel, ce qui leur semble bizarre, archaïque ou spectaculaire. Un de leurs principaux centres d'intérêt devient indéniablement la médecine qualifiée de populaire. Jusqu'à nos jours, rares sont les publications des folkloristes qui ne sont pas agrémentées de quelques recettes médicales plus ou moins extraordinaires. On y trouve pêle-mêle les simples et les recettes de bonne-femme, les médications tirées d'anciens grimoires, les prières et invocations aux saints thaumaturges, les rituels de guérison, les “secrets” et les pratiques magico-religieuses. La médecine populaire apparaît plus comme un sujet de curiosité que comme un objet d'études.

En 1901, la Société suisse des traditions populaires décide d'entreprendre une enquête systématique et elle publie un questionnaire établi par le médecin Otto Stoll¹. Ce questionnaire, celui que Van Gennep distribue quelques années plus tard² et nombre de ceux publiés ultérieurement, tendent à obtenir le plus de renseignements possibles à l'égard de la maladie, des remèdes traditionnels et des pratiques “ancestrales”. Les questions portent sur les faits observables, les remèdes et leur origine, et encouragent l'observation de tout ce qui sort du quotidien, de l'ordinaire familial à l'enquêteur. Le champ d'observation englobe les empiriques, mais aussi les thérapeutes non professionnels, les détenteurs de “secrets” voire les “sorciers”. La réalité sociale et psychologique des malades et des soignants, les attitudes et comportements envers la maladie et à l'égard de ceux qui en souffrent ou en meurent, n'y sont pas inclus. S'il est bien vrai que la science ne trouve que ce qu'elle cherche et que le réel ne répond qu'à la question qui lui est posée³, il serait néanmoins incorrect d'incriminer les chercheurs d'alors, en nous référant aux questions que les socio-ethnologues actuels n'ont appris à poser que depuis quelques décennies.

Dès 1909, l'école linguistique allemande⁴ incite les dialectologues à ne plus se pencher uniquement sur les mots et leur origine, mais à montrer la relation entre les mots et les choses qu'ils désignent. En 1912, Rudolf Meringer publie *Lat. cucurbita ventosa, it. ventosa, fr. ventouse*⁵ et illustre toute l'évolution de cet outil thérapeutique en partant du fruit. Il franchit un premier palier vers la compréhension de la réalité sans toutefois faire la moindre allusion au contexte socio-médical ou aux utilisateurs de la ventouse. De nombreuses publications de médecine populaire surgissent dès la première décennie du 20^e siècle. Les travaux devien-

ment plus systématiques, tout en restant des énumérations de remèdes et pratiques classés d'après leurs composantes ou leurs emplois thérapeutiques et ce, jusqu'après la seconde guerre mondiale. Ce n'est qu'au courant des dernières trente années que les recherches insèrent la médecine populaire dans le tissu social et quotidien. Les chercheurs français et allemands publient de remarquables travaux mais, à ma connaissance, seules les publications de Françoise Loux traitent de manière approfondie du quotidien des soins, des soignés et des soignants⁶.

En Valais, la recherche du quotidien médical est encore à entreprendre. Les témoins du passé moins médicalisé se font rares, et le recours actuel à la para-médecine est malaisé à repérer sans une certaine familiarité patiente avec ses adeptes. Une partie des données que j'ai glanées dans ce domaine indiqueront peut-être des pistes à suivre. La majorité de mes renseignements proviennent des communes valaisannes de Nendaz, d'Hérémence, d'Evolène et de Lens ; d'autres, des districts de Sierre et de Sion, des compléments, de l'ensemble du canton et des régions limitrophes. Les enquêtes menées de 1942 à nos jours m'ont fourni des données qui permettent de remonter à 1850 environ. En effet, la mémoire de certains informateurs englobait les souvenirs transmis par une ou deux générations précédentes. Les recherches dans les archives cantonales ou communales n'ont guère répondu en ce qui concerne le quotidien, et les livres, les recueils manuscrits et cahiers de secrets qu'on m'a confiés ou que j'ai pu consulter restent muets à cet égard. Mes propos chercheront donc à évoquer ce non-dit et négligeront les remèdes, les pratiques thérapeutiques, magico-religieuses ou non.

Il est d'usage, lorsqu'on parle des malades valaisans des dernières 150 années, d'insister sur le vide médical, l'absence de médecins, de sages femmes diplômées et de personnel soignant en dehors des quelques centres de la vallée du Rhône. En 1880, il n'y a que 25 médecins "patentés" pour tout le Valais⁷. Si l'on considère en outre le manque de routes, la précarité des transports et des transmissions, la situation peut paraître sombre, voire dramatique. Comparé à d'autres régions de Suisse, notamment urbaines, il ne fait pas de doute que le Valais d'alors accuse un retard de médicalisation évident. Mais la population rurale et surtout montagnarde était-elle vraiment démunie face à la maladie et à la douleur ? Quelles étaient les connaissances médicales communes à tous ? A qui pouvait-elle faire appel ? Le recours au médecin patenté était-il plus efficace que celui fait aux empiriques villageois ?

Au cours de mes enquêtes dialectologiques, j'ai été frappée par la richesse du vocabulaire patois ayant trait au corps humain, aux signes extérieurs de maladie et aux soins à donner. On a toujours enseigné aux dialectologues que les connaissances anatomiques des campagnards reposaient sur les comparaisons tirées entre le corps animal et celui de l'homme ; connaissances acquises par les éleveurs de bétail et à l'occasion des boucheries domestiques. Il m'a fallu rapidement admettre qu'un autre savoir venait compléter le discours. Un savoir fondé sur l'observation des malades, des parturientes et des mourants, ainsi que sur l'expérience personnelle ou transmise. Ce savoir et son vocabulaire sont communs aux habitants d'un village ou d'une commune, du moins de manière passive, et se différencient du parler plus moderne et plus scientifique des sages-femmes et infir-

mières du lendemain de la dernière guerre. Tous les états de santé perceptibles par un profane, toutes les manifestations repérables d'un état maladif, sont nommés par un terme spécifique, souvent plus expressif que le terme scientifique équivalent. Certains mots nous renvoient à la médecine savante d'hier et d'avant-hier, surtout lorsqu'ils concernent des pratiques thérapeutiques désuètes.

Le patois, langue commune des populations villageoises de l'immédiat après-guerre, possédait une richesse de mots et d'expressions parce qu'en patois, chaque chose a son nom propre. Si la médecine populaire avait un vocabulaire fort riche, c'est que ces mots s'utilisaient couramment. Jadis on naissait, vivait, souffrait peut-être, et mourait dans la maison familiale. C'est au sein de la famille qu'on utilisait une thérapeutique transmise des générations précédentes. Cette automédication traditionnelle permettait à la famille nucléaire de soigner de l'enfant au vieillard en fin de vie, en cas de maladies banales et passagères ou de maladies chroniques peu évolutives, comme c'est ou c'était l'usage dans la plupart des civilisations.

Le rôle de la femme était prépondérant. La mère, l'épouse, la fille ou une sœur s'occupait du ou des malades à côté de son labeur quotidien. Plus rarement, lorsque la situation familiale l'exigeait, c'était un homme qui se chargeait des soins. Quand il y avait de grands malades ou des malades grabataires, d'autres membres de la famille restreinte s'associaient aux soins, assurant souvent une présence constante auprès du malade. Quelle pouvait être la qualité de ces soins ? On cherchait à soulager physiquement les malades par l'administration de remèdes empiriques, surtout à base végétale, expérimentés par les générations précédentes et réutilisés lorsqu'ils se révélaient efficaces. On appliquait les soins et les moyens thérapeutiques dont on avait connaissance tels que cataplasmes ou compresses. Mais on ne se bornait pas au strict minimum et on attribuait une grande importance au bien-être physique et psychique des patients. Bien qu'on n'en soit pas toujours conscient, la richesse des expressions relatives à ces pratiques est grande : soulager, "coussiner", désaltérer, "médeciner", ou encore tenir compagnie, tranquilliser, écouter, reconforter, ne pas laisser quelqu'un se "débattre" seul avec son mal, prier, montrer de l'espoir, ne sont que quelques échantillons de ce vocabulaire⁸.

Je ne tiens nullement à faire l'apologie du temps passé ou des soins au sein des familles de jadis, et moins encore à mettre en accusation le présent. Je ne fais que relater les faits que j'ai pu observer, et qui n'étaient pas tous exemplaires. À côté d'un savoir-faire étonnant et de dévouements admirables, il y avait toujours des cas de négligence, voire d'abandon, inqualifiables. Le cas des crétiens, des retardés mentaux et des déments notamment, était le plus souvent fort mal maîtrisé.

Revenons aux malades. Lorsque la famille nucléaire était embryonnaire ou que la charge d'un grand malade devenait trop lourde, la parentèle, la famille élargie et le "voisinage" collaboraient avec la famille. Les relations familiales très complexes et le tissu d'interconnaissance villageoise faisaient que la communauté d'entraide pouvait, de cas en cas, se grouper de façon différente. Il est fort probable qu'une partie du savoir médical d'une communauté villageoise se véhiculait non seulement d'une génération à l'autre, mais tout autant par le truchement de

ces groupes épisodiquement variables. Pour certaines familles, la médication et les soins courants ne posaient pas de problèmes. D'autres, au savoir plus restreint ou à la mémoire plus courte, étaient moins favorisées, elles devaient plus rapidement élargir le cercle de soignants, comme tous le faisaient face à une maladie inhabituelle, lors d'accident ou de maladie considérée comme grave. On faisait appel à la sage-femme, aux "savants" ou au "rhabilleur" selon la nature de l'incident.

Jusque bien en avant dans notre siècle, les sages-femmes diplômées étaient rares dans les villages. La femme qui en tenait lieu, la "marraine" en Valais, n'avait pas eu de formation. L'assemblée des femmes mariées choisissait la "marraine" en fonction de la sympathie qu'elle leur inspirait, de la confiance qu'on pouvait avoir en elle, de son entregent et de sa situation financière aisée. En effet, on ne voulait pas grever de cette fonction une pauvre surchargée de travail et d'enfants en bas âge. Il fallait que la "marraine" peut abandonner sa famille et son ménage à n'importe quelle heure et pour un temps indéterminé. La "marraine" avait généralement elle-même des enfants et, de ce fait, une expérience personnelle. Elle avait souvent eu l'occasion d'acquérir un certain savoir-faire au contact d'une proche parente, sa mère, sa grand-mère ou sa tante, qui officiait comme accoucheuse. Les "marraines" étaient fréquemment choisies dans des familles où un ou plusieurs hommes étaient "rhabilleurs" ou guérisseurs pour le bétail. On attribuait à ces familles une faculté ou une prédisposition à l'exercice de la médecine. Au cours de son exercice, la "marraine" apprenait ce que le médecin ou la sage-femme diplômée appelés dans les cas difficiles ou désespérés lui enseignaient. L'approbation de l'élection de la sage-femme par le curé était indispensable. Il tenait à ce qu'elle soit une bonne chrétienne, capable d'ondoyer un nouveau-né en danger de mort.

Comme la "femme qui aide" dont parle Yvonne Verdier⁹, la "marraine" s'occupait des naissances, des bébés, mais aussi des morts. En outre, on faisait appel à elle lorsqu'on avait besoin de conseils ou d'aide pour un malade, surtout lorsqu'il s'agissait d'une maladie. En cas d'accident, elle était souvent la plus rapidement atteignable et elle assurait la médecine d'urgence. Se sentait-elle incompétente, elle ne manquait pas d'indiquer la personne, "savant", sage-femme diplômée ou médecin, à contacter. Sachant qu'il fallait chercher au loin, à la ville voisine le plus souvent, avec un mulet, le médecin qui n'arriverait que de longues heures plus tard dans le meilleur des cas, elle hésitait à le faire venir, d'autant plus qu'il fallait le payer...

Les sages-femmes qui ont pris la relève des "marraines" au début du siècle, après un cours de quelques semaines chez un médecin, ont continué à assumer les différentes fonctions des "marraines". Malgré leur formation et les notions d'hygiène apprises, elles perpétuaient certaines pratiques traditionnelles et oubliaient souvent d'exiger une rétribution. Elles avaient par contre de meilleures relations avec les médecins que les "marraines", et elles y avaient recours quand les conditions extérieures le permettaient. Certaines d'entre elles semblent d'ailleurs avoir été très expertes et, le cas échéant, elles prenaient des responsabilités très grandes.

**Paolina Thérison (1884 - 1969),
sage femme à Saint-Nicolas, avec
ses filles Eglantina
et Elvira Ferrère.**

(Photo propriété Emma Ferrère)

Je ne cite que pour mémoire le cas de la sage-femme Mariosa Tannast qui réalisa, en 1902, dans le Loetschental coupé du monde par les avalanches, avec l'aide d'un empirique local, une césarienne où la mère et l'enfant ont été sauvés¹⁰. La sage-femme appelée au siècle dernier de Bourg-St-Pierre à Nendaz ne pouvait généralement qu'ondoyer l'enfant après une césarienne post mortem.

Pour les hommes malades, on préférait faire appel à un "savant". Ces empiriques avaient différents types de spécialisation, qui se superposaient parfois. Ils étaient "rhabelleurs" ou "rebouteux" et excellaient dans l'art de réduire les fractures, de soigner les foulures et les luxations, et savaient "remettre un nerf en place". D'autres soignaient plutôt les maladies. Si certains étaient détenteurs de livres de plantes médicinales ou de petits traités de médecine à l'usage du peuple, la grande majorité d'entre eux avaient appris à connaître des remèdes ou des thérapies par leur propre expérience de patient ou par leur présence au chevet de malades de leur famille où l'on avait eu recours au médecin. Presque tous étaient issus d'une famille de "savants", voire de mères, et un savoir plus ou moins étendu leur avait été transmis. n semble qu'ils n'avaient jamais recours aux pratiques magico-religieuses, ne récitaient pas de prières, et n'étaient détenteurs ni de "dons" ni de "secrets". Ils pouvaient être spécialisés en "chirurgie", faire des saignées, scarifier après la pose de ventouses ou ouvrir des abcès. Bien que leurs outils aient été également utilisés pour le bétail, on ne m'a pas parlé d'infections...



Ceux qui avaient reçu un “don” ou un “secret” n’agissaient que de façon très restreinte, généralement à propos d’une seule affection. Les personnes qui cumulaient des “dons” ou des “secrets” hérités d’un parent ou transmis par une personne âgée étaient l’exception. Elles n’avaient pas de connaissances médicales, et n’effectuaient ni manipulations ni pratiques thérapeutiques. Certaines possédaient des prières ou des invocations écrites, des sachets bénits, un bout de charbon également béni, et elles les imposaient brièvement à ceux qui venaient guérir une guérison. Habituellement, ces “savants” ne récitaient que des prières, “signaient” le mal ou le touchaient simplement. Ils n’agissaient qu’en présence de l’affligé ; exceptionnellement, ils se contentaient d’une pièce d’habillement amenée par un envoyé. Que traitaient-ils ? Des affections mineures, telles qu’ôter les verrues, calmer les maux de dents ou le mal de tête, mais aussi le “sorevent” et les hémorragies. Le “sorevent” est une affection caractérisée par une enflure de la tête chez les gens et chez les bêtes. On la considère comme d’origine surnaturelle sans toutefois la qualifier toujours de “mal donné”, qui serait alors du domaine du leveur de sort ou du sorcier. Ces “savants”, qui savaient arrêter de manière spectaculaire les hémorragies accidentelles, maîtrisaient toutefois moins bien les pertes de sang d’autre origine. Leur grande force résidait dans leur pouvoir d’ôter la douleur. Ceux qui possédaient le don d’enlever “le feu” des brûlures, du zona, du mal de Saint-Antoine, étaient très sollicités. Ils ne prétendaient pas guérir, ils ne voulaient que soulager. Certains d’entre eux assuraient que la cicatrisation d’une brûlure non douloureuse s’accomplissait de manière plus satisfaisante.

Qui étaient ces “savants”, “rhabilleurs” et détenteurs de “secrets” ? D’après les témoignages oraux que j’ai pu recueillir, des hommes, et en plus petit nombre des femmes, de la communauté villageoise. Agriculteurs, artisans, éleveurs, ils étaient de la même catégorie sociale que leurs patients et vivaient dans les mêmes conditions de travail et de loisirs. Aucun fossé culturel ne les séparait de leurs malades. À part peut-être certains détenteurs de secrets, ils étaient de bons psychologues et mettaient à profit leur intime connaissance de la vie villageoise. Il est vrai que nombre d’entre eux se marginalisaient dans la communauté : les détenteurs de “secrets” par une piété ostentatoire, d’autres par leur goût de la solitude (des vieux garçons surtout). Le nombre proportionnellement élevé de “rhabilleurs” et de guérisseurs handicapés de naissance comme, pour Nendaz, “celui de la petite main” ou “celui du pied tordu”, est à relever. Une position un peu spéciale est celle des ecclésiastiques et des religieuses impliqués dans ce réseau de médecine parallèle. Ils dispensaient leurs conseils et leurs remèdes et n’hésitaient pas à appliquer des soins ou faire certaines manipulations tout en condamnant une partie des “secrets” qualifiés de superstitieux. Jusqu’après la première guerre mondiale, il ne semble pas y avoir eu une grande distance culturelle entre les prêtres locaux et les habitants des paroisses. Tout au plus leur attribuait-on des dons inhérents à la prêtrise. Contrairement à la grande majorité de leur compatriotes, ils recevaient les journaux et pouvaient mettre à profit les conseils d’hygiène, de comportement et les différents remèdes publiés épisodi-

quement¹¹. Dans le Valais central, je n'ai pas eu connaissance de conflits entre ecclésiastiques et "savants" ou mèges locaux, comme on les a connus ailleurs en Valais¹².

Une caractéristique essentielle est commune à tous ces empiriques à l'échelle locale que je viens d'énumérer : aucun d'entre eux n'accepte une rétribution ou des dons. Les détenteurs de "secrets" et de "dons" le faisaient par conviction religieuse ou parce qu'ils craignaient de perdre leur pouvoir, les "marraines", "rhabilleurs" et "savants" par une sorte de loi tacite. Ces derniers savaient que leur prestation était considérée comme une aide bénévole à charge de revanche comme les membres de la communauté ont coutume de se prêter, lors des grands travaux par exemple. Mes relevés d'enquête parlent de nombreux échecs – comment aurait-il pu en être autrement ? – jamais de charlatanisme ou de tromperie dont on accusait les guérisseurs ambulants ou de foire. En effet, dans ce système du don et du contre-don, il n'y a pas de place pour l'imposture.

Nous parlions d'échecs. Quand les soins à l'échelle de la communauté villageoise ou communale s'avéraient inefficaces ou que la confiance s'ébranlait, on élargissait le cercle, sortait de la communauté restreinte. Dans plusieurs communes et régions valaisannes, il y avait des médecins empiriques auxquels on donnait le nom de mèges. Il est peut être bon de rappeler ici que mège, ou une variante phonétique locale de ce mot, représente l'évolution normale du latin *medicus*, la forme actuelle médecin, qui est un dérivé de médecine, n'apparaissant en français qu'au 13^e siècle.

À Hérémente, à Savièse, à Salvan, dans le Val d'Illeiez pour ne citer que ces régions, il y avait des familles entières de mèges. Ils étaient réputés loin à la ronde, craints parfois, incompetents souvent. La carence de médecins diplômés et leur manque de savoir et de moyens, leur éloignement géographique, contribuaient à canaliser les patients vers les mèges, plus proches. Ces derniers représentaient l'échelon supérieur de la hiérarchie des empiriques. Ils se considéraient égaux aux médecins, s'attribuaient parfois le titre de docteur et exigeaient une rétribution. Descendants d'un chirurgien-barbier dans les armées étrangères, d'un médecin diplômé ou d'une famille de guérisseurs ou de "rhabilleurs", ils possédaient une bibliothèque médicale plus ou moins bien fournie, généralement ancienne. Ils utilisaient des méthodes de diagnostic surannées ou à la mode comme "sonder l'urine". Les mèges d'Hérémente prescrivaient à l'aide d'une ancienne pharmacopée des remèdes à faire faire par les pharmaciens de Sion. Leurs ordonnances et une partie de leur bibliothèque ont été déposées aux Archives cantonales de Sion¹³ ; en parler serait sortir de mon thème des soins usuels. En effet, on se rendait chez les mèges comme on se déplacerait aujourd'hui chez un spécialiste ou dans un lieu de cure. Si des travaux d'historiens ou d'ethnologues ont traité des mèges, de leurs familles et de leurs généalogies, de leurs faits et méfaits ainsi que du légendaire qui s'est tissé autour d'eux, il n'y a pour le Valais aucune étude médico-pharmaceutique, qui seule pourrait prêter à une comparaison entre le savoir des mèges et le savoir médical officiel d'alors¹⁴.

Il est indubitable que la ligne de démarcation entre tous les différents empiriques n'était pas toujours aussi nette que je l'ai esquissée pour une meilleure compréhension. À côté de son savoir presque manuel de "rhabilleur", celui-ci pouvait avoir des notions médicales autres, voire même un "don". Un mège, généralement fin psychologue, pouvait utiliser des moyens empiriques. Ce qui est étonnant, c'est que celui qui était un "savant" dans son village était parfois considéré comme mège dans les communes voisines. Les Nendards, par exemple, se rendaient auprès des mèges d'Hérémente – jadis à Hérémente – plus tard, jusqu'au décès de Baptiste Bourdin, à Sion, où il consultait dans un café. De nombreux Hérémentsards par contre préféraient se rendre à Nendaz. Les raisons psychologiques de ces recours au savoir d'ailleurs mériteraient d'être étudiées. Je ne crois pas qu'on puisse simplifier en disant que nul n'est prophète en son pays.

C'est intentionnellement que je n'ai pas parlé du recours à la prière, aux dévotions et aux pèlerinages, et que je n'ai pas abordé la question des leveurs de sort ou sorciers. Ce sont d'autres pages à écrire qui nous mèneraient loin du quotidien.

En conclusion, je crois pouvoir dire que les malades de la fin du siècle passé et de la première moitié du notre n'étaient, du moins pour le quotidien, pas défavorisés du fait qu'ils habitaient loin des institutions médicales officielles. Les soins quotidiens assumés par la famille, les diverses communautés locales ensuite, étaient en général corrects, souvent empreints de chaleur humaine réconfortante. La médicalisation plus proprement dite ne devait pas être très différente de celle dispensée par les médecins, qui étaient en outre désavantagés par la distance entre malade et praticien. Il ne convient néanmoins pas d'idéaliser la situation. La souffrance et la douleur étaient omniprésentes. n est vrai que la science médicale était souvent impuissante et que des maladies et des accidents considérés aujourd'hui comme bénins entraînaient la mort. Il ne faut pas non plus idéaliser le bénévolat de jadis ; comme pour toute circonstance de la vie en montagne, il n'y avait que la mise en commun des forces de la communauté qui pouvait agir. Comme dans la lutte contre les avalanches ou pour l'eau, cette mise en commun des forces se basait sur la réciprocité. Chacun savait que pour la lutte contre la maladie il pourrait, lui aussi, devoir et pouvoir faire appel aux autres.

Un dernier mot sur la situation actuelle. On ne naît et ne meurt plus à domicile. Les soins plus technologisés peuvent souvent n'être appliqués qu'en milieu hospitalier. Seules les maladies les plus banales et passagères se soignent en famille. Une chose a fondamentalement changé : jadis, on avait en dernier lieu recours au médecin, à l'hospitalisation parfois lointaine (à l'Ile à Berne, à Turin, etc.) ; aujourd'hui, on recourt d'abord au médecin ou au pharmacien puis, en dernier ressort, en désespoir de cause, au guérisseur, au leveur de sort, au gourou. Il est vrai qu'après un certain temps d'euphorie qui a suivi la découverte des sulfamides, des antibiotiques, et les progrès de la médecine, de la chirurgie notamment, on assiste actuellement à un regain de faveur de la para médecine et de certaines de ses formes les plus stupéfiantes. Le Valais actuel suit les engouements et les modes ; il a souvent oublié son passé, et ne doit aujourd'hui guère être différent des autres cantons et villes de Suisse. En ce qui concerne les soins proprement

dits, nombre d'établissements hospitaliers du Valais ont eux aussi franchi le pas d'une hospitalisation humainement stérile et aseptisée, où les proches n'étaient acceptés qu'au compte-gouttes et où les malades n'étaient souvent que des cas plus ou moins intéressants, vers un accueil et un accompagnement des patients – et de leurs proches – qui cherche à reconstituer une ambiance de confiance empreinte de la chaleur humaine que l'entourage familial essayait jadis de procurer aux siens.

Tiré de : *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*, actes du colloque de Sion 22-23 novembre 1991 : *Soins et soignant-e-s entre médecine et société*, édition Zoé, Genève, 1992.

NOTES

¹ O. Stoll, « Die Erhebungen über Volksmedizin in der Schweiz », in *Schweizer Archiv für Volkskunde*, 5 (1901), p. 157-200.

² Malheureusement sans date.

³ M. Maget, Guide d'étude des comportements culturels, Paris, 1962.

⁴ *Wörter und Sachen : Kulturhistorische Zeitschrift für Sprach- und Sachforschung*, Heidelberg, 1909 ff.

⁵ *Ibid.*, 4 (1912), p. 177-197.

⁶ F. Loux, *Traditions et Soins d'aujourd'hui*, Paris, 1983.

⁷ D. Allet-Zwissig, « La condition féminine en Valais à travers la presse et les publications officielles du canton 1870-1880. Fragments pour le portrait d'une absente », in *Annales Valaisannes*, 5, 1990, p. 137.

⁸ En patois de Nendaz, *chouadjye* signifie soulager dans le sens le plus vaste, éviter tout désagrément ; le français régional "coussiner" indique les mesures à prendre pour éviter les escarres ; on désaltère et rafraîchit un malade conscient en lui donnant à boire, mais en "arrosant", c'est-à-dire en humectant la bouche et les lèvres, de celui qui est inconscient ; "médeciner" signifie faire prendre les remèdes. Tenir compagnie, en patois *tini choué*, est très important ; l'étymologie *solacium* qui signifie en latin consolation, assistance, a donné dans les patois valaisans le mot clé de l'accompagnement des malades.

⁹ Y. Verdier, *Façons de dire, façons de faire : La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, 1979, p. 83-156.

¹⁰ C. Müller, *Volkmedizinisch-geburtshilfliche Aufzeichnungen aus dem Loetschentel*, Bern, 1969.

¹¹ Voir D. Allet-Zwissig, *op. cit.*

¹² A. Donnet, « Quelques notes historiques d'observations recueillies par l'abbé Jean Maurice Clément (1736-1810) vicaire de Val-d'Illiez », in *Annales Valaisannes*, 63 (1988), p. 3-37 ; M. Salamin, « Malades et médecins dans le Valais napoléonien », in *Annales Valaisannes*, 66 (1991), p. 3-76.

¹³ Sion, Archives cantonales, Fonds Dayer/Bourdin.

¹⁴ J.-B. Bertrand, « Notes sur la santé publique et la médecine en Valais jusqu'au milieu du 19^e siècle », in *Annales Valaisannes*, 14 (1939), p. 603-662. Voir aussi R.-C. Schüle, « Médecins et guérisseurs à Nendaz », in *Folklore Suisse*, 48 (1958), p. 45-48 ; « Les guérisseurs d'Hérémenche (Valais) » in *Gesnerus*, 32 (1975), p. 173-181 ; « L'accouchement dans le Valais central de 1850 à 1950 », in *Gesnerus*, 36 (1979), p. 55-62.