



Construction des pratiques de soin dans le système de santé français

Alice Taras

► To cite this version:

Alice Taras. Construction des pratiques de soin dans le système de santé français. Anthropologie sociale et ethnologie. 2017. dumas-01668894

HAL Id: dumas-01668894

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01668894>

Submitted on 20 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Département d'Anthropologie

Construction des pratiques de soin dans le système de santé français

Mémoire présenté en vue de la validation de la première année de
Master Anthropologie

Spécialité Recherche
Parcours Santé

par Alice Taras

sous la direction de Carine Baxerres

Session de juin 2017

Département d'Anthropologie

Construction des pratiques de soin dans le système de santé français

Mémoire présenté en vue de la validation de la première année de
Master Anthropologie

Spécialité Recherche
Parcours Santé

par Alice Taras

sous la direction de Carine Baxerres

Session de juin 2017

Merci à Marie et Carine Baxerres pour leur aide tout au long de ce mémoire.

Table des matières

Introduction (p.3)

I) Un modèle biomédical qui contraint les personnes et qui produit des normes (p.6)

1. Une approche historique : naissance de la santé publique, développement de la biomédecine (p.6)

A) La santé publique (p.6)

- a) Définition (p.6)
- b) Histoire de la santé publique (p.7)
- c) Contrôle des individus (p.8)

B) La biomédecine (p.9)

- a) Émergence de la biomédecine (p.10)
- b) Suprémie du système de santé biomédical (p.11)

2. La biomédicalisation aujourd'hui (p.13)

A) Médicalisation (p.13)

B) Médecine prédictive et normes (p.15)

C) Intérêt pour les laboratoires (p.17)

3. Zoom sur le médicament pharmaceutique industriel (p.19)

A) Le médicament : un objet aux multiples facettes (p.20)

B) Définition d'un objet complexe (p.21)

C) Pharmaceuticalisation (p.23)

II) Les alternatives à ce système dominant (p.27)

1. Approche historique des médecines parallèles (p.27)

A) Émergence des médecines parallèles (p.27)

B) Une construction en rapport avec le système dominant (p.30)

2. Une autre approche de la médecine : revendications des médecines parallèles (p.31)

A) Une contestation de la biomédecine (p.32)

- a) La biomédecine : à l'encontre de la nature et du savoir inné (p.33)
- b) La quête d'un mode de vie plus équilibré (p.34)

B) Une autre vision du corps et de la santé (p.35)

C) Médecins et thérapeutes (p.36)

- a) Médecin : une profession respectable et respectée (p.36)
- b) Une relation de confiance (p.37)
- c) Une recherche d'autonomie (p.38)

3. Le pluralisme médical en France (p.40)

A) Une utilisation combinée de la biomédecine et des médecines parallèles (p.41)

B) Les médicaments parallèles (p.42)

- a) Le médicament parallèle : un médicament naturel (p.42)
- b) Une adaptation des médecines parallèles au contexte occidental (p.43)

C) Une biomédecine pas si hermétique (p.45)

III) Les pratiques d'auto-soin : entre autonomisation et appropriation du système médical (p.49)

1. L'auto-soin : contexte et acteurs (p.50)

A) Le domicile (p.51)

B) Les acteurs du soin dans le domicile (p.52)

C) L'armoire à pharmacie : un élément prépondérant de la santé à la maison (p.54)

2. Influences sur les pratiques d'auto-soin (p.55)

A) S'autonomiser par rapport au système biomédical, se réapproprier son corps et son identité (p.55)

B) L'influence des secteurs professionnel et traditionnel au sein du secteur populaire (p.57)

C) Subjectivité et interprétation (p.59)

3. L'auto-soin, une appropriation du système de santé (p.62)

A) S'approprier le médicament (p.62)

B) L'intégration du médicament dans le domicile (p.63)

C) L'armoire à pharmacie : un exemple d'intégration du système de santé dans le domicile (p.66)

Conclusion (p.69)

Bibliographie (p.71)

Introduction

Pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la santé se définit comme un « état complet de bien-être physique, mental et social » (site de l'OMS¹). Pour Didier Fassin (1996), la définition de la santé constitue, de plus, une notion subjective. En effet, dans *L'espace politique de la santé* (1996), il écrit que :

« Si la santé ne revêt pas la même signification à différentes époques et dans différentes cultures, ou pour une même société, parmi les divers groupes qui la composent, c'est qu'elle est une construction sociale – même si elle n'est bien sûr pas que cela et intègre également, du point de vue de l'individu, des signaux physiologiques et psychologiques, et du point de vue des pouvoirs publics, des informations de nature épidémiologique ou économique » (p.33)

Pour cet auteur, la santé « apparaît donc simultanément comme une notion et comme un espace définis par les rapports entre le corps physique et le corps social » (p.35). Il s'agirait donc d'« une notion culturellement déterminée » (idem) et d'« un espace politique structuré » (idem). La santé semble un état socialement défini qui évolue au fil du temps et au gré des cultures. L'auteur présente de plus la santé comme « un marché régit par des lois et des mécanismes de concurrence et régulé par les rapports entre les thérapeutes, le public et l'État » (p.38).

Michel Foucault décrit, depuis le 18^{ème} siècle, une transformation de l'exercice du pouvoir dont l'enjeu devient, à partir de cette époque, le maintien et le contrôle de la vie des populations (cité par Fassin, 1996, p. 38/39). Le contrôle des individus s'effectue notamment par la mise en place de normes qui se répercutent sur la perception et le comportement des individus et qui influencent leur perception du normal et du pathologique, du beau et du laid, du sain et du malsain, etc. La détermination du normal et du sain semble ainsi basée sur la subjectivité mais également sur des aspects économiques et politiques. Si les pouvoirs publics ou privés favorisent l'émergence de normes, les individus, en transformant leurs habitudes et leur corps d'après ces normes, permettent leur implantation. Chaque personne envisage ses pratiques de soin en fonction de l'idée qu'elle se fait de la santé. Cette représentation de la santé passe par l'assimilation de normes mises en place par un grand nombre d'acteurs depuis les laboratoires jusqu'aux industriels en passant par les médecins et les thérapeutes, sans oublier le rôle des médias auxquels s'ajoutent un savoir empirique ainsi que d'autres transmis par l'entourage. Ainsi, santé, politique et économie sont indissociables dans l'étude du système et des pratiques de santé. Comme le souligne Cecil Helman (1981):

« Social scientists studying Western health systems have tended to concentrate on doctor-patient

1(http://www.who.int/topics/health_systems/fr/) consulté le 18/06/2017

interactions, though this is only a tiny fragment of the total health care system » (p.347)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le système de santé comme « l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé » (site de l'OMS²). Pour l'OMS, « la plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel » (idem). En France, le système de santé se compose de cinq acteurs principaux. On retrouve ainsi les « offreurs de soins » (vie-publique.fr³) (professions médicales et pharmaceutiques, auxiliaires médicaux, établissements de santé, structures de préventions), les producteurs de biens et de services en santé, les institutions publiques, les « financeurs » (idem) (mutuelles, ménages, ...) et en dernier lieu les bénéficiaires. Ces acteurs du système de santé semblent se revendiquer d'une part du modèle biomédical dominant, centré autour de la biomédecine institutionnalisée et reconnue par l'état comme médecine officielle, et d'autre part d'une grande variété d'autres médecines (que nous désignerons comme parallèles au long de ce mémoire) dont les statuts divergent d'un cas à l'autre. Chaque individu, en fonction de son environnement, de sa culture, de la manière dont il a été élevé ou des problématiques qu'il rencontre va ainsi se retrouver amené à faire des choix afin de construire son propre parcours thérapeutique mais également ses propres pratiques de soin.

Au cours de ce travail, nous nous intéresserons à la biomédecine et aux médecines parallèles mais également aux pratiques d'auto-soin et nous verrons en quoi ces différentes visions du soin s'entremêlent. Nous nous demanderons ainsi de quelles manières s'organisent les pratiques de soin dans un système de santé institutionnalisé et dans quel contexte se construisent les pratiques de soin et d'auto-soin des individus.

Nous nous intéresserons ainsi, dans un premier temps au modèle biomédical puis nous évoquerons les alternatives à ce modèle dominant avant de nous pencher sur les processus par lesquels ces différents éléments du système de santé se trouvent assimilés dans les pratiques d'auto-soin des individus.

Étant donné que je suis, en parallèle de ce master, un DU d'ethnobotanique appliquée et que je possède une formation d'herboriste, j'ai souhaité poursuivre mes études dans le domaine de la santé et c'est pourquoi je me suis dirigée vers le parcours « anthropologie de la santé » de

2 (http://www.who.int/topics/health_systems/fr/) consulté le 18/06/2017

3 (<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-systeme-sante.html>) consulté le 18/06/2017

cette première année de master recherche. Je voulais tout d'abord réaliser un même mémoire pour les deux formations mais j'ai ensuite abandonné l'idée pour me concentrer cette année sur le travail bibliographique qui nous était demandé afin de préparer l'enquête de terrain requise en master 2. Cependant, il m'a été assez difficile de construire mon objet d'étude pour mener à bien ma recherche. En effet, j'ai d'abord rencontré des difficultés à trouver un sujet pertinent et novateur. Alors que je prévoyais de travailler sur le placebo et que j'avais effectué quelques recherches sur internet à ce sujet, c'est au fil des discussions avec ma directrice de mémoire que je me suis orientée vers une recherche sur l'automédication et les médicaments utilisés en automédication. J'ai à ce stade eu l'occasion de lire les livres de Sylvie Fainzang (2001 ; 2012 ; 2015) ainsi que divers articles trouvés sur internet via le moteur de recherche google scholar. La découverte du livre de Jörg Blech *Les inventeurs de maladies* (2005) a ensuite orienté mon propos vers les notions de médicalisation et de pharmaceuticalisation ainsi que sur la question du détournement des médicaments. Ainsi, au moment de choisir une population, il m'a paru intéressant de travailler sur les étudiants et notamment sur leur prise de médicaments dans l'objectif de solutionner les problèmes auxquels ils étaient soumis (stress, fatigue, etc). J'ai finalement abandonné cette piste pour me concentrer sur l'automédication et l'appropriation des médicaments pharmaceutiques via leur intégration dans le domicile. Enfin, j'ai élargi la notion d'automédication à celle d'auto-soin et à la manière dont les pratiques d'auto-soin empruntaient des éléments aux différentes approches médicales présentes dans le système de santé en France aujourd'hui. Au cours de l'écriture de mon mémoire, j'ai progressivement réalisé que mon objet renvoyait d'avantage au soin en général et plus particulièrement aux différents recours thérapeutiques que proposait le système de santé français et à la manière dont les individus s'appropriaient et réutilisaient les éléments recueillis auprès de divers acteurs tels que les médecins, les thérapeutes ou encore leur entourage afin de construire leurs propres pratiques de soin. Pour l'écriture de ce mémoire, j'ai principalement utilisé les livres que j'ai pu trouver à la bibliothèque universitaire ainsi qu'à la médiathèque d'Aix-en-Provence. Ma directrice de mémoire m'a également prêté des documents. J'ai effectué le restant de mes recherches sur internet via le site de la Bibliothèque Universitaire d'Aix-Marseille ou sur google scholar.

I) Un modèle biomédical qui contraint les personnes et qui produit des normes

Dans cette première partie, nous nous intéresserons à la naissance de la santé publique ainsi qu'à l'histoire de la biomédecine. Il s'agira de découvrir comment ces institutions⁴ se sont progressivement développées jusqu'à se trouver aujourd'hui arbitres de normes en santé. Nous verrons également en quoi le médicament pharmaceutique industriel représente un enjeu de taille pour le système de santé biomédical et plus globalement pour la société.

1. Une approche historique : naissance de la santé publique, développement de la biomédecine

A) La santé publique

La santé publique apparaît, depuis plusieurs années, intéressante à interroger en anthropologie de la santé. En effet, comme le soulignent Didier Fassin et Boris Hauray (2010) : « la santé publique est [...] à cette articulation unique entre la réalité de la maladie, de l'organe, de la cellule, du génome, d'un côté, et la réalité des acteurs, des pratiques, des institutions, des politiques, de l'autre » (p.8). Il s'agira donc, dans un premier temps, de s'intéresser à la notion de santé publique afin de découvrir sa place dans le système de santé en France.

a) Définition

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif » (Larousse en ligne)⁵. Didier Fassin et Boris Hauray (2010), pour leur part, écrivent : « la santé publique se réfère [...] à un domaine d'activité qui porte sur le bien-être de collectivités, ou tout au moins sur la prévention des maladies et peut-être la prolongation de la vie » (p.7). Pour eux, il s'agit d'« une discipline académique qui s'est fortement institutionnalisée » (p.7) et dont les nombreux acteurs « entrent en concurrence pour dire ce

4« Le concept d'institution [...] désigne tout ce qui dans une société donnée, prend la forme d'un dispositif organisé, visant au fonctionnement ou à la reproduction de cette société, résultant d'une volonté originelle (acte d'instituer) et une adhésion, au moins tacite, à sa légitimité supposée. Une institution comporte nécessairement des valeurs et des normes (qui peuvent être coutumières, réglementaires ou encore s'énoncer sous forme de codes), toujours explicites » (Bonte et al p.378). Pour certains, « les institutions, loin d'être l'expression d'un ordre naturel – apparaissent [...] comme des règles d'action visant à "gouverner les hommes" et à "objectiver une discipline de vie" basée sur des "anticipations stables et réciproques" » (Gilles Ferreolet al., p.141)

5 (http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publique/90008) consulté le 06/06/2017

qu'elle est et comment elle doit être pratiquée, et [...] s'opposent dans la définition des problèmes ou de leurs solutions » (p.7). La santé publique se réfère ainsi aux « caractéristiques sanitaires d'une population, à la distribution des pathologies ou à l'état de bien-être collectif » (Fassin et al., 2010, p.7). Mais il est important, pour comprendre le rôle que joue cette discipline aujourd'hui en France, de revenir dans un premier temps sur la manière dont elle s'est formée.

b) Histoire de la santé publique

Comme le souligne Patrice Bourdelais (2010), « la volonté de protéger la vie des populations, et la mise en place de mesures articulées entre elles et faisant système, naissent bien avant le XIX^e siècle et les progrès dans la connaissance des maladies » (p.14). Pour lui, l'invention de la quarantaine afin de freiner les épidémies de peste noire dans les grandes cités marchandes du XIV^e siècle constituerait un des premiers actes de santé publique. Pour cet auteur, « depuis le XIV^e siècle, au moins, des politiques de protection des populations contre les grandes épidémies se sont mises en place de façon préventive, explicite, faites de mesures articulées et complémentaires » (p.16). Au XVIII^e siècle et jusqu'au milieu du siècle suivant, avant de s'attacher à chercher « l'agent infectieux responsable » (idem), ces politiques consistent à mettre en évidence les facteurs environnementaux, les conditions de vie et les conditions de travail qui favorisent l'émergence de certaines maladies. En effet, on assiste à cette époque à une redécouverte des œuvres d'Hippocrate qui attribue une grande importance aux causes environnementales des maladies (Bourdelais, 2010). Il s'agit de favoriser les travaux d'assainissement des villes (assèchement des marais, drainage des zones humides) et des habitations (aération) ainsi que la prévention et les comportements individuels de précaution (alimentation et soin du corps) (idem). Selon Thomas McKeown, professeur de médecine sociale à l'université de Birmingham, c'est l'amélioration du régime alimentaire, qui rend les organismes plus résistants aux atteintes infectieuses, ainsi que les travaux d'assainissement et d'adduction d'eau qui, avant même la découverte de traitements efficaces ou l'extension de vaccination spécifique, auraient permis la diminution des maladies infectieuses (cité par Bourdelais, 2010). L'épidémiologie⁶, discipline développée dans l'entre-deux-guerres et surtout après la seconde guerre mondiale, constitue aujourd'hui un des éléments principaux sur lequel se basent les politiques de santé publique.

6 « Étude des épidémies et des facteurs qui pourraient les causer »
(<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/epidemiologie/>) consulté le 18/06/2017

En France, Santé Publique France, l'agence nationale de santé publique, se donne pour mission de « protéger efficacement la santé des populations » (social-santé.gouv.fr⁷). La création de cette agence en 2016 s'opère par la fusion de divers organismes (InVs⁸, INPES⁹, EPRUS¹⁰) afin de « de doter la France d'un établissement d'excellence regroupant l'ensemble des missions de santé publique (prévention, promotion de la santé, surveillance et observation de l'état de santé de la population, veille et alerte, préparation et réponse aux crises sanitaires, etc.) » (idem). Pour cette agence, il s'agit d'anticiper et d'alerter en cas d'épidémie ou de problème sanitaire. L'accent est mis sur la surveillance épidémiologique ainsi que sur les dispositifs de prévention et de préparation à l'urgence sanitaire grâce auxquels « elle accompagne les acteurs engagés de la santé publique » (santepubliquefrance.fr¹¹).

En France, depuis le XIV^{ème} siècle, des politiques de santé publique se succèdent afin d'améliorer les conditions de vie des populations par des mesures environnementales d'assainissement permettant de prévenir l'apparition de maladies, infectieuses notamment. Aujourd'hui, en France, les agences de santé publique s'attachent à protéger la santé des populations via des dispositifs de prévention et de veille sanitaire.

c) Contrôle des individus

Par la mise en application de mesures sanitaires et la mise en place de grands travaux, le développement de la santé publique semble ainsi, avant même l'institutionnalisation de la biomédecine au 19^{ème} siècle, nous y reviendrons ci-après, avoir permis la réduction des épidémies et contribué à l'amélioration des conditions de vie des populations.

Cependant, ces directives ne s'appliquent pas seules et il faut enseigner de nouveaux comportements aux individus. Pour Patrice Bourdelais (2010), « au cours des trois derniers siècles [...] la cible privilégiée de la santé publique est devenue l'individu plutôt que l'environnement dans lequel il évolue » (p.21). Il souligne ainsi que la santé publique s'impose « par l'éducation et l'art de convaincre par la contrainte » (p.20). En effet, l'auteur écrit que « les institutions de santé ont souvent constitué des lieux d'acculturation mais aussi de domination des classes populaires, considérées, par leur comportement ne répondant pas aux normes nouvelles de l'hygiène, dangereuses pour l'ensemble de la population » (p.20). Pour

7 Consulté le 06/06/2017

8 InVs : institut de veille sanitaire

9 INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

10 EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

11 Consulté en avril 2017

lui, l'essor de la santé publique contribue à la mise en place de normes et favorise une « domination des milieux bourgeois sur les classes populaires » (p.20). La santé publique renforcerait ainsi les inégalités sociales présentes dans la société. Elle permettrait également, selon Michel Foucault, de renforcer le contrôle de l'État sur la population. En effet, il voit dans « la multiplication des dispositifs tendant à accroître la population, à sauver des vies, à organiser des secours, à intervenir sur la vie même des hommes [...] le développement d'une biopolitique au service du renforcement des États royaux modernes et du maintien de l'ordre social » (cité par Fassin et al., 2010, p.18). Les analyses de Michel Foucault à ce sujet ont largement inspiré les travaux contemporains en sociologie et anthropologie de la santé, de manière notamment très forte en Amérique du Nord. Les concepts de « biopouvoirs », « biopolitique » et « gouvernementalité » en sont notamment issus. Les mesures de santé publique sont à l'origine de normes qui doivent être respectées. La mise en place de ces normes via l'éducation ou la contrainte ainsi que les mesures destinées à veiller au respect de celles-ci participent au contrôle des individus.

L'amélioration des conditions de vie des populations s'opère ainsi via le développement de la santé publique, discipline institutionnalisée à l'origine de normes réglementant la vie des populations. Dans la prochaine partie, il s'agira de se pencher sur le modèle biomédical sur lequel se basent les politiques de santé publique en France aujourd'hui.

B) La biomédecine

Pour Jean-Paul Gaudillière (2010), le terme biomédecine entre dans le langage courant dans les années 1960, alors que se développent les investissements scientifiques et que les savoirs du vivant se recomposent. Pour l'auteur, ce terme « désignait alors non seulement la place nouvelle accordée aux sciences biologiques dans la hiérarchie des connaissances, mais aussi la conviction que le développement de la biologie expérimentale était la condition nécessaire à tout progrès de la médecine » (p.23). Aujourd'hui, comme le souligne Olivier Schmitz dans *Les médecines en parallèle* (2006), le terme biomédecine fait l'objet d'un relatif consensus pour les anthropologues et désigne la « médecine biologique enseignée dans les facultés de médecines et exercée à l'hôpital » (p.5). Dans cette partie, il s'agira d'évoquer l'émergence de la biomédecine afin de comprendre l'importance qu'elle détient aujourd'hui dans notre système de santé.

a) Émergence de la biomédecine

Selon, Olivier Faure, on assiste au XIX^{ème} siècle à une « obsession naissante de la santé » qui « se traduit d'abord par la consommation de biens et de services » (cité par Fassin, 1996, p.271). Johanne Collin (2006) constate que le XIX^{ème} siècle représente un tournant dans la manière dont on conçoit la médecine. Avant cette époque, l'auteure fait état d'une médecine empirique basée sur la spécificité du patient et souligne le « passage de cet empirisme à un rationalisme expérimental » (p.131) au cours des deux dernières décennies du XIX^{ème} siècle. Pour Johanne Collin (2006), c'est le développement « d'instruments sophistiqués » (p.142) permettant de mesurer les paramètres physiologiques qui transforment la médecine et le raisonnement médical. L'auteure explique en effet que « la maîtrise de ces instruments et la mesure précise des signes cliniques qu'ils rendent possible pavent la voie à la recherche de récurrences, des lois universelles, concernant la maladie et le médicament, en même temps qu'elles dévaluent l'importance de la spécificité du malade lui-même » (idem). Johanne Collin fait ainsi état du « passage du primat de la spécificité du patient à celui du médicament, c'est-à-dire, à l'idée qu'un même médicament peut soigner une même maladie, peu importe le malade et le stade de la maladie » (p.131). Le médicament apparaît alors spécifique à une maladie ou un symptôme et ne semble plus, comme autrefois, préparé pour un patient, logique que renforcent les processus de standardisation pharmaceutique qui se mettent en place à cette même époque. La fin du XIX^{ème} siècle voit apparaître une nouvelle vision de la médecine basée sur la médecine de laboratoire où le médicament acquiert progressivement une place prépondérante (Collin et al., 2006). Celui-ci a d'ailleurs contribué au succès de la biomédecine (Baxerres, 2013).

Pour Jean-Paul Gaudillière (2010), les caractéristiques de la biomédecine (« couplage entre macromolécules biologiques, lésions moléculaires et processus pathologique » (p.24)) n'apparaissent qu'après la seconde guerre mondiale. Il ajoute : « les premières décennies de l'après-guerre sont souvent décrites comme celles de la 'révolution thérapeutique'. La formulation renvoie le plus souvent à la découverte de la pénicilline et des antibiotiques. Mais ceux-ci ne sont pas isolés. Entre 1945 et 1965, la liste des spécialités pharmaceutiques d'emploi courant s'est allongée de nombreuses classes de médicaments » (p.27).

Pour Carine Baxerres (2013), « la découverte, au 20^{ème} siècle, de l'incroyable efficacité de [la biomédecine] et la diffusion du modèle thérapeutique qu'elle suppose à travers l'entreprise coloniale et le développement du commerce international, ont poussé les gouvernants de la majeure partie des pays du monde à adopter des systèmes de santé biomédicaux ayant comme

clef de voûte le médicament pharmaceutique industriel ». Ainsi, c'est à la fin du XIX^{ème} siècle que l'on observe une transformation des pratiques médicales qui se basent de plus en plus sur une médecine de laboratoire, laissant de côté la spécificité du patient au profit de l'universalité du médicament, celui-ci se faisant de plus en plus performant et prenant son essor dans l'après-guerre.

b) Suprématie du système de santé biomédical

Dans un chapitre intitulé « Médicalisation », Patrice Pinell (2010) explique la manière dont une pratique médicale s'accapare le devant de la scène jusqu'à devenir la médecine de référence. Selon lui, la promotion d'une pratique médicale ne se fait pas indépendamment d'enjeux politiques. Il prend ainsi l'exemple de l'accouchement. Sous l'autorité de Louis XIV, cette pratique, auparavant considérée comme une pratique féminine profane, s'institutionnalise. Les sages-femmes se voient désormais dans l'obligation de suivre une formation dispensée par des chirurgiens peu compétents en la matière dont elles se retrouvent sous l'autorité. L'auteur écrit : « Avec cette exigence, l'exercice de leur pratique est subordonné à un ensemble de conditions fixées par l'état impliquant leur mise sous tutelle (masculine) d'une corporation établie » (p.430). En imposant une formation spécifique aux sages-femmes et en les plaçant sous l'autorité d'un médecin diplômé, le roi, sous prétexte d'améliorer la formation des accoucheuses, place en fait cette pratique sous contrôle, non seulement en en déterminant les modalités, mais également en gardant un œil sur les individus qui la pratiquent.

De la même manière, pour s'imposer, les pratiques biomédicales semblent s'être vues non seulement dans l'obligation de posséder l'appui du système politique en place mais également d'écarter ses concurrents. Didier Fassin (1996) évoque ainsi le cas de la profession de médecin qui, au XIX^{ème} siècle, devient une profession autonome. L'auteur écrit à ce propos : « pour qu'elle accède à ce statut, il lui faut écarter les métiers qui sont en concurrence avec elle, tels les guérisseurs, les matrones, les apothicaires ou les barbiers, les curés également et même plus tard les officiers de santé » (p.160). Il s'agit donc pour ses représentants, d'obtenir « des procès contre ces rivaux moins légitimes » ainsi que de tenter des « interventions auprès des pouvoirs publics » (idem). Didier Fassin parle encore d'« annexer d'autres activités qui interviennent aussi dans les soins, comme celles des infirmières, des sages-femmes et des pharmaciens » (idem). Afin que la profession de médecin devienne autonome, « elle doit imposer que sa compétence soit reconnue par un

diplôme et par des codes officiels ; elle doit s'organiser, ce qu'elle fait à travers des guildes et des associations, des sociétés savantes et un ordre professionnel » (idem). Aujourd'hui, afin d'être légal, l'exercice de la médecine passe par l'acquisition d'un diplôme d'état séparant les pratiques reconnues et validées par un système médical de référence et celles n'en faisant pas partie.

Olivier Schmitz (2006) remarque que « dans le monde occidental, la science constitue [...] le discours dominant sur la connaissance de la nature et sur le savoir en général. Il en découle que tout ce qui paraît un peu scientifique se trouve d'emblée qualifié de sérieux et considéré comme de validité universelle » (p.116). Il apparaît que ce discours dominant se répand jusqu'à parfois étouffer de manière non intentionnelle les discours parallèles ne bénéficiant pas forcément de la même légitimité. Dans un article intitulé « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie » (2003), Alice Desclaux et Joseph-Josy Lévy évoquent les travaux de Julie Laplante à propos des « interrelations entre la médecine humanitaire et les savoirs médicaux autochtones en Amazonie » (p.18) et soulignent la prépondérance de certaines connaissances véhiculées par les formations destinées aux travailleurs de santé. En effet, les deux auteurs remarquent que « l'importance du médicament apparaît [...] dans les programmes de formation des travailleurs autochtones en santé, ce qui induit une dépréciation des pharmacopées autochtones face aux pathologies endémiques, bien que certaines techniques de guérison traditionnelles soient reconnues par les intervenants biomédicaux » (p.18).

La création d'un système de santé passe ainsi par la sélection de certaines pratiques qui seront ensuite institutionnalisées au détriment de certaines autres. Les pratiques de santé se retrouvent en concurrence les unes avec les autres et leur notoriété dépend du pouvoir politique en place. La biomédecine, en tant que pratique institutionnalisée, possède aujourd'hui en France un statut privilégié.

L'apparition du terme biomédecine se fait dans les années 1960 pour désigner une médecine s'appuyant sur des mesures physiologiques rendues possible par le développement de techniques et de traitements performants et qui laisse de côté la spécificité du patient au profit de l'universalité du médicament, permettant de soigner efficacement une même maladie chez de nombreux malades. La biomédecine aujourd'hui bénéficiaire d'une place quasi-exclusive dans le système de santé français semble avoir acquis son statut de médecine de référence au prix d'une certaine lutte pour se démarquer des autres pratiques de santé en cours (acupuncture, homéopathie, phytothérapie,...) et gagner le soutien des pouvoirs politiques.

Nous verrons dans la partie suivante sur quoi s'appuie le système de santé biomédical aujourd'hui.

2. La biomédicalisation aujourd'hui

Dans cette partie, il s'agira de s'intéresser aux acteurs du système biomédical en France. Nous nous pencherons ainsi sur le phénomène de biomédicalisation afin d'en comprendre les répercussions sur le système de santé actuel.

A) Médicalisation

Une grande partie de la recherche en santé publique se concentre désormais sur la découverte de nouveaux facteurs prédisposant l'apparition de telle ou telle maladie chez les individus. Ainsi, pour Jean-Paul Gaudillière (2010), « les facteurs de risque sont progressivement apparus non seulement comme des entités utilisées par les épidémiologistes mais aussi comme des cibles pour des interventions sanitaires mêlant campagnes d'information, screening ou enregistrement des événements indésirables » (p.26). La recherche de facteurs de risque s'intègre aujourd'hui dans un processus de médicalisation de plus en plus poussé. Comme le soulignent Alice Desclaux et Marc Egrot (2015), le concept de médicalisation « élaboré par des sociologues tels que Irving, Zola et Eliot Freidson au cours des années 1970, a été largement partagé par les historiens, les sociologues, les anthropologues, au travers de la définition proposée par Conrad » (p.28). En 1992, ce dernier définit ce concept comme « a process by which non medical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness or disorders » (cité par Abraham, 2010, p.604). Pour Patrice Pinell (2010), « la médicalisation de la société passe par une médicalisation des malades et des maladies obéissant à deux logiques complémentaires, la généralisation du recours au médecin dans l'ensemble de la société et la production permanente par la médecine de nouvelles figures de la maladie » (p.429). Pour Alice Desclaux et Marc Egrot (2015), il s'agirait d'une redéfinition de la part de la profession médicale de « problèmes antérieurement traités comme moraux, spirituels, ou légaux (tels que l'homosexualité, l'alcoolisme, l'avortement, etc.) » (p.28). Au XX^e siècle, on assiste à un changement de forme de la médicalisation qui se qualifie désormais de biomédicalisation en raison des « transformations de la médecine de plus en plus fondée sur les technosciences, et l'importance accrue des sciences fondamentales (génétique, virologie, pharmacologie, etc.) au détriment de l'approche clinique, désormais articulée jusqu'à l'hybridation avec les technologies informatiques et informationnelles »

(idem). Pour ces deux auteurs, une « nouvelle biomédicalisation » se distingue cependant de ce processus de biomédicalisation « pour marquer l'emprise des aspects biologiques notamment dans la redéfinition des traitements au travers des biotechnologies » (idem).

Jean-Paul Gaudillière (2010) nous fait part des quatre tendances qui caractérisent aujourd'hui cette nouvelle biomédicalisation. Il décrit ainsi « le recours accru aux innovations technologiques (tant génétiques qu'informationnelles), l'importance donnée aux processus de valorisation économique et aux marchés, la priorité accordée à la gestion des risques de santé et à la transformation des corps, et pour finir une régulation des interventions qui passe par une participation et une responsabilisation accrue des patients et des usagers » (p.24). La biomédecine semble aujourd'hui faire un usage prépondérant des mesures et des outils techniques et se concentrer davantage qu'auparavant sur la prévention et la manière de gérer les risques de maladies. Pour Jean-Paul Gaudillière (2010), « on peut considérer que nombre de questions de santé publique autrefois analysées en des termes mêlant clinique, psychologie et sociologie [...] sont désormais abordées du point de vue des processus biologiques conditionnant ou prédisposant à telle ou telle capacité, action ou atteinte » (p.27). L'évaluation des risques passe ainsi aujourd'hui par une analyse précise du corps des individus.

Pour Johanne Collin (2006), « la promotion de l'autonomie et de la responsabilité individuelle » fait partie des « règles de l'individualité contemporaine » (p.5). Dans le cas de la santé mentale, l'auteur écrit : « le nouvel usager est [...] conçu comme un patient "compétent", c'est-à-dire qui ne fait pas que pâtir, mais qui devient capable de "gérer" ses symptômes et sa thérapie (médicamenteuse ou non) en ce sens qu'il doit s'impliquer en tant qu'individu singulier dans la résolution de "son" problème de santé mentale » (p.5). De même, comme le souligne Jörg Blech (2005), « aujourd'hui, l'automédication est préconisée » alors qu'elle était avant considérée comme une déviance. Ainsi, chaque individu est aujourd'hui non seulement incité à gérer de manière autonome les symptômes de sa maladie mais également à prendre en main ses habitudes afin de se maintenir en bonne santé.

Comme le souligne Adèle Clarke (cité par Gaudillière, 2010), il s'agit de responsabiliser les patients et les usagers. Au XIX^{ème} siècle, il était question de responsabiliser les individus vis-à-vis de leur santé dans un objectif de sauvegarde de la santé publique collective (Fassin et al., 2010). Aujourd'hui, alors que le problème ne concerne plus seulement les maladies contagieuses, les individus se voient fortement incités à veiller sur leur bien-être et leur santé. En effet, comme le souligne Marie-Clémence Pérez (2016), « l'essor de la bioéthique a placé la valeur d'autonomie au cœur des enjeux éthiques et politiques de la santé publique ». Pierre-

Luc Saint Hilaire (2006) indique : « devenir soi-même est une activité sans fin, tout comme l'est celle de rester en santé » (p.123). Ainsi, chacun est désormais encouragé à minimiser les risques de maladie en prenant en main son régime alimentaire, son style de vie et en transformant son corps (Saint Hilaire, 2006).

B) Médecine prédictive et normes

Le développement de techniques plus poussées et notamment la recherche de facteurs de risques génétiques donne lieu à l'apparition d'un nouveau type de médecine fortement concerné par les questions de dépistage. Pour Jean-Paul Gaudillière (2010), c'est « entre la fin de la guerre et le milieu des années 1970 » que « le risque a été associé aux prédispositions héréditaires, aux comportements individuels et "style de vie" favorisant telle ou telle maladie, aux effets pathogènes des expositions professionnelles ou environnementales, à la toxicité des médicaments etc » (p.26). Pour Jörg Blech (2005), « il y eut un temps où la médecine préventive avait pour but de tenir les gens à distance du système de santé – à l'aire du diagnostic génétique, son rôle est de les en rapprocher » (p.228). En effet, pour Patrice Pinell (2010), « le développement du diagnostic prénatal accélère l'essor de la génétique médicale qui à son tour étend les domaines d'intervention de la médecine en démultipliant le nombre de maladies génétiques susceptibles d'être dépistées in utero » (p.433). Ces nouvelles technologies semblent cependant générer des inquiétudes et participeraient même « à la création de nouveaux problèmes » (Collin et al., 2010, p.118). C'est d'ailleurs ce que souligne Jörg Blech (2005), lorsqu'il écrit que « l'analyse génétique permet de transformer en patients quantité d'individus bien portants » (p.242). En permettant le dépistage de plus en plus précoce des divers facteurs de risques pouvant engendrer une maladie, l'utilisation des nouvelles technologies, très présentes dans la biomédecine, favorise le développement de l'inquiétude des individus et augmente le nombre de traitements et d'opérations effectués en prévention.

Pour Pierre Arwidson (2010), « la prévention est la fonction première d'une politique de santé publique » (p.351). Il apparaît que les mesures de prévention semblent favoriser le processus de médicalisation dans la mesure où elles mettent en avant des facteurs de risques favorisant l'inquiétude de la population et par conséquent son recours à des traitements préventifs. Selon Marie-Clémence Pérez (2016), « les notions de risque/sécurité, d'autonomie et de responsabilité occupent dorénavant une large place dans l'espace sociopolitique de la santé ». En effet, dans son chapitre sur la biomédecine, Jean-Paul Gaudillière (2010) souligne que

« la reformulation des questions de santé en terme de risque est, de façon plus générale, une tendance caractéristique de la biomédecine » (p.26). Vers la fin des années 1990, la recherche des prédispositions génétiques au cancer du sein est pour lui un exemple « emblématique d'une nouvelle gestion de la santé par le risque » (idem). Dans un colloque sur l'automédication (2016), Marie-Clémence Pérez évoque le déplacement permanent des « frontières de l'utile et du nuisible, du sûr et du risqué ». Pour elle, cette « culture du risque » à laquelle nous appartenons favorise l'apparition « d'une véritable culture de l'inquiétude [...] dans le champ des représentations et conduites en matière de santé ». Jörg Blech (2005) écrit quant à lui que « le goût de vivre se métamorphose en angoisse de vivre » (p.242). Comme le fait remarquer Johanne Collin (2006), on ne peut aujourd'hui « qu'être frappé par la fluidité et la mouvance qui caractérise le tracé des frontières entre normal et pathologique » (p.9). Pour elle, « [la] médecine préventive et prédictive [...] convertit les facteurs de risques en pathologies » (p.9).

La prise en compte des facteurs de risque semble ainsi une caractéristique de plus en plus prononcée de la biomédecine. On assiste ainsi à une évolution permanente des maladies qui ne cessent de se voir définies et redéfinies à l'instar des différentes campagnes de dépistage destinées à les contrer. Voyons maintenant comment cette approche influe sur le système de santé actuel.

Comme le remarquait l'écrivain Aldous Huxley, « la maladie a fait tant de progrès que plus personne n'est en bonne santé » (cité par Blech, 2005, p.15). Pour Patrice Pinell (2010), « le corpus des connaissances médicales n'est pas stable et son évolution tout au long de l'histoire est marquée par de profondes transformations en rapport avec des révolutions scientifiques » (p.428). L'auteur souligne une différence entre les maladies d'aujourd'hui et celles connues auparavant. Pour lui, « une des conséquences majeures de la médicalisation tient au fait qu'elle ne cesse de faire évoluer (à un rythme plus ou moins rapide) l'univers de ce qui dans une société est considéré comme maladie » (idem). Pour Patrice Pinell (2010), l'expansion de la médicalisation s'opère sous l'influence de deux phénomènes. Le premier relèverait de « la tendance à pathologiser les comportements déviants (au regard des normes sociales), auparavant interprétés dans le registre moral de l'excès, du désordre, des mœurs ou du vice » (p.428). L'auteur prend ainsi l'exemple de la dyslexie ou de la dysorthographe aujourd'hui considérées comme des pathologies alors que ce n'était pas le cas auparavant. Jörg Blech (2005) semble voir ce phénomène de pathologisation d'un œil critique puisqu'il écrit : « les processus et les difficultés de notre existence, tels que la naissance, la sexualité, le

vieillesse, la frustration, la fatigue, la solitude ou la laideur sont de plus en plus médicalisés » (p.246/247). Pour cet auteur, ce phénomène de médicalisation apparaît comme un processus exagéré qui « détrui[rait] seulement la capacité des êtres humains à reconnaître la douleur, la maladie et même la mort » (idem). Selon Patrice Pinell (2010), l'apparition de nouvelles maladies dépend en réalité de l'évolution des normes sociales. En effet, l'auteur fait remarquer que, si de nouvelles pathologies apparaissent régulièrement, d'autres, comme l'homosexualité, finissent par cesser d'être médicalisées. Pour ce même auteur, « le dépistage d'anomalies physiologiques (comme l'hypertension artérielle) ou biologique, ne s'accompagnant pas de symptômes mais qui, au regard des connaissances médicales sont considérées comme facteurs de risques de maladies, conduit à médicaliser préventivement des individus qui ne se percevaient pas jusque-là comme des malades » (p.429). Ce processus constituerait, pour lui, le deuxième phénomène responsable de l'expansion de la médicalisation. Jörg Blech (2005) commente la situation en ces termes : « en s'appuyant sur des images toujours plus précises, le médecin identifie des maladies qui ne portent aucunement à conséquence sur l'espérance de vie du patient ». Cependant, comme le souligne Patrice Pinell (2010), « les discours qui critiquent la médicalisation sans pour cela rejeter la médecine opèrent en fait et sans l'explicitement une distinction entre ce qui serait de l'ordre de l'intervention "justifiée" (les terrains où le recours à la médecine ne poserait pas problème) et ce qui relèverait d'un abus ou d'un excès de recours » (p.426). En effet, comme il le précise, « dans la mesure où il n'existe pas d'instrument de mesure objective de l'abus ni de l'excès de médicalisation, les critiques se situent sur le terrain des valeurs » (idem).

Le phénomène de médicalisation, en s'appuyant sur l'évolution des normes sociales, correspondrait aujourd'hui à une pathologisation de comportements ne répondant pas aux normes du moment et basée sur des campagnes de dépistage poussées. Dans un article intitulé « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions » (2010), John Abraham souligne cependant : « the medical profession should no longer be regarded as the central driver of medicalization because the pharmaceutical industry has become a major player in medicalization in western societies since the 'Prozac era' of the late 1980s » (p.604). Nous nous pencherons donc dans le paragraphe suivant sur le rôle de l'industrie pharmaceutique sur le système de santé actuel.

C) Intérêt pour les laboratoires

Pour Jean-Paul Gaudillière (2010), « l'âge de la biomédecine est [...] celui d'une intégration

sans précédent entre recherche thérapeutique, information et publicité » (p.28/29). Cet auteur fait ainsi état, au cours des « premières décennies de l'après guerre, [...] souvent décrites comme celles de "la révolution thérapeutique" », d'un « changement radical d'échelle du marché pharmaceutique désormais soutenu par des dispositifs assurant la couverture des frais médicaux à une grande partie de la population des pays industrialisés » (idem). Pour lui, « le changement d'échelle des interventions thérapeutiques a en retour favorisé la transformation des firmes pharmaceutiques en grandes entreprises capitalistes » (idem).

Au regard des évolutions présentées précédemment en matière de nouvelle phase de médicalisation et d'émergence de la médecine prédictive, « il ne s'agit plus aujourd'hui de battre le tambour pour des médicaments, mais bien plutôt de faire de la publicité pour des maladies » (Blech, 2005, p.39). Dans l'article de Nick Fox et Katie Ward *Pharma in the bedroom . . . and the kitchen. . . . The pharmaceuticalisation of daily life* (2008), on peut lire qu'« aux États-Unis, un médicament peut être validé par la Food and Drug Administration (FDA) uniquement s'il soigne une maladie reconnue. De ce fait, de gros efforts sont mis en place par les fabricants afin de médicaliser certains éléments de la vie courante ». Les laboratoires pharmaceutiques auraient ainsi besoin de maladies afin de pouvoir vendre leurs médicaments. Ils font appel à des experts pour établir une norme et ainsi différencier le normal du pathologique. Des campagnes de dépistage sont alors mises en place et les personnes ne répondant pas à cette norme sont diagnostiquées malades. En effet, en inspectant individuellement chaque partie du corps, il semblerait assez facile de trouver, chez beaucoup d'individus, un élément n'y correspondant pas exactement. On peut ainsi lire, en introduction du livre de Jörg Blech (2005) que « la maladie devient un véritable produit industriel » (p.11). Cet auteur souligne que les « malades bien portants » ou « pas encore malades » « représente[nt] un marché de taille » (p.218) pour l'industrie pharmaceutique. Le but de cette dernière serait ainsi, selon lui, « de développer des médicaments pour des individus qui ne souffrent d'aucun symptôme mais dont le modèle génétique est anormal » (idem). Dans son ouvrage, l'auteur dresse ainsi un portrait peu reluisant des campagnes de dépistage, destinées, d'après lui, à favoriser la vente de produits pharmaceutiques. Dans le livre *Santé publique : l'état des savoirs* (2010) on peut lire « [la] diversification moléculaire [des antidépresseurs] est étroitement liée à la transformation de la dépression de symptôme en maladie ainsi qu'à l'élargissement des populations qui en souffrent » (Healy cité par Gaudillière, p.28).

De même, pour Johanne Collin et Marcello Otero (2006), « since the rise of modern psychopharmacology in the 1950s, the popularity of psychotropic prescription in the mental health field has been characterized by a constant redefinition of the delimitations of mental

disorders, intimately related to the development and marketing of new drug treatments. » (p.228). En effet, pour Jörg Blech (2005), « ce n'est que lorsqu'une entreprise a trouvé un remède contre un trouble supposé que ce dernier est systématiquement grossi et présenté comme une menace » (p.84). Ainsi, la généralisation de maladies telles que la dépression pourrait s'apparenter à une manœuvre des laboratoires pharmaceutiques qui, selon Martin Winckler, utiliseraient ensuite la peur comme « principal argument de vente » (cité par Blech, 2005, p.262).

Dans un colloque sur l'automédication, Marie-Clémence Pérez (2016) évoque quant à elle le problème d'un système de prévention à double tranchant. En effet, si ces campagnes destinées à soulever l'inquiétude des populations, « rend[raient] efficaces, à moindre coût, les politiques de santé publique axées sur la prévention prescription de comportements individuels (Plan National Nutrition Santé, lutte contre le tabagisme, campagnes de dépistage) », elles engendreraient également des problèmes de non-observance des patients qui éprouveraient des difficultés à faire la part des choses entre ce que la chercheuse désigne comme « futilité médicale et thérapeutique (régimes sans gluten, ou encore controverses sur le dépistage des lésions précancéreuses) » et ce qui relève de pathologies plus importantes.

Il apparaît ainsi que la médicalisation représente un enjeu financier important pour des firmes puissantes, comme par exemple les entreprises agroalimentaires ou encore les laboratoires pharmaceutiques. Bien qu'ils ne fassent pas partie du système de santé, ces acteurs jouent, en France et dans la plupart des pays du monde, un rôle clé dans le processus de médicalisation.

Ce que l'on considère comme maladie évolue au fil des ans. Certaines pathologies apparaissent et d'autres disparaissent à mesure des découvertes scientifiques. La recherche en santé apparaît cependant faire l'objet d'intérêts financiers de la part de grands groupes (pharmaceutiques ou non) qui semblent constituer, aujourd'hui, des acteurs non négligeables d'un processus de médicalisation basé sur le dépistage et la prévention. Dans la prochaine partie, nous nous intéresserons à la question du médicament qui semble aujourd'hui au cœur du système de santé.

3. Zoom sur le médicament pharmaceutique industriel

La biomédecine associe aujourd'hui la maladie à un dérèglement biologique, au défaut d'un organe, qu'il s'agit de solutionner. Johanne Collin, Marcello Otero et Laurence Monnaïs (2006) soulignent par exemple la tendance actuelle à situer le « soi » dans le cerveau, ce qui favorise le développement des antidépresseurs. En effet, « identifier le soi au cerveau est sans

aucun doute le contexte idéal scientifique et symbolique, pour soutenir la pertinence de guérir, gérer ou modifier la subjectivité, normale ou pathologique, par des molécules chimiques » (p.7). Le médicament semble représentatif des moyens mis en place dans notre société pour se soigner dans la mesure où il représente une molécule précise dont l'action spécifique permet la régulation de telle ou telle manifestation du corps.

Dans cette partie, nous verrons en quoi le médicament présente un intérêt à la fois pour les chercheurs mais également pour les laboratoires. Nous nous intéresserons ainsi au concept de pharmaceuticalisation particulièrement dans les analyses que les sciences sociales effectuent aujourd'hui quant à la santé.

A) Le médicament : un objet aux multiples facettes

En anthropologie et, plus généralement en sciences sociales, la question du médicament apparaît aujourd'hui centrale et de nombreux chercheurs tels Carine Baxerres (2013), Alice Desclaux (2003) ou encore Sylvie Fainzang (2001) s'y intéressent.

Pour Johanne Collin (2006), le médicament représente « un objet d'étude particulier en ce que l'on pourrait lui attribuer une double personnalité » (p.130). En effet, il s'agit, pour cette auteure, « d'une biotechnologie et donc d'un objet qui incorpore la fine pointe des savoirs experts en pharmacologie, en biochimie, en génétique, en physiologie et en pharmacocinétique » (p.130) mais également « d'un bien de consommation courante, tangible, accessible, quotidien » (idem). Johanne Collin, Marcello Otero et Laurence Monnais (2006) soulignent qu'avec le médicament « le passage est direct de la science au monde profane » (p.10). En effet, « contrairement à la chirurgie qui ne saurait exister sans l'intervention du chirurgien, le médicament, comme objet concret, comporte en lui-même un potentiel d'effets – et éventuellement d'efficacité – de par sa seule ingestion » (idem).

En conclusion d'une expérience¹² qu'elle mène dans le cadre de sa thèse intitulée *Les représentations sociales du médicament : une perspective iconographique* (2015), Golda Cohen écrit par ailleurs: « la technique d'association verbale fait émerger une représentation du médicament au cœur du processus de soin, passerelle entre l'état de mal-être à l'état de bien-être, mais aussi médiateur entre le professionnel de santé, tantôt pharmacien, tantôt médecin, et le consommateur ». Le médicament apparaît ici comme « une passerelle », « un médiateur », un lien entre différents mondes auxquels il appartient. Ainsi, pour Johanne

¹² Elle demande à des étudiants de citer spontanément les trois premiers mots qui leur viennent à l'esprit à l'évocation du mot médicament.

Collin, Marcello Otero et Laurence Monnais (2006), « il faut finalement considérer que le médicament se trouve à l'articulation de savoirs (experts ou profanes) et de pouvoirs (celui de l'État, des professionnels de santé, de groupes de pression et associations de patients, de l'industrie pharmaceutique) parfois contradictoires, en tous cas souvent en conflit, et qui obligent à des négociations et à des consensus » (p.13).

B) Définition d'un objet complexe

Jean-Paul Gaudillière (2010) explique : « le médicament de l'aire de la biomédecine n'est plus une préparation artisanale pratiquée à l'officine selon des recettes inscrites dans la pharmacopée mais un produit de synthèse. C'est une substance pure, produite en masse, mise en circulation sous forme de comprimés ou de présentations prêtes à l'emploi » (p.27). Or, si le dictionnaire¹³ donne la définition suivante : « MEDICAMENT : n.m (latin medicamentum de medicus "propre à soigner" → médecine) substance spécialement préparée pour servir de remède », définir le médicament utilisé en biomédecine aujourd'hui semble en réalité plus complexe. Jean-Louis Montastruc souligne ainsi, dans un article publié en 2010 : « une substance ne peut être considérée comme médicament si elle n'a pas reçu une autorisation officielle de mise sur le marché (AMM) de la part des autorités de santé, [...] (Afssaps)¹⁴ ou (EMA)¹⁵ ». Le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes précise quant à lui :

« Le code de la santé publique définit le médicament comme "toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal et pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique" ».¹⁶

Dans son article « Qu'est ce qu'un médicament ? », Soizig Lorvellec (1989) revient sur cette définition dont elle critique le flou. Elle fait ainsi état, au niveau législatif, de « trois critères permett[ant] de définir la notion de médicament : la présentation, la composition et la fonction ». L'auteure dénonce le manque de précision de ces critères d'évaluation et souligne, dans un premier temps, à propos du critère de présentation, que « l'annonce, même vague, de propriétés curatives sur le conditionnement du produit, sur un prospectus ou même verbalement, suffit à le classer comme médicament ». Le critère de composition paraît, selon

¹³ Le Robert Illustré 2013.

¹⁴ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

¹⁵ Agence européenne du médicament.

¹⁶ (<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Le-medicament>) consulté le 06/06/2017

elle, peu convaincant dans la mesure où, pour définir un médicament au niveau législatif, « le juge n'a pas à rechercher si les propriétés curatives présentées sur un produit sont réelles ; il suffit qu'elles lui soient attribuées ». Pour finir, Suzanne Lorvellec ajoute que « l'ordonnance du 23 septembre 1967 permet de définir comme médicament par fonction tout produit pouvant être administré à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques ». Or, pour elle, « seul le terme "administrer" restreint le champ de ce critère applicable à bon nombre de produits alimentaires ». La définition du médicament semble ainsi faire référence à une catégorie assez large de produits. Par ailleurs, il semblerait que cette définition, peu restreinte, laisse la place à différentes interprétations de cet objet.

Pour Johanne Collin (2006), les médicaments pharmaceutiques industriels font l'objet de représentations scientifiques et profanes qui s'entrecroisent et s'influencent. Dans sa thèse intitulée *Le développement de la médication familiale en France* (2000), Anne-Laure Coutarel écrit : « L'AMM étant souvent une caution qui échappe au grand public faute d'informations, il y a une prolifération dans le secteur de l'automédication prophylactique de nombreux produits tels que les complexes multivitaminiques, sans parler des alcaliments et de la nutraceutique, concepts qui jouent une atténuation des frontières entre alimentation, nutrition et diététique » (p.86). Elle ajoute également : « L'AFIPA¹⁷ déplore que le consommateur ne puisse pas, aujourd'hui, à travers l'information qu'on lui donne, distinguer un médicament, d'un non médicament » (p.87). La frontière entre un médicament et un non-médicament semble ainsi relativement floue pour les usagers. Sylvie Fainzang, tant dans *L'automédication ou les mirages de l'autonomie* (2012) que dans *Médicament et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance* (2001), fait état de cette situation. C'est ainsi qu'elle écrit notamment : « Le rôle du goût et l'ambivalence qu'il engendre quant à la nature du produit sont également observables à propos des vitamines C, qui ne sont autres, pour certaines familles, que du jus d'orange solidifié ou lyophilisé » (2001, p.60). Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que l'on puisse acheter ces substances sans ordonnance. En effet, le fait qu'un médicament nécessite une prescription ou non pour être acheté crée une différence pour les consommateurs. En France, il existe deux listes comprenant des noms de substances. Si un médicament contient une des substances inscrites sur une des listes, il ne peut être vendu sans prescription.

De plus, depuis le 30 juin 2008, les pharmaciens ont le droit d'exposer à la vue de tous les

17 AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable

médicaments dont les substances ne se trouvent sur aucune liste et ces derniers font l'objet de campagnes de publicité relayées par les médias. Ces campagnes jouent ainsi un rôle important dans les représentations qu'ont les auditeurs et les téléspectateurs du médicament (Fainzang, 2001). En effet, le médicament industriel devient un objet attrayant aux yeux des consommateurs.

Carine Baxerres (2013) souligne que « le médicament pharmaceutique industriel renvoie une image moderne et technologique à laquelle les Cotonnois adhèrent » (p.161). L'auteure évoque ainsi le phénomène de marchandisation des médicaments qu'elle définit comme « la manière dont les médicaments pharmaceutiques industriels deviennent une marchandise qui s'échange librement sans qu'aucune autre spécificité que leur valeur marchande ne soit prise en compte » (p.257). Le médicament se transforme ainsi en marchandise qui doit « attirer l'œil et éventuellement le désir d'achat des clients » (ibid, p.229).

Aujourd'hui, le médicament pharmaceutique industriel apparaît comme un objet marchand rendu attrayant par les fabricants. La différence entre médicament et non médicament est quelque fois difficile à définir pour les consommateurs qui peuvent être trompés par la présentation du produit.

C) Pharmaceuticalisation

Le phénomène de pharmaceuticalisation fait l'objet de nombreuses recherches. Une importante partie de la littérature en sciences sociales relative aux médicaments présente par exemple l'industrie de la santé, et plus particulièrement celle du médicament, comme un important business. De nombreux moyens sont mis en place afin de vendre le plus possible de médicaments dont l'utilisation ne se limite plus à l'élimination d'un symptôme ou d'une maladie et s'étend au perfectionnement de l'état général de la personne. Dans son livre *Les inventeurs de maladies* (2005), Jörg Blech écrit : « dès à présent, les individus qui ne sont pas satisfaits de leur état normal et souhaitent le perfectionner grâce à des opérations et des médicaments sont légion » (p.240).

Le concept de pharmaceuticalisation utilisé par Mark Nichter puis repris par d'autres chercheurs prend racine dans un contexte de biomédicalisation. En effet, si le développement de la biomédicalisation permet l'émergence de nouvelles maladies qui favorise la vente de médicaments, il semble aujourd'hui que ce soit, comme le souligne Jörg Blech, l'apparition de

nouvelles molécules qui favorise l'émergence de nouvelles maladies. Pour John Abraham (2010), si la biomédicalisation permet, grâce à ses avancées technologiques, d'expliquer en partie le développement de la pharmaceuticalisation, il ne s'agit cependant pas d'une explication suffisante pour expliquer l'explosion du marché des médicaments pharmaceutiques au regard du peu de médicaments offrant une avancée thérapeutique significative ces vingt dernières années. John Abraham (2010) définit la pharmaceuticalisation en ces termes : « the process by which social, behavioural or bodily conditions are treated or deemed to be in need of treatment, with medical drugs by doctors or patients » (p.604). Pour Abraham, le concept de pharmaceuticalisation se démarque de celui de médicalisation dans la mesure où l'augmentation de l'utilisation de médicaments peut se faire sans l'apparition de nouvelles maladies.

Alice Desclaux et Marc Egrot (2003) envisagent le rapport entre pharmaceuticalisation et médicalisation comme complexe. En effet, selon eux, la pharmaceuticalisation peut être à la fois une « conséquence de la médicalisation » (p.29/30) et un « médium » (idem) de cette dernière (« lorsque la promotion de nouveaux médicaments à laquelle participent les médecins contribuent à pathologiser des conditions courantes telles que les troubles de l'attention chez les enfants, la ménopause, les troubles de l'érection, le syndrome prémenstruel, le deuil, etc. » (idem)). À l'instar de John Abraham (2010), Alice Desclaux et Marc Egrot (2003) indiquent que la pharmaceuticalisation peut également « court-circuiter » (p.29/30) la profession médicale notamment « lorsque le médicament est dissocié de l'intervention des médecins au travers de la publicité directe envers les patients [...] ou lorsqu'il vise la "santé positive" (c'est-à-dire l'amélioration des performances hors de tout contexte pathologique) ou d'autres aspects dont la prise en compte comme relevant du pathologique fait l'objet de tension ou est inscrite dans une histoire récente » (idem). On assiste en effet au développement de médicaments vendus « over-the-counter » ou encore des « lifestyle drugs » également vendus sans ordonnance.

Pour Lexchin, les « lifestyle drugs » se divisent en deux sous-catégories. La première correspond aux médicaments qui se situent dans la zone intermédiaire entre une définition sociale et une définition médicale de la santé et qui permettraient de traiter des problèmes tels que la perte de cheveux chez les hommes (cité par Fox and Ward, 2008). La seconde catégorie, selon lui, comprend les médicaments qui traiteraient des maladies engendrées par de mauvaises habitudes de vie comme l'obésité ou encore l'addiction à la nicotine.

John Abraham (2010) souligne que les laboratoires pharmaceutiques semblent beaucoup s'investir dans la promotion de ces médicaments. L'auteur écrit ainsi : « Pharmaceutical

companies may hire public relations firms to create favourable media and professional receptions for articles showing their drugs in a positive light, but delay or withhold publication of negative findings, leading to bias in medical literature read by prescribing doctors » (p.609/610). Dans la postface du livre *Les inventeurs de maladies* (2005), Martin Winckler s'intéresse au cas français et souligne que « l'industrie consacre 20 000 euros par an et par médecin à la promotion de ses produits. La somme annuelle consacrée à la formation indépendante de chaque médecin s'élève, elle, à 500€ » (p.263). Cependant, comme le souligne John Abraham (2010), on constate également la présence de groupes anti-laboratoires persuadés d'avoir été victimes d'un médicament pharmaceutique et qui tentent d'en prouver la nocivité en intentant des procès à ses fabricants.

Pour John Abraham (2010), la pharmaceuticalisation et la médicalisation apparaissent ainsi comme deux choses différentes qui pourtant s'influencent jusqu'à former ce que l'auteur appelle un « medicalization-pharmaceuticalization complex » (p.606).

Comme le souligne Sylvie Fainzang dans une conférence (2011) recueillie pour l'exposition *Enquête de santé* organisée par le musée ethnographique de l'université de Bordeaux, le terme médicament vient du grec *pharmakon* qui désigne à la fois le remède et le poison. Pour Jean-Paul Gaudillière (2010), « la science et l'expertise sont tour à tour perçues comme origine et solution des problèmes » (p.30). En effet, si l'on constate aujourd'hui une augmentation des critères d'évaluation du médicament, favorisant une médecine basée d'avantage sur des « essais cliniques randomisés plutôt [que sur] l'expérience du médecin et l'analyse des cas individuels » (Fassin et al., 2010, p.30), c'est en partie à cause de « la multiplication des risques dits iatrogènes » (p.30). Jörg Blech (2005) souligne en effet qu'« on estime que 22 % des effets secondaires sont dus à la prise simultanée et combinée d'un trop grand nombre de médicaments » (p.238/239).

Si l'on parle souvent d'engouement des français pour les médicaments, Sylvie Fainzang (2011) souligne « qu'il faudrait plutôt parler de sur-prescription que de sur-consommation ». En effet, il semblerait, selon la chercheuse que « les attentes des patients en matière de prescription médicamenteuse s[oient] largement surestimées par les médecins » et que ces derniers « prescrivent trop de médicaments ; beaucoup plus que ce que les patients demandent ». Sylvie Fainzang (2011) souligne encore que « les patients sont forts conscients des risques qui existent avec les médicaments depuis longtemps même s'ils ne connaissent pas nécessairement les problèmes d'un médicament en particulier ». Pour elle, ces derniers « gèrent leur consommation médicamenteuse de façon à limiter les risques qui y sont liés et

développent toutes sortes de stratégies visant à réduire ces risques ».

Ainsi, le médicament apparaît comme un élément complexe dont les multiples facettes en font un objet d'étude privilégié pour les chercheurs. Les fabricants jouent sur la présentation de ce qui devient aujourd'hui une marchandise et les consommateurs peinent à faire le tri entre les différents types de produits qui leur sont librement accessibles. Cependant, on constate des critiques dans la littérature comme auprès du grand public vis-à-vis du phénomène de pharmaceuticalisation ainsi que la présence de groupes d'individus fortement opposés à la vente de certains produits qu'ils jugent toxiques.

En conclusion, la santé publique existe depuis de nombreuses années et s'emploie à améliorer la vie des personnes à travers des mesures sanitaires qui évoluent au fil du temps. La biomédecine s'est peu à peu imposée jusqu'à représenter un ensemble de pratiques médicales de référence dans le système de santé actuel. Avec le développement de la biomédecine, on constate par ailleurs l'émergence du phénomène de médicalisation en partie basé sur le développement de techniques de dépistage ainsi que sur la mise en place de mesures de prévention. Des critiques se dressent contre ces pratiques accusées de créer des maladies et de favoriser l'inquiétude des populations. De même, le phénomène de pharmaceuticalisation, dépeint notamment par John Abraham (2010), soulève la question des enjeux financiers dans un contexte de biomédicalisation. Aujourd'hui, le médicament représente une marchandise dont les laboratoires pharmaceutiques cherchent à tirer profit. Dans la prochaine partie, nous étudierons les médecines parallèles et leurs relations avec le système biomédical dominant.

II) Les alternatives à ce modèle dominant

Si, comme nous l'avons vu précédemment, la biomédecine représente aujourd'hui le modèle médical dominant en France, il existe cependant d'autres méthodes médicales (Faure, 2015) également largement utilisées par la population et quelquefois par les médecins eux-mêmes. Comme le souligne Olivier Schmitz dans son livre *Les médecines en parallèle* (2006), « la consommation de médecines complémentaires caractérise désormais le champ médical de nos sociétés » (p.190). Dans cette partie, nous nous intéresserons donc à ces médecines également appelées douces (Benoist, 1998), parallèles (Schmitz, 2006 ; Moulin, 1986) ou encore désignées comme d'« autres méthodes médicales » (Faure, 2015). Nous étudierons, dans un premier temps, leur apparition puis nous nous pencherons sur la vision du soin et de la santé que ces médecines véhiculent. Enfin nous nous intéresserons à la manière dont ces médecines s'intègrent dans le système de santé actuel en France.

1. Approche historique des médecines parallèles

Dans un article intitulé « Le recours aux médecines parallèles : une contre légitimité de la pensée occidentale » (1986), Madeleine Moulin s'emploie à donner une définition des médecines parallèles. Elle retient ainsi trois critères. Dans un premier temps, les connaissances sur lesquelles ces dernières se basent reposent sur « un autre schéma d'organisation de la pensée que le système scientifique reproduit dans la tradition cartésienne » (p.91). De plus, la justification de leurs pratiques serait ancrée « dans une autre logique d'impact thérapeutique que celle de "la réalité du regard anatomo-clinique" qui serait constitutif de la science » (p.92). Enfin, ces médecines revendiquent leur différence face au système médical dont elles contestent la légitimité tout en cherchant à faire reconnaître leur « professionnalisme médical » (p.92). Ces médecines se démarquent ainsi du modèle de pensée sur lequel se fonde la biomédecine qui représente le modèle dominant aujourd'hui en France. Dans cette partie, nous nous intéresserons à l'émergence de ces autres pratiques médicales ainsi qu'à leur rapport avec la biomédecine dominante.

A) Émergence des médecines parallèles

Pour Madeleine Moulin (1986), « il a toujours existé des médecines "parallèles", même si elles n'en portaient pas le nom » (p.91). Didier Fassin (1996) souligne qu'au départ médecine

et religion étaient confondues et que les médecins étaient des prêtres. Ce n'est qu'au moment de réglementer et d'institutionnaliser la médecine que l'on commence à considérer des pratiques orthodoxes et d'autres marginales. En effet, il semble que ce ne soit qu'à la fin du XVIII^e siècle (Moulin, 1986 ; Faure, 2015), après l'officialisation d'une médecine qui deviendra plus tard biomédecine que l'on commence à penser que certaines pratiques s'en démarquent. Jean Benoist (1998) souligne que « devenue plus savante, la médecine s'est perçue comme seule savante et ce qui l'entourait lui est apparu de plus en plus comme erroné, ou comme malhonnête » (p.10). Pour Madeleine Moulin (1986), la médecine officielle correspond ainsi à « la médecine qui accompagne de manière reconnue par l'idéologie dominante, la gestion sociale de la santé individuelle et collective » (p.93).

Pour Jean Benoist (1998), les « médecines douces » et la « médecine moderne » possèdent en vérité une racine commune. Cependant, depuis la moitié du XIX^e siècle, la « médecine moderne [...] devenue "biomédecine" -car se référant exclusivement à la biologie- [...] a coupé les ponts avec toutes les croyances qui faisaient auparavant le lien entre le savant et le vernaculaire » (p.12). L'auteur indique ainsi que la médecine moderne, en s'affirmant de plus en plus comme médecine scientifique, a progressivement durci ses positions quant aux pratiques médicales différentes, considérant tous ceux ne possédant pas le diplôme de médecin comme des charlatans. En effet, bien que les médecines parallèles connaissent d'abord un bon accueil de la part des médecins, on assiste, dans les années 1830, à une remise en cause des dogmes de la médecine et des débats voient le jour dans l'objectif de définir une « orthodoxie médicale majoritaire » (Faure, 2015, p.324). C'est ainsi que l'homéopathie fut, par exemple, en 1835 déclarée à une courte majorité « contraire aux lois du bon sens et de la physique » (idem) par l'Académie de médecine et que cette dernière « laissa entendre que seuls les charlatans incultes pouvaient s'y livrer » (idem).

Les pratiques médicales différentes de ce que prône la biomédecine semblent ainsi avoir été rejetées et désignées sous un même nom de médecines douces, parallèles ou alternatives selon les auteurs. Le fait que, dans les années 1820-1840, les thérapeutes s'intéressent et utilisent souvent plusieurs de ces pratiques médicales (Faure, 2015, p.326) a peut-être contribué à renforcer leur réunion sous une même appellation. Olivier Faure (2015) souligne par ailleurs la présence d'interactions entre ces pratiques qui semblent se soutenir contre le modèle biomédical dominant. En effet, l'auteur explique que, « dans l'entre-deux-guerre, [...] il semble bien que ce fut l'homéopathie qui, sous l'impulsion de son leader Léon Vannier, servit de plaque tournante à l'ensemble des méthodes alternatives » (p.326). Cet homme permit, en

effet, la diffusion de certaines médecines parallèles en les faisant connaître à ses condisciples et patients.

Olivier Faure (2015) signale par ailleurs que le développement de ces médecines ne se fait pas au détriment de la biomédecine mais simultanément. En effet, pour cet auteur, les phases d'expansion de ces autres méthodes « correspondent [...] aux grandes étapes de l'évolution médicale » (p.320). Dans son livre *Aux marges de la médecine : santé et soucis de soi, France (XIX^e siècle)* (2015), l'auteur écrit ainsi :

« En même temps que triomphait définitivement l'observation, surgit au XIX^e siècle, et en particulier dans les années 1830-1850, le trio de l'acupuncture, de l'homéopathie et de la phrénologie. Dans l'entre-deux-guerres, alors même que la médecine biologique et de laboratoire semblait établir son règne, l'homéopathie sortit de sa longue léthargie et l'acupuncture effectua un retour définitif » (p.320).

Ainsi, pour Olivier Faure, le développement des médecines parallèles n'a rien à voir avec un quelconque recul de la médecine officielle. « Si c'était le cas », écrit-il, « les méthodes marginales auraient dû reculer dans les années 1920 puisque la médecine biologique et de laboratoire marque des points avec le BCG, le traitement de la syphilis et du diabète. Or c'est tout le contraire qui se passe » (p.328). Pour cet auteur, c'est la contexte social qui influence le développement des « marges médicales » (idem).

La période d'entre-deux-guerres semble par exemple représenter une période de progrès tant au niveau de la biomédecine qui se développe considérablement qu'au niveau de ces autres pratiques qui réapparaissent accompagnées de « méthodes et de courants naturistes prônant surtout un régime alimentaire et un mode vie sains » (Faure, 2015, p.320). Cette époque apparaît particulièrement favorable au développement de ces pratiques médicales et à l'idéologie qu'elles véhiculent. En effet, il s'agit alors de « rétablir une harmonie entre l'homme et le cosmos » et de « réagir contre [...] le pessimisme, la décadence, la dégénérescence » et « l'esprit allemand » (ibid, p.327). Alors que la médecine de laboratoire se voit remise en question par une partie des médecins qui prônent le retour à une médecine plus individuelle (Faure, 2015), l'homéopathie et les autres méthodes attirent grâce à l'omniprésence de leur « connotation spiritualiste voire mystique » (p.327). Pour Olivier Faure, si on remarque depuis quelques temps déjà une « explosion de ces méthodes » (p.332), il semblerait ainsi que « le début de leur processus de légitimation sociale et scientifique » (idem) date en réalité de cette période d'entre-deux-guerres. L'auteur constate par ailleurs un « engouement pour les médecines venues d'ailleurs » (p.240) au cours de la période de mai 1968 qui semblerait avoir renforcé l'implantation de ces méthodes qui attirent désormais un large public. Aujourd'hui, comme le souligne Olivier Schmitz (2006), « ces autres médecines

ont su combiner des questions relevant de la santé, avec des idées comme celles de bien-être et d'épanouissement personnel, s'accordant ainsi parfaitement avec les diverses expressions de l'individualisme contemporain » (p.12).

L'apparition des médecines parallèles semble correspondre à l'émergence d'une médecine officielle et leur développement, loin de s'y opposer, paraît suivre les avancées du modèle biomédical dominant. L'engouement pour ces pratiques varie ainsi en fonction du contexte historique. Dans la prochaine partie, nous nous intéresserons aux interactions entre les médecines parallèles et la médecine officielle.

B) Une construction en rapport avec le modèle dominant

Pour Didier Fassin (1996), la médecine moderne exerce sur les médecines parallèles une « "influence décisive", dans laquelle on peut distinguer un double mécanisme de concurrence et de référence » (p.161). Pour cet auteur, la rencontre entre ce qu'il appelle les médecines douces et la médecine moderne dominante participe à la « formation du champ médical » (idem) dans toute les sociétés, y compris les sociétés occidentales. Olivier Faure (2015) souligne de plus, qu'en France, malgré les condamnations qu'ont pu recevoir certaines médecines parallèles, comme l'homéopathie en 1835, « les relations entre la médecine et ses marges ne furent [...] jamais complètement rompues » (p.325). Pour lui, on constate, au contraire, une multitude « d'emprunts réciproques » (idem) et de « circulations » (idem) entre la médecine officielle et les autres.

Ce même auteur souligne d'ailleurs, qu'au départ, la diffusion de ces médecines parallèles s'effectue parmi les médecins eux-mêmes. En effet, il souligne que « les porteurs de ces méthodes étaient membres du sérail médical ou proche de lui » (p.320). La médecine officielle semble, du reste, compatible sur certains points avec l'idéologie véhiculée par ces méthodes (Faure, 2015). Dans l'entre-deux-guerres, ces « médecines naturistes » apparaissent en effet conformes à la pensée biomédicale dominante basée sur l'amélioration de l'hygiène de vie des patients et croisent de plus « la volonté de nombreux médecins de rétablir l'unité de l'individu morcelé en organes par la médecine biologique et de laboratoire » (Faure, 2015, p.321). Les médecins biomédicaux semblent ainsi avoir été à l'origine du développement des médecines parallèles qu'ils semblaient estimer complémentaires voire alternatives à certaines pratiques biomédicales avec lesquelles ils n'étaient pas en accord.

Pour Didier Fassin (1996), « la différenciation du pouvoir est [...] au cœur du processus qui donne naissance aux médecines » (p.156). Pour lui, le développement de certaines techniques ainsi que la découverte de nouveaux savoirs permettent la création de « domaines de compétence » (idem). Cependant, c'est surtout « la concurrence pour le pouvoir » (idem) à laquelle se livrent les individus entre ces différents domaines qui influence la création de fonctions spécifiques, et de « territoires propres obéissants à des règles particulières de domination et de régulation » (idem). Dans un chapitre du livre *Les médecines en parallèle* intitulé « Paroles de thérapeutes » (2006), Olivier Schmitz transcrit les paroles de Magda, une énergéticienne qu'il interroge. Cette dernière expose le mécontentement des médecins face au remboursement de certaines disciplines parallèles comme l'ostéopathie ou l'homéopathie. Pour elle, cette situation « est un problème d'argent, [...] une raison économique et aussi une question de pouvoir » (p.180).

On regroupe ainsi sous le terme de médecine parallèle une importante quantité de pratiques médicales différentes possédant plus ou moins une idéologie commune. Ce regroupement date en réalité de l'apparition d'une médecine officielle, parfois appelée « médecine moderne », la biomédecine. En considérant la biomédecine comme la pratique orthodoxe, les médecins rejettent ainsi les autres pratiques à un rang inférieur et leur refusent un statut reconnu. Cependant, si le développement d'autres médecines s'effectue parallèlement à celui de la biomédecine, il semble important de noter que ces pratiques émergent et sont véhiculées, dans un premier temps, par les médecins eux-mêmes qui voient dans ces pratiques une alternative à une biomédecine « parcellisante » (Paumier, 2006, p.84) et tentent de les diffuser. On constate cependant, aujourd'hui encore, une séparation dans le champ médical en France entre une biomédecine très spécialisée et une multitude d'autres pratiques au sein desquelles l'approche du soin prend en compte la globalité de l'individu. Dans la prochaine partie, nous nous intéresserons ainsi aux caractéristiques de ces médecines parallèles.

2. Une autre approche de la médecine : les revendications des médecines parallèles

Pour Jean Benoist (1998), on constate un certain nombre de caractéristiques partagées par l'ensemble des médecines douces et qui « font leur valeur aux yeux de ceux qui les consultent » (p.18). Ces médecines revendiquent ainsi « le non-découpage de la personne » (idem), le respect de la nature et permettent de se soigner mais également de se maintenir en forme.

Olivier Faure (2015) s'intéresse à l'histoire des médecines parallèles et spécifie que, dans un premier temps, « les clientèles étaient [...] surtout recrutées dans une étroite élite cultivée où les artistes, les intellectuels jouaient un rôle important » (p.331). Dans l'entre-deux-guerres, le nombre d'utilisateurs de ces médecines augmente et « des professions à formations scientifiques (médecins, professeurs, ingénieurs, cadres) » (idem) se tournent désormais vers ces méthodes dont les classes moyennes éduquées constituent, aujourd'hui, les principaux adeptes.

Dans cette partie, nous nous intéresserons ainsi aux usagers de ces médecines parallèles et tenterons de comprendre quelles motivations sont à la base de leurs choix thérapeutiques. Nous verrons également quel est l'impact du médecin et du thérapeute¹⁸ sur les pratiques médicales et sur les patients.

A) Une contestation de la biomédecine

Aujourd'hui, la biomédecine puise sa légitimité dans « l'adhésion inconditionnelle aux méthodes de la science expérimentale » (Moulin, 1986, p.93). Cependant, ces méthodes font l'objet de désapprobations et « on assiste [dans les années 1970-1980] à une critique acerbe de cette hégémonie et à une remise en question de la rationalité scientifique des pratiques de prescription des médecins » (Collin et al., 2006, p.144). Or, comme le soulignent Sjaak Van der Geest et Susan Reynolds Whyte dans un article intitulé *Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments* (2003), « la prescription et ensuite le médicament sont une extension métonymique du médecin » (p.103) et, pour ces auteurs, le scepticisme vis-à-vis des médicaments servirait ainsi « à se placer soi-même en opposition à quelque chose, que ce soit un médecin, l'établissement médical, la technologie biomédicale ou le pouvoir des formes cosmopolites (de l'Occident) » (p.111). C'est une contestation du système médical dans son fonctionnement qui semble se dessiner à travers le refus du médecin ou du médicament. En effet, Sylvie Fainzang (2011) souligne que « le refus de prendre un médicament prescrit peut être la manifestation d'une posture politique ou idéologique ». La chercheuse explique ainsi que le refus du médicament pharmaceutique industrialisé s'apparente souvent à « une contestation à l'égard de produits industriels, marchandisés, objets d'une pression commerciale et [à] une critique de la société marchande toute entière qu'incarne, de façon exemplaire, l'industrie pharmaceutique ». Pour Alice Desclaux et Joseph

18 Nous définirons ici comme thérapeute toute personne pratiquant des soins sans bénéficier du diplôme d'état de docteur en médecine ou encore toute personne possédant ce diplôme mais dont les pratiques se réclament d'une autre médecine que la biomédecine.

Josy-Lévy (2003), « le refus des médicaments est signifié par le choix de médecines alternatives, en particulier dans les pays en voie de développement où il existe des traditions médicales développées revendiquées comme l'expression d'une connaissance spirituelle visant à une harmonie et un équilibre absent dans les thérapies occidentales ».

On remarque ainsi que le choix des médecines parallèles semble dans certains cas lié à une volonté de contestation du système médical dominant (ici la biomédecine). Le médicament biomédical semble, du reste, représenter le symbole d'une médecine dépersonnalisée dont certains se détournent au profit d'autres pratiques médicales qu'ils envisagent comme plus respectueuses de l'individu et de son environnement. .

a) La biomédecine : à l'encontre de la nature et du savoir inné

Le rapport à la nature apparaît essentiel au sein des différentes médecines parallèles et s'appréhende différemment que dans la biomédecine. Pour Madeleine Moulin (1986), la médecine officielle perçoit la nature comme quelque chose qu'il faut « dompter » et dont « il convient [de] neutraliser les effets qui, même s'ils répondent à une logique interne connaissable, sont du côté du désordre » (p.104). Au contraire, poursuit-elle, dans « les attendus philosophiques des médecines parallèles », la nature « détient un pouvoir thérapeutique pour l'homme » et constitue une « partie intégrante de son univers » (idem). Il semblerait par ailleurs absurde de vouloir la contrôler puisqu'elle possède ses propres lois. Il s'agirait alors de laisser faire cette force et de se faire confiance puisque chacun posséderait instinctivement les connaissances nécessaires pour faire face aux différents problèmes qu'il rencontre. Une enquête menée par Marie Paumier (2006) auprès de sages-femmes indépendantes souligne ainsi que ces dernières « enseignent [...] aux parturientes que l'expérience corporelle qu'elles vivent relève de la nature et qu'elles ne doivent pas aller à l'encontre de celle-ci, comme le fait la biomédecine » (p.79). En effet, « dans l'idéologie de l'accouchement "naturel", l'emprise de la biomédecine aurait entraîné la perte de savoir inné » (idem).

La quête de nature semble, de plus, pour Jean Benoist (1996), découler du refus d'un contexte actuel de « modernité et d'industrialisation » (p.17) qui représenterait une « souillure » (idem) ainsi qu'une « perte de l'authenticité de la Nature » (idem) qui retentirait notamment sur les aliments et en altérerait la qualité favorisant l'apparition de maladies. La ville et le mode de vie occidental semblent perçus comme responsables d'une perte de naturel. Sophie-Anne Sauvegrain et Yildiz Aumeerudy-Thomas (2006) se demandent d'ailleurs si « l'actuelle quête

de nature, au-delà de l'aspect purement thérapeutique, n'est [...] pas un révélateur de la volonté de panser un mal-être urbain » (p.257). Pour Christian Ghasarian (2006), « les participants "typiques" des ateliers néo-chamaniques, dont l'âge varie, sont des citoyens animés par le désir de se reconnecter avec la nature et d'éveiller ou de renouveler leur spiritualité » (p.147).

Pour Madeleine Moulin (1986), « le recours aux médecines parallèles est – au-delà du désir de soulager ou de supprimer la douleur – une quête du sens qui couvre autant le domaine réel de l'imaginaire (symbolisme, représentations, voire aspirations métaphysiques) que celui des comportements et attitudes » (p.90).

La dénaturation du système biomédical dominant serait ainsi à l'origine de critiques et d'un engouement pour des médecines parallèles dont l'idéologie véhicule une idée de respect de la nature particulièrement attractive aux yeux des populations, urbaines notamment. Comme le montrent certains auteurs, le recours aux médecines alternatives connote, de plus, dans certains cas, une contestation d'un système marchand que représentent la biomédecine et le médicament pharmaceutique industrialisé.

b) La quête d'un mode de vie plus équilibré

« En recourant à ces médecines, ce n'est pas seulement les habitudes en matière de santé que l'on change, mais c'est l'ensemble du système de référence des usages domestiques qui s'en trouve bouleversé, notamment par l'adoption d'une alimentation plus "naturelle", jugée plus "équilibrée" » (Schmitz, 2006, p.16)

Comme nous l'avons vu plus tôt, le recours aux médecines parallèles s'apparente parfois à une contestation du système biomédical dominant ainsi qu'à une attirance pour une médecine plus respectueuse de l'individu et de la nature. De plus, il apparaît que, souvent, ce recours s'accompagne d'une transformation des habitudes de vie. On constate ainsi par exemple « un remaniement des habitudes alimentaires au profit de produits jugés plus "naturels" » (Schmitz, 2006, p.269). Christian Ghasarian (2006) souligne de plus que « [s]es enquêtes dans les milieux investis dans les activités définies comme chamaniques indiquent que le désir d'être en meilleure santé, d'être plus heureux, de changer de vie et de trouver de nouvelles réponses aux principales questions existentielles sont au cœur de la démarche » (p.144).

Les promoteurs des médecines parallèles semblent par ailleurs mettre en avant ce côté naturel comme le souligne Marc Egrot (2015) :

« La dimension naturelle est présente avec un vocabulaire ancré dans les registres de la phytothérapie, de la botanique ou encore de l'ethnopharmacologie. L'autre référence souvent convoquée utilise une

rhétorique de la "tradition", parfois locale, mais aussi – bien souvent –, lointaine, d'un point de vue historique (jusqu'à l'antiquité) ou géographique (du lac Tchad à la Chine en passant par l'Amérique du Sud) » (p.176/177).

Ce même auteur fait ainsi remarquer que « la référence aux plantes permet parfois d'affirmer, sans justification aucune, l'absence d'effet toxique, l'inexistence d'interaction, ou encore l'innocuité pour les femmes enceintes et les enfants » (p.179)

B) Une autre vision du corps et de la santé

Selon Olivier Schmitz (2006), « les médecines parallèles se distinguent notamment de la biomédecine par une approche et une conception différentes du corps humain » (p.9). En effet, il s'agit d'appréhender le corps dans son ensemble. Cette conception s'oppose ainsi aux pratiques biomédicales considérées comme « technologisante[s] et parcellisante[s] » (p.12). Des éléments comme les « affects » (p.12) sont, par ailleurs, pris en considération dans la définition de la santé. Il semble, de plus, qu'une place soit laissée à l'intuition du thérapeute ainsi qu'à celle du patient qui est encouragé à écouter et apprivoiser son corps.

Les adeptes de médecines comme l'homéopathie ou la naturopathie dénoncent le peu de place laissé à l'individu dans le système biomédical. Dans un texte intitulé « Une épistémologie médicale en changement. Raisonement thérapeutique entre sciences et croyances » (2006), Johanne Collin souligne certaines des critiques véhiculées par ces praticiens contre la médecine officielle. Il est ainsi reproché à cette médecine, qualifiée d' « expéditive » (p.145), de ne pas prendre en compte le patient ni son vécu, d'être « aveugle aux spécificités du malade » (idem) et d'être « fondée sur le recours éventuellement erratique mais abondant aux médicaments "chimiques" » (idem).

Pour Madeleine Moulin (1986), « au plan de la pratique -et non des intentions- la médecine officielle proclame soigner la maladie, et les médecines parallèles, le malade » (p.101). En effet, comme le souligne Johanne Collin (2006), « les pratiques alternatives se targuent d'être réflexives, de considérer chaque patient comme unique, de prendre en compte sa spécificité et d'en faire un principe, en somme, des stratégies thérapeutiques sur mesure » (p.145). C'est également ce qu'explique Olivier Schmitz puisqu'il écrit dans l'introduction de son livre *Les médecines en parallèle* (2006) que « ces pratiques élargissent souvent les pathologies à leurs dimension subjectives, c'est-à-dire qu'elles tiennent généralement compte de la pathogenèse du malade, de son expérience de la maladie et de ses propres perceptions » (p.11). Chaque traitement apparaît ainsi « individualisé » (idem) et s'adresse à l'individu dans son ensemble.

Christian Ghasarian (2006) évoque l'utilisation de remèdes tels que l'ayahuasca (breuvage aux propriétés hallucinogènes à base de plantes et utilisé notamment en Amérique latine) dont l'action, « toujours imprévue et différente pour chacun, semble toucher les personnes à plusieurs niveaux (corporel, mental et spirituel) » (p.157). La personne a ainsi « souvent le sentiment de faire face à elle-même dans sa " totalité " » (idem).

En proposant des soins centrés sur l'individu dans sa globalité, les médecines parallèles semblent offrir une alternative à un système de santé biomédical parcellisant et centré sur les facteurs biologiques des patients.

C) Médecins et thérapeutes

Dans un article intitulé « Le recours aux médecines parallèles : une contre-légitimité de la pensée occidentale » (1986), Madeleine Moulin souligne l'importance du thérapeute en ces termes :

« L'effet placebo, la fonction magique du médecin et sa puissance de prescription sont intuitivement connus pour avoir une action thérapeutique certaine. C'est la personne du médecin dans ses fonctions de thérapeute, et de diagnostiqueur, qui exerce sa puissance d'action, quelles que soient les modalités » (p.100).

Pour Patrice Pinell (2010), la médicalisation est inhérente au médecin. Nous nous pencherons donc, dans cette partie, sur ces acteurs du système biomédical ainsi que sur les thérapeutes pratiquant les médecines parallèles. Nous nous intéresserons, dans un premier temps, à leurs professions et enfin à leurs relations avec leurs patients.

a) Médecin : une profession respectable et respectée

Si le thérapeute se définit comme une personne qui soigne les malades, le médecin possède quant à lui le diplôme de docteur en médecine, reconnu par l'état et lui offrant une légitimité supplémentaire dans l'exercice de ses fonctions. Malgré l'absence de diplôme reconnu par les institutions de santé, Didier Fassin (1996) souligne cependant qu'« au guérisseur, au devin, au marabout, au médecin, la société attribue une capacité et une légitimité à agir sur les corps, à combattre les maladies et, dans une certaine mesure, à faire reculer la mort » (p.123). En effet, pour cet auteur, le fait de « se met[tre] entre les mains du thérapeute » d'« accepte[r] sa prescription » et de « rémun[érer] son acte » consiste, pour le patient, à lui reconnaître le « pouvoir [...] de guérir » (idem). Pour ce même auteur, « la fonction du thérapeute est [...] toujours liée à un pouvoir qui excède la seule prestation technique de soin » (p.45). En effet,

dans les pays africains notamment, « la notabilité que l'on associe à la profession médicale, la connaissance des hommes qu'est censée donner la médecine et le rôle d'intellectuels assumés par certains médecins en font des candidats "naturels" à la carrière politique » (Fassin, 1996, p.168). Médecine et politique apparaissent ainsi liées du fait du « prestige » (ibid, p.169) et de la « légitimité » (idem) accordés à la profession médicale .

Cependant, il apparaît, qu'au contraire du médecin, le thérapeute ne semble pas bénéficier des mêmes avantages a priori. En effet, si le médecin possède le diplôme lui permettant d'exercer, le thérapeute quant à lui se voit, pour avoir des clients, dans l'obligation de pallier à ce manque en prouvant les bénéfices de sa thérapie. Dans un système médical dominé par la biomédecine, les médecines parallèles se voient ainsi reléguées au rôle de pratiques « douces » ou « complémentaires » dont les thérapeutes ne bénéficient ni de la même aura ni du même statut économico-politique.

Ainsi, si la profession de médecin comme le statut de thérapeute représentent une position respectée de leurs patients respectifs, il semble que le médecin possède, de plus, une légitimité au niveau de la loi et bénéficie d'une position plus importante dans la société de par son diplôme.

b) Une relation de confiance

Pour Jörg Blech (2005), « les consultations chez le médecin permettent [pour certains] de combattre l'ennui et la solitude » (p.252). Dans son livre *Les inventeurs de maladies* (2005), l'auteur cite le médecin Bernard Lown qui souligne qu'« avoir des liens avec l'industrie de la santé représente une sorte de socialisation » (p.252). En effet, selon ce dernier, ces liens offrent aux individus la « satisfaction d'avoir quelqu'un qui écoute avec attention les problèmes exposés » (idem).

Cependant, on reproche parfois au médecin biomédical un manque d'investissement envers ses patients. Johanne Collin (2006) fait état de certaines critiques adressées aux médecins. En effet, « leurs pratiques sont décrites comme routinières, trop influencées par l'industrie pharmaceutique et particulièrement enclines à la prescription de certains médicaments comme s'il s'agissait de véritables panacées » (p.144). De même, dans un chapitre intitulé « Paroles de thérapeutes » (2006), Olivier Schmitz retranscrit les paroles d'un énergéticien qui souligne : « un médecin n'a peut-être pas les qualités humaines les plus extras, mais ce n'est pas non plus ce qu'on lui demande, on lui demande d'avoir des diagnostics et des symptomatologies, on ne lui demande pas d'écouter les gens » (p.183). Dans sa thèse

effectuée pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine générale et intitulée « La santé des internes nantais en médecine générale. Observation des déterminants des pratiques d'auto-prescription et d'automédication » (2016), Marine Paillard constate par ailleurs la présence d'une peur paradoxale de la prise en charge médicale chez les étudiants en médecine. En effet, elle remarque au cours de son travail que les internes, malgré une certaine hypocondrie appelée parfois « syndrome de l'étudiant en médecine » qui les rendrait difficilement objectifs vis-à-vis de leur propre santé, « appréhendaient la prise en charge médicale et ses possibles conséquences ». Marine Paillard fait ainsi état de l'angoisse ressentie par ces derniers à l'idée de se retrouver à la place des patients qui « pour éviter une consultation ou un passage aux urgences, [...] préféreraient se soigner eux-mêmes ». Si leurs réticences peuvent se comprendre du fait de la proximité qu'ils ont avec des patients souffrants ou se trouvant dans un état grave, Marine Paillard souligne cependant que « certains internes exprimaient des difficultés à faire confiance en d'autres médecins ». La prise en charge biomédicale semblerait ainsi parfois connoter la gravité de la situation et générer une angoisse chez les individus qui préféreraient s'en éloigner via l'auto-médication ou le recours aux médecines parallèles.

Jean Benoist (1998) souligne que « le plus souvent, on juge [...] que la relation avec le thérapeute est meilleure que celle que l'on a avec le médecin, et cela fait partie du traitement » (p.18). Il poursuit en soulignant que « plus encore que le médecin, le thérapeute qui utilise les médecines douces est le médicament » (idem). Dans le livre d'Olivier Schmitz intitulé *Les médecines en parallèle* (2006), il est ainsi plusieurs fois question de la confiance qui se noue entre le patient et le thérapeute. C'est d'ailleurs ce que semble souligner Clémentine Raineau (2006) qui écrit que « de manière assez prosaïque, "confiance" est le maître mot, en terme de choix thérapeutiques » (p.76). Olivier Schmitz, dans un texte sur le désensorcellement (2006), souligne que, chez la thérapeute qu'il observe, « un désensorcellement instaure [...] une relation particulière dans laquelle la désorcelleuse devient une sorte de confidente pour l'ensorcelée qui lui confie ses pensées les plus secrètes » (p.133).

c) Une recherche d'autonomie

Selon différents auteurs, il semblerait que les médecines parallèles visent de plus à se libérer de la prise en charge biomédicale. Christian Ghasarian (2006) écrit en effet :

« De plus en plus de personnes, au sein des sociétés occidentales, prennent leurs distances avec les médicaments et recherchent une médecine "plus naturelle" que la biomédecine. Dans le "champ des possibles" de la médecine alternative contemporaine, les réappropriations et les réinventions sont

diverses et multiples car c'est l'individu qui est envisagé comme premier responsable de sa santé » (p139).

Chaque personne est ainsi incitée à prendre en charge sa santé et, de ce fait, à modifier son mode de vie, son régime alimentaire etc. Dans un colloque sur l'automédication (2011), Anne Vincent-Buffault s'intéresse à Raspail, homme politique du XIXème siècle, et reprend son idée selon laquelle « la santé est notre état normal. Ainsi, toutes les maladies seraient dues à des causes étrangères et en particulier parasitaires, et leur traitement reposerait sur des "régimes hygiéniques" qui permettraient à chacun de se prendre en charge ». La vision de Raspail, si elle prône l'émancipation des individus vis-à-vis du médecin, partage cependant avec la biomédecine l'idée d'une cause extérieure à l'origine des maladies dont il faudrait se préserver à travers l'hygiène de vie. Ce n'est pas le cas de pratiques comme le néo-chamanisme qui considère que les maladies sont provoquées par les individus eux-mêmes (Schmitz, 2006). En effet, « le développement personnel, qui comprend la santé et la guérison, est [...] une affaire de responsabilité, d'intention et de travail sur soi » (Schmitz, 2006, p.165). Le fait de tomber malade traduirait une faille dans ce travail sur soi car « chacun est [...] considéré comme pouvant puiser à l'extérieur et/ou en soi les forces pour acquérir et conserver la santé » (idem). Le potentiel de guérison d'une personne n'est ainsi effectif que « si elle établit la bonne connexion avec l'univers » (ibid, p.163). Dans la plupart des médecines parallèles, l'individu apparaît responsable de son état de santé et comme le seul à pouvoir remédier aux éventuelles maladies notamment à travers « le fait d'être "présent à soi-même" [qui] permet ainsi au corps d'éliminer les mauvaises habitudes alimentaires et de se ré-energiser » (ibid, p.153). Il s'agit pour les individus de passer de la position de « "faible[s] victime[s]" à la position d'acteur[s] de [leur] thérapie » (ibid, p.135). Selon les thérapeutes, leur rôle consisterait simplement à « faire prendre conscience [aux malades] de leur potentialité de guérison » (ibid, p.12).

Dans un chapitre intitulé « Le désensorcellement comme cure psychodynamique » (2006), Olivier Schmitz s'intéresse aux pratiques de désensorcellement et indique que « la cure de désensorcellement viserait ainsi à dynamiser, à renforcer et à fortifier les consultants en leur faisant reprendre confiance en eux » (p.135). De même, Christian Ghasarian (2006), en étudiant les pratiques chamaniques, souligne le caractère « individualisé » de ce genre de thérapie qui « insiste sur l'indépendance et la responsabilité de chacun des participants » (p.148). Au contraire des internes de médecine générale qui ne pensent pas être de bons médecins pour eux-mêmes (Paillard et al., 2016), les médecines parallèles semblent véhiculer l'idée d'un patient/médecin dont la bonne santé et la guérison serait basées sur l'écoute de son

corps, « la prise en main de son destin spirituel » ainsi que sur « la conviction que l'on peut, individuellement, se débarrasser de maladies graves » (Ghasarian, 2006, p.165).

Les médecines parallèles semblent ainsi proposer un système de soin basé sur la spécificité du patient considéré à la fois comme le responsable de sa maladie, mais également comme l'acteur principal de sa guérison. Contrairement à la biomédecine où le médecin joue un rôle prépondérant dans la mesure où il détient seul le savoir médical, les médecines parallèles font du thérapeute un guide vers l'autonomie du patient.

Les médecines parallèles semblent ainsi véhiculer une autre vision du soin que la biomédecine dont elles remettent en question le fonctionnement. La spécificité du patient et l'importance de l'écoute du corps semblent à la base d'une certaine idéologie transmise par la plupart des médecines parallèles qui prônent autonomie du patient et confiance dans le thérapeute. Cependant, la frontière entre la biomédecine et ces autres pratiques n'est pas imperméable. C'est ce que nous verrons dans la prochaine partie consacrée au pluralisme médical en France.

3. Le pluralisme médical en France

Pour Jean Benoist (1996), le pluralisme « est un paysage social dont la genèse peut se faire de nombreuses façons » qui permet « les rencontres les moins attendues » et des « ambiguïtés maximales ». Dans la conclusion de son livre *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (1996), l'auteur souligne qu'un des seuls points communs aux situations de pluralisme serait que la présence de « médecines différentes, appartenant à des horizons historiques et culturels différents, sont utilisées en même temps ou successivement par les mêmes personnes ». Dans un colloque sur l'automédication, Marie-Clémence Pérez (2016) déclare que « tantôt complémentaires, supplémentaires, alternatives, ou dissidentes, [les médecines parallèles] se situent (et situent leurs pratiquants) diversement par rapport à la biomédecine, mais n'en constituent pas la négation et ne s'y substituent que rarement ». Dans cette partie, nous nous intéresserons aux interactions de la biomédecine et des médecines parallèles dans la société française et nous verrons de quelle manière ces différentes pratiques cohabitent et s'entremêlent.

A) Une utilisation combinée de la biomédecine et des médecines parallèles

L'utilisation simultanée de différentes pratiques de soins semble un phénomène ayant toujours existé. Francine Saillant, dans un article intitulé « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique » (1999), parle, dans les années 1930-1960, de l'utilisation combinée de « remèdes commerciaux de fabrication artisanale ou micro-industrielle » et de remèdes « de la tradition ». C'est ainsi qu'elle écrit : « " remèdes de la tradition " et " remèdes du commerce " sont intégrés aux soins, agencés de diverses manières qui constituent le groupe des remèdes domestiques ; on mélange ainsi achillée mille feuille et Aspirine, onguent de moutarde et Antiphlogistine, gomme de sapin et Thérébentine ». Aujourd'hui, des convictions idéologiques ainsi que des raisons pratiques comme la proximité ou les horaires de consultation de tel ou tel médecin ou thérapeute (Schmitz, 2006) détournent certains patients du système biomédical dominant.

Dans un colloque sur l'automédication, Marie-Clémence Pérez (2016) souligne qu'en France, on remarque aujourd'hui « une rupture de dépendance » de la population vis-à-vis du système de santé du fait à la fois de « l'incitation des pouvoirs publics à la prise en charge de sa santé » mais également en raison « d'une méfiance à l'égard des institutions et/ou des professionnels de santé institutionnels ». Cependant, cette méfiance conduit paradoxalement à « une multiplication des attentes vis-à-vis de la biomédecine » (Pérez, 2016) et, malgré les réticences vis-à-vis de cette dernière, il semble qu'une bonne part de la population reste attachée au système biomédical.

Pour Olivier Schmitz (2006), « les usagers passent facilement d'une médecine à une autre, sans qu'ils ne perçoivent de contradiction dans leurs choix » (p.5). Pour lui, si « le recours généralisé à la biomédecine ne suffit [...] pas à construire un système thérapeutique tout à fait satisfaisant » (p.5), le recours aux médecines parallèles ne semble pas non plus, dans la plupart des cas, exclusif. Pour Anne-Cécile Hoyez (2006):

« Le pluralisme médical contemporain [...] est caractérisé par la possibilité d'accès simultané à la biomédecine et aux médecines qualifiées d'alternatives ou de parallèles [...] ou encore à des systèmes qui entrent dans des domaines de compréhension du corps, de la maladie, de la guérison plus originaux comme les cures "psycho-spirituelles" qui cherchent à concilier savoirs laïcs et religieux dans diverses formes de prises en charge spirituelles des mots du corps et de l'esprit » (p.189)

Les patients semblent ainsi faire appel, pour soigner une maladie, à différents types de ressources issues des médecines parallèles mais également de la biomédecine. Olivier Schmitz (2006) souligne que « le recours aux médecines parallèles n'exclut généralement pas la consultation du médecin, ni la fréquentation des pharmacies, où l'on trouve, d'ailleurs

aujourd'hui, de nombreux remèdes et produits qui relèvent directement de ces méthodes : granulés homéopathiques, flacons d'élixirs floraux... » (p.7/8). Les pharmaciens d'officine tout comme les promoteurs des médecines douces et de leurs produits semblent, pour leur part, avoir bien compris ce phénomène de pluralisme médical et le mettent à profit en commercialisant à la fois des produits biomédicaux ainsi que d'autres, spécifiques à certaines médecines parallèles.

B) Les médicaments parallèles

Dans cette partie, nous nous intéresserons à la manière dont sont perçus les médicaments biomédicaux ainsi que ceux utilisés en médecine parallèle. Nous évoquerons également l'intégration des médecines venues d'ailleurs dans le contexte occidental.

a) Le médicament parallèle : un médicament naturel

Pour Alice Desclaux et Joseph Josy Lévy (2003), les médicaments apparaissent comme « le support d'un investissement idéal, d'interprétations, d'élaborations symboliques, en rapport avec la culture scientifique biomédicale qui les produit et avec les multiples cultures et sous-cultures qui les (ré)interprètent ». Au Bénin, selon certaines perceptions, « les "médicaments des blancs" sont surtout réputés pour leurs effets sédatifs » (Baxerres, 2015, p.155). En effet, « s'ils viennent rapidement à bout des symptômes, ils ne triomphent pas pour autant du mal profond censé se trouver à l'origine de la maladie ou de l'infortune qui peut suivre sa rémission de surface » (Cros, cité par Baxerres, 2015, p.155). Ainsi, « les médicaments modernes soulageraient momentanément, mais seules les thérapies du terroir guériraient vraiment » (Jaffré & Olivier de Sardan, cités par Baxerres, 2015, p.155). On observe ici, selon certaines perceptions, une assimilation du médicament pharmaceutique industriel en général à des produits d'avantage destinés à soulager ou à faire dormir qu'à guérir réellement. Au contraire des pratiques médicales parallèles en France, qui apparaissent parfois comme des médecines douces dans la mesure où elles véhiculent, contrairement au modèle biomédical, une idée de douceur et de non toxicité relayée par les fabricants, les thérapies du terroir semblent, au Bénin, perçues par la population comme plus efficaces que les médicaments biomédicaux d'avantage utilisés pour leurs propriétés sédatives. Dans un article sur le médicament, Alice Desclaux et Joseph Josy Lévy (2003) évoquent « la polysémie des médicaments et leur statut ambivalent sinon problématique » et font également état du refus des médicaments et des « thérapies occidentales » au profit des thérapies dites

« traditionnelles ».

Le médicament pharmaceutique industriel semble, en France également, faire l'objet de nombreuses critiques qui voient en lui une molécule toxique, impropre à guérir véritablement. Sylvie Fainzang (2001 ; 2012) ainsi que Sjaak Van Der Geest et Susan Reynolds Whyte (2003) évoquent le scepticisme de certains individus vis-à-vis des médicaments biomédicaux. De même, Jörg Blech, dans son livre *Les inventeurs de maladies* (2005), fait une critique acerbe de ces molécules toxiques produites par des laboratoires cupides. Au contraire, « associées à une représentation du vivant et du naturel, [les plantes médicinales] apparaissent comme une alternative au médicament industriel obtenu par synthèse chimique » (Schmitz, 2006, p.23). Sylvie Fainzang (2001) évoque l'attrait de la médecine homéopathique, « jugée moins agressive » (p.72) et qui permet aux gens « de conserver leurs comportements d'hyperconsommation médicamenteuse » (idem). S'ils critiquent les médicaments biomédicaux, certains usagers semblent ainsi attachés à la prise de ces derniers et adoptent les mêmes comportements de consommation avec les médicaments parallèles.

b) Une adaptation des médecines parallèles au contexte occidental

Dans *L'espace politique de la santé* (1996), Didier Fassin écrit que, « lorsque l'on fait appel à la médecine, entendue comme un ensemble de connaissances et de procédures mobilisées pour traiter un malade, c'est toujours au sein d'un dispositif symbolique et social global qui fait intervenir plus largement la vision du monde » (p.37). En effet, il apparaît que, pour s'implanter, une pratique médicale doit dans un premier temps s'adapter au contexte local et véhiculer une idéologie compréhensible pour la population. C'est d'ailleurs ce qui se produit pour certaines médecines parallèles et notamment celles venues d'ailleurs car « s'il semble incontestable que l'avènement de ces nouvelles figures du soin soit étroitement lié à un courant d'opinion critique à l'égard de la science et de la biomédecine, ces praticiens n'en utilisent pas moins le langage et le vocabulaire dans leur discours sur la santé et la maladie » (Schmitz, 2006, p.17). Dans un chapitre dédié à la pratique du Qi gong en France (2006), Céline Amiel souligne ainsi que « le Qi Gong étant une discipline dont les ressorts échappent à la plupart des pratiquants, se référer au vocabulaire anatomique de la biomédecine [...] peut alors apparaître comme une manière de favoriser l'adhésion des pratiquants à leur discours » (p.226). Dans un texte intitulé « Santé et spiritualité indienne en France. L'introduction du yoga dans les itinéraires thérapeutiques », Anne-Cécile Hoyez (2006) souligne ainsi :

« Les "pionniers français" ont ainsi été les porteurs d'un yoga plus "scientifique", plus "rationnel", selon leurs propres mots, de manière à rendre celui-ci plus conforme aux valeurs occidentales. [...] Au fil du temps, le processus d'acculturation dont il a fait progressivement l'objet, a donné lieu à une série de "mises aux normes" du yoga pour l'Occident » (p.196).

Le yoga a ainsi été « adapté aux divers contextes mentaux » (ibid, p.201) partout où il a été importé. On constate, de ce fait, « une diversité et une complexité des processus de compréhension et d'interprétation du corpus philosophique [de cette pratique] » (Schmitz, 2006, p.20). Certaines pratiques médicales originaires de pays étrangers ont ainsi dû, pour pouvoir être adoptées par les occidentaux, subir quelques transformations.

C'est également ce que souligne Aline Mercan dans un article intitulé « La route du cordyceps » (2012) où elle évoque la nécessité d'une « décontextualisation et d'[une] recontextualisation d[u] remède d'une culture à une autre » afin que celui-ci puisse être accueilli de manière positive par la population dans laquelle il est importé. L'auteure explique notamment que « les Occidentaux, peu enclins à ingérer des chenilles parasitées, ou à ingurgiter leur produit de macération, préféreront gélules et comprimés, formes par ailleurs évocatrices de modernité ». Il s'agit donc de changer « les procédés de fabrication » et « les galéniques » même si, comme elle le souligne, « la référence à la tradition, sous-entendant stabilité et constance, est toujours invoquée ».

Marc Egrot (2015) évoque le cas des médicaments néo-traditionnels et souligne que ces derniers « imitent les médicaments biomédicaux » (p.177) à travers le nom du produit notamment (« Immoboost pour immunité boostée, Viusid proche de virucide, Viralgic pour... un virus qui aurait mal ? » (idem)). Comme le souligne cet auteur :

« Certains articulent une référence à une "tradition", ou à la nature, avec une référence à la biomédecine : Metrafaids (Médecine Traditionnelle Africaine + AIDS) ; ApiSida ; ApiPalu, etc. Les étiquettes ou les notices regorgent de termes empruntés : bactériostatique, bactéricide ; antirétroviral ; inhibition de la réplication, etc. La formulation (gélules, comprimés) et le conditionnement (blisters, emballage, étiquette, notice) participent parfois de cette imitation, avec des informations sur le fabricant, les indications, la posologie, une composition, les modalités d'action, la fabrication, la péremption, rarement les effets secondaires » (p.177).

L'acclimatation d'une part des médecines parallèles semble par ailleurs s'être effectuée en partie grâce aux représentants de la biomédecine. Anne-Cécile Hoyez, dans un chapitre du livre *Les médecines en parallèle* (2006), fait ainsi remarquer que si la pratique du yoga n'avait pas été reconnue comme bonne pour la santé par le corps médical et que si les « références dogmatiques » n'avaient pas été mises de côté, « cette discipline n'aurait probablement pas connu l'engouement dont elle fait encore aujourd'hui l'objet » (p.195). Avant d'être progressivement adoptées par la population, certaines pratiques semblent ainsi, dans un

premier temps, avoir fait l'objet d'une transformation mais également d'une validation par le modèle biomédical dominant.

Pour Didier Fassin (1996), « les représentations et les pratiques du guérisseur se transforment parce que la médecine moderne exerce sur lui un effet d'attraction, pour la nouveauté qu'il y trouve et pour l'efficacité qu'il lui suppose » (p.163). Les thérapeutes, s'« ils [...] lui contestent [...] la capacité d'agir sur les autres dimensions de l'être humain » (Schmitz, 2006, p.18) ne semblent pas remettre en question l'intégralité de la biomédecine à laquelle ils « reconnaissent la faculté d'établir des diagnostics, des symptomatologies et de traiter les problèmes qui se manifestent au niveau du corps physique » (idem). C'est ainsi que certains éléments biomédicaux sont intégrés à la pratique de certaines médecines parallèles. Dans une étude sur la géobiologie, Olivier Schmitz (2006) fait remarquer que « l'adoption d'un langage scientifique et l'utilisation d'instruments de détection sophistiqués contribuent [...] à leur manière à rendre la géobiologie plus conforme au modèle scientifique et le géobiologue plus conforme à l'image du savant » (p.106). Ainsi, « d'une manière générale, les géobiologues font référence à la science universitaire pour légitimer leur activité en la présentant comme une sorte de mise en pratique de connaissances scientifiques établies » (ibid, p.112).

L'acceptation d'une nouvelle pratique semble ainsi s'effectuer à travers un travail de transformations de certains éléments de la pratique afin que ces derniers s'adaptent au contexte culturel du pays, mais également à travers la validation de cette pratique par les autorités de santé et par certains médecins.

C) Une biomédecine pas si hermétique

Pour Jean Benoist (1998), l'acupuncture et l'homéopathie semblent aujourd'hui « [s'être] fait une place » et l'homéopathie semblerait même une pratique « convoitée par les jeunes médecins soucieux d'attirer la clientèle grâce à un mode d'exercice particulier » (p.14). De plus, on constate notamment l'introduction à l'hôpital de pratiques telles que l'hypnose, la réflexologie, l'acupuncture ou l'homéopathie (Schmitz, 2006). Ainsi, comme le souligne Jean Benoist (1998):

« La polémique cède parfois le pas à un certain consensus; tel est le cas devant les maladies graves, et on a vu les médecins en charge de patients atteints du sida accepter, voire encourager, leurs efforts en vue de "se prendre en charge", à travers des activités, la prise d'adjuvants nutritionnels ou la participation à des groupes qui visent à restaurer leur "terrain" ou leur "force mentale". Certaines complémentarités semblent ainsi s'ébaucher... » (p.12)

La reconnaissance des bénéfices potentiels des médecines parallèles a également lieu dans le milieu biomédical dont les acteurs semblent parfois envisager certaines médecines parallèles comme complémentaires. Dans sa thèse (2016), Marine Paillard souligne par ailleurs que certains des internes en médecine générale qu'elle étudie « privilégiaient une prise en charge plus douce et naturelle comme par exemple l'homéopathie ». De même, des séances d'hypnose et de sophrologie semblent des moyens utilisés par certains de ces étudiants pour se soigner ou rester en bonne santé (Paillard et al., 2016).

Dans un chapitre de Marie Paumier intitulé « Le corps enceint et la connaissance intuitive : la nature incorporée ? » (2006), l'auteur s'intéresse aux sages-femmes indépendantes et explique que :

« Tout au long de la grossesse, la sage-femme et la parturiente nouent ainsi une relation particulière, basée sur la confiance réciproque [...]. La sage-femme, connaissant intimement chacune de ses patientes, sera en mesure de mieux répondre à chaque manifestation corporelle qui se présente pendant l'accouchement » (p.82).

On constate ici que ces sages-femmes à la formation biomédicale reprennent certains préceptes des médecines parallèles comme la relation intime et spécifique avec le patient ou la prise en charge personnalisée, situant leur pratique à la fois du côté des médecines parallèles et à la fois du côté du modèle biomédical.

Par ailleurs, depuis les années 1970-1980 (Baxerres et Simon, 2013), on assiste au développement de nouvelles sortes de médicaments, fabriqués à base de plantes ou de remèdes par les laboratoires pharmaceutiques ou encore les firmes de médecines parallèles. Carine Baxerres et Emmanuelle Simon (2013) expliquent qu'à cette époque, dans l'objectif « d'améliorer » les « remèdes »,

« les programmes nationaux de promotion des thérapeutiques traditionnelles successifs ont encouragé les tradipraticiens à produire de nouvelles préparations médicamenteuses en insistant sur l'identification botanique des composés, un dosage précis, et des règles d'hygiène pour le séchage et la conservation. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les "médicaments traditionnels améliorés" (terminologie en usage dans les systèmes de santé publique francophones), autrement dit les médicaments néo-traditionnels » (p.9).

Ces médicaments néo-traditionnels sont « produits à base de plantes (le plus souvent) et présentés de manière plus ou moins standardisée » (ibid, p.5). Dans un chapitre intitulé « Notes sur l'utilisation du kava dans la société française métropolitaine » (2006), Véronique Eparvier évoque différentes stratégies marketing utilisées dans la commercialisation de ces médicaments :

« L'utilisation fréquente de la couleur verte [pour l'emballage du médicament] n'est pas fortuite car cette couleur évoque la nature, l'écologie, etc. [...] Dans le même ordre d'idées, les noms des produits

(Végéflores) et des phyto-industries de production et de distribution (Naturland, Nature's) comme l'utilisation récurrente des préfixes "végé-", "natur-" et des suffixes "-flores" mettent en relief le côté naturel du produit » (p.265).

En faisant appel à l'imaginaire collectif du naturel, les fabricants de ces médicaments s'accaparent un public de consommateurs sensibilisés aux médecines parallèles et à ce désir de naturel tout en leur proposant un objet familier, le médicament, dont ils connaissent le fonctionnement et l'utilisation. Dans ce même chapitre, l'auteure suppose que « le fait de trouver des morceaux de la plante dans le produit peut être, pour certains, l'indication de toute sa bienfaisance » (p.265).

Pour Johanne Collin (2006), « la coexistence d'une hyperrationalité avec une vaste révolte contre la rationalité scientifique scellerait, à travers le caractère métonymique du médicament, la place centrale qu'il occupe dans nos sociétés occidentales contemporaines et son rôle de passeur d'un ordre cognitif à un autre » (p.149). En proposant des médicaments « naturels », les fabricants semblent ainsi parvenir à faire le lien entre les médecines parallèles et la consommation de masse. D'ailleurs, comme le souligne Véronique Eparvier (2006), si « les magasins de produits biologiques et diététiques [...] sont représentés comme le lieu idéal du "naturel", à l'opposé de la pharmacie, qui est perçue comme le lieu de la science et du chimique [i]l convient toutefois de remarquer que les pharmacies modernes jouent généralement sur les deux registres » (p.267).

Si la médecine biomédicale fait parfois appel à certaines pratiques parallèles, le recours à ces pratiques semble cependant s'effectuer de manière plutôt discrète par les représentants biomédicaux, à l'hôpital notamment, sauf dans certains cas comme les médecins homéopathes par exemple. Le développement des médecines parallèles semble par ailleurs représenter un marché de taille pour les promoteurs de ces médecines ainsi que pour les patrons des laboratoires pharmaceutiques et les pharmaciens. Ces derniers, en proposant des médicaments pharmaceutiques industriels, représentatifs de la biomédecine, mais également un grand nombre de produits utilisés dans les pratiques parallèles, soulignent la présence d'une pluralité du champ médical français.

En conclusion, les médecines parallèles font partie du champ médical depuis l'apparition d'une « médecine moderne » dominante, aujourd'hui devenue biomédecine. Ces pratiques proposent une idéologie différente de celle véhiculée par le modèle biomédical et s'attachent à

transformer le mode de vie du patient en lui proposant une gestion autonome de sa santé. Cependant, la frontière entre biomédecine et médecine parallèle semble mince et perméable. On constate, en effet, de nombreux échanges entre ces pratiques et leurs représentants et promoteurs et les laboratoires pharmaceutiques et les pharmacies mettent aujourd'hui à profit l'engouement des français pour ces thérapies. Dans la prochaine partie, il s'agira de s'intéresser aux pratiques d'auto-soin des individus et de comprendre la manière dont elles s'organisent.

III) Les pratiques d'auto-soin : entre autonomisation et appropriation du système de santé

Dans les deux parties précédentes, nous nous sommes intéressés à certaines offres de soins proposées par le système de santé en France aujourd'hui. Nous nous sommes ainsi penchés, dans un premier temps, sur le modèle biomédical puis sur les médecines parallèles. Dans cette partie, il s'agira de se centrer sur les pratiques d'auto-soin. Cette division en trois parties (modèle biomédical, médecines parallèles et pratiques d'auto-soin) semble se rapprocher de la vision qu'Arthur Kleinman développe dans un ouvrage intitulé *Patients and Healers in the context of culture. An exploration in the borderland between anthropology, medicine and psychiatry* (1980). Dans ce livre, l'auteur développe le concept de « health care system » dans l'objectif de « rassemble[r] le réseau des réponses adaptatives aux problèmes humains entraînés par la maladie » (Benoist, 2002). En effet l'auteur s'attache à étudier les « représentations de la maladie à travers les récits des individus révèle les itinéraires thérapeutiques, c'est-à-dire le parcours suivi par une personne exposée à un problème de santé pour tenter de le résoudre » (p.543). Pour Arthur Kleinman, le système de soin de chaque société ne se limite pas à la profession biomédicale mais comprend en réalité trois différents secteurs : professionnel, populaire et traditionnel (Helman, 1981). « Le secteur professionnel (*professional sector*) est celui des professions de santé organisées. C'est le plus puissant, en raison principalement de son haut degré d'institutionnalisation. Il concerne la médecine scientifique moderne et il est fortement autocentré » (Joly et al., 2005, p.543). Dans notre étude, nous pouvons rapprocher ce secteur du modèle biomédical évoqué dans la première partie. Le secteur traditionnel (*folk sector*) formé selon Patricia Joly (2005) « de spécialistes non professionnels » (p.543) possède des similitudes avec les secteurs populaire et professionnel. Bien que certaines médecines parallèles soient aujourd'hui professionnalisées, ces dernières peuvent néanmoins s'apparenter au secteur traditionnel dans la mesure où elles ne bénéficient pas, pour la plupart, de l'aura de légitimité de la médecine biomédicale. Dans cette troisième partie, nous nous intéresserons au secteur populaire que Kleinman considère comme le plus important et le plus méconnu et qui constitue notamment le lieu de « l'identification du trouble et de l'évaluation de ses retentissements par l'individu et par sa famille » (Joly et al., 2005, p.543) ainsi que celui de l'automédication et des conduites préventives (Benoist, 2002). C'est au sein de ce secteur que les individus prennent les décisions quant à la médicalisation ou non d'un symptôme, le recours ou non à un médecin ou thérapeute et le choix de ce dernier.

Malgré une forte médicalisation dans la période récente, comme il en a été question dans la

première partie de ce mémoire, la prise en charge de leur santé par les individus semble un phénomène répandu et très ancien. Dans un article intitulé « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique » (1999), Francine Saillant écrit que « pour les profanes, membres des groupes domestiques, le recours à des soins non spécialisés est chose normale : il est habituellement le premier recours ». Dans son « Enquête ethnohistorique de la médecine populaire » (2006), cette même auteure souligne que jusqu'au milieu du siècle dernier « on allait chez le guérisseur (soigneux) ou chez le médecin surtout pour des situations graves liées au risque de mort, laissant deviner certaines logiques d[...]autosuffisance dans toutes les autres circonstances » (p.41). Il apparaît que, depuis toujours, chaque individu possède des connaissances quant aux moyens à mettre en place pour se soigner ou se maintenir en bonne santé. Nous nous intéresserons donc à l'auto-soin et à l'automédication des individus.

L'OMS définit la notion d'auto-soin par « les actes que l'individu met en place pour prendre soin de lui-même, pour établir et maintenir sa santé, prévenir et traiter la maladie, que cela passe par la réalisation d'activités bénéfiques à la santé ou la réalisation des soins du quotidien » (Paillard et al., 2016). Dans cette partie, nous nous intéresserons principalement à l'auto-soin en tant que pratique médicale. Dans sa thèse intitulée *Identification des pratiques d'auto soin à partir de la pharmacie familiale* (2016), Géraldine Vitteta souligne que l'auto-soin « ne se limite pas à l'automédication médicamenteuse mais renvoie à la consommation d'un produit ou d'un service de santé au sens large ». Dans ce mémoire, nous envisagerons l'automédication, qui constitue donc une pratique d'auto-soin, à l'instar de Sylvie Fainzang (2012), « comme l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet (dans une officine auprès d'une autre personne) » (p.3).

Dans cette partie, nous nous intéresserons dans un premier temps aux acteurs et au contexte de l'auto-soin puis nous nous demanderons dans quelles mesures celui-ci s'intègre dans le modèle biomédical. Enfin, nous verrons en quoi l'auto-soin et en particulier l'automédication résultent d'une appropriation des différents secteurs du système de santé.

1. L'auto-soin : contexte et acteurs

Francine Saillant (1999) explique que la notion d'itinéraire thérapeutique « décrit concrètement la construction des choix thérapeutiques à partir des différents parcours que suivent les malades et leur famille » et suggère « que l'univers domestique [est] conçu comme le lieu premier de l'itinéraire qui façonne les orientations subséquentes ». Pour elle, l'univers domestique semble ainsi constituer l'endroit où se prennent les premières décisions quant à la

prise en charge médicale ou non de la maladie.

Nous verrons, qu'avant de faire appel au médecin ou thérapeute, c'est d'abord dans ce lieu que s'effectuent les premiers soins. Dans cette partie, nous nous intéresserons à cet univers domestique que représente le domicile et aux individus qui l'habitent afin de comprendre leur rôle dans les pratiques d'auto-soin. Enfin, nous nous intéresserons à l'armoire à pharmacie en tant que lieu clé de l'automédication.

A) Le domicile

Dans son article intitulé « Approche de la "culture du domicile" » (2011), Elian Djaoui décrit l'habitat comme « le lieu d'accueil de la vie intime » (p.79). Il poursuit : « l'intime recouvre, en particulier, tous les usages du corps. Celui-ci, parce que considéré comme trop proche de l'animalité, doit être dressé ; tout ce qui peut évoquer sa matérialité (odeurs, sexualité, physiologie, déficiences, pathologies, hygiène) doit disparaître de la scène sociale » (idem). Pour lui, il s'agirait d'un lieu de liberté au sein duquel « l'habitant peut s'autoriser à être lui-même » et manifester « sa personnalité profonde » (ibid, p.86). En effet, on peut lire dans ce même article que « tout individu cherche à préserver un minimum d'emprise sur un territoire même modeste, qu'il peut dominer et dans lequel il peut évoluer » (ibid, p.85). Elian Djaoui présente ainsi le domicile comme un espace rassurant dans lequel l'habitant se trouve en position de force, à l'abri des « regards » (ibid, p.86) ou des « jugements » (idem) et où une place privilégiée s'y trouve réservée à l'intime.

En se définissant comme l'espace dans lequel le corps est libre de s'exprimer, le domicile apparaît comme un endroit privilégié pour le soin. C'est d'ailleurs ce que démontre Elian Djaoui (2011) qui définit le domicile comme « le lieu "naturel" du prendre soin » (p.81) et le lieu des soins « profanes » (ibid, p.82) ou « familiaux » (idem). Selon lui, « quand une personne ressent un malaise quelconque, le conseil spontané prodigué par son entourage est de "rester au domicile", et éventuellement de "garder le lit" » (idem). Le lieu de vie aurait ainsi, d'après cet auteur, pour « fonction d'accueillir toutes [les] manifestations du corps et, en particulier, ses désordres » (ibid, p.79). Pour Elian Djaoui, l'habitat semble ainsi un endroit familial, une extension de l'habitant, un lieu dans lequel ce dernier trouverait l'intimité et les ressources nécessaires à tout processus de guérison.

Le domicile apparaît comme l'espace du soin et de l'auto-soin par excellence et pourrait même, comme le souligne le sociologue Gullestad, détenir une « fonction curative » (cité par Djaoui, 2011, p.81).

B) Les acteurs du soin dans le domicile

Cecil Helman (1981) souligne, à propos du secteur populaire de Kleinman : « in this sector, selftreatment is important, but the family is the main health care provider » (p.347). Pour Clémentine Raineau (2006) également, l'entourage semble jouer un rôle important dans les différentes pratiques d'automédication. L'auteure écrit que « les recours thérapeutiques se fondent dans l'habitus¹⁹ familial » (p.62). De même Francine Saillant (1999) écrit que « dans toutes les sociétés, le recours premier des individus en situation de maladie commence dans les groupes domestiques, les femmes jouant dans ce contexte un rôle pivot ». Clémentine Raineau (2006) précise quant à elle que « c'est [en effet] souvent à la mère et maîtresse de maison que reviennent les décisions touchant aux soins et aux consultations, au choix des recours thérapeutiques, autant pour les enfants que pour les maris ou elles-mêmes » (p.60).

Ainsi, si la famille semble jouer un rôle clé dans le phénomène de l'automédication, plusieurs auteurs (Djaoui, 2011 ; Saillant, 1999) soulignent, à l'instar de Clémentine Raineau (2006), que « la maîtresse de maison a une position prépondérante dans la gestion de la santé familiale » (p.62). Comme le souligne Anne Vincent-Buffault (2016), Raspail soutenait au XIX^{ème} siècle que « la garde malade peut observer celui qui souffre et le sauver davantage que le médecin qui passe occasionnellement ». Francine Saillant (1999) indique, de plus, qu'au sein de la famille « les femmes paraissent "naturellement" désignées comme soignantes ». Du fait de leur présence « lorsque la maladie se manifeste au sein du groupe domestique », les femmes constituent, selon Francine Saillant (1999), les premières interlocutrices du malade puisque, comme elle l'écrit, « c'est un peu à elles que sont formulées les premières "demandes" de mieux-être, sinon de guérison, quand s'amorce la maladie ».

De part sa proximité avec le malade, l'entourage, et plus particulièrement les femmes, représentent le premier cercle d'individus touchés par la maladie et semblent avoir développé certaines compétences quant aux techniques de soins. L'étude de Francine Saillant (1999) montre qu'en 1930 chaque famille possédait ses propres remèdes, ses propres techniques pour se soigner qui, même si elles se ressemblent sur certains points, comportent aussi des « variations [...] très grandes ». Pour cette chercheuse, chaque femme bénéficiait ainsi d'un savoir différent et « hérité de la lignée familiale » auquel elle se reportait en cas de maladie. Pour elle, « il existait bien des remèdes appréciés et connus de tous, mais tout se passait

19 En sociologie, l'habitus est la manière d'être, l'ensemble des habitudes ou des comportements acquis par un individu, un groupe d'individus ou un groupe social. (<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Habitus.htm>) consulté le 15/06/2017

finalement comme si chaque femme était renvoyée [à ce] savoir [...], sans que se dégage de véritable consensus sur ce qu'il est bon de faire en toute circonstance ». Jusqu'en 1930, il semble ainsi que chaque famille possédait ses propres techniques de soins héritées de ses ancêtres afin de soulager les différents maux auxquels ses membres étaient confrontés.

Aujourd'hui encore, le rôle de la famille reste prépondérant dans le choix des thérapies. Géraldine Vitetta (2016) souligne ainsi l'importance de l'entourage dans la mise en place du soin. Elle évoque, par exemple, l'achat de produits qui s'effectue souvent sous l'influence d'une tierce personne. Cette dernière, en recommandant un produit, contribue à la découverte et l'utilisation du médicament. De même, l'auteure souligne qu'au cours de son enquête réalisée au domicile de 14 habitants de Loire Atlantique et de Vendée, une partie des produits possédés par les individus provenaient de dons de la part de l'entourage. Elle écrit à ce propos que, « plus qu'un simple échange de produit, il s'agit en fait le plus souvent de l'échange de conseils ou d'expériences autour du produit de soin ». La famille semble ici une source d'informations pour les individus qui viennent y puiser conseils et recommandations.

Sylvie Fainzang (2011) déclare ainsi qu' « une partie des remèdes domestiques provient des savoirs transmis par la génération antérieure ». Marine Paillard (2016) confirme cette idée d'une transmission des connaissances médicales puisqu'elle écrit qu'au cours de son enquête « certains internes reproduisaient les habitudes de leurs parents » et précise qu' « ils reproduisaient aussi les habitudes de leur entourage, qui pouvait être représenté par des collègues internes, des amis et même des maîtres de stage ». La transmission des savoirs médicaux semble ainsi un phénomène qui continue de s'effectuer aujourd'hui malgré la disparition de certaines connaissances (au niveau des remèdes traditionnels à base de plantes notamment). Avec l'évolution des remèdes et des médicaments, les connaissances se transforment mais les processus de transmission continuent de s'effectuer. On ne se transmet alors plus une recette pour fabriquer le médicament mais plutôt une recette pour l'utiliser.

L'auto-soin et l'automédication semblent ainsi des pratiques familiales dans la mesure où elles s'effectuent parmi les membres de la famille ou de l'entourage. De même, les savoirs médicaux nécessaires à l'auto-soin semblent en partie s'acquérir par l'intermédiaire de la famille qui transmet ces connaissances de génération en génération. Par ailleurs, les femmes semblent, au sein de la famille, des interlocutrices privilégiées en cas de maladie et ces dernières semblent détenir un rôle primordial dans le maintien de la santé au sein du domicile.

C) L'armoire à pharmacie : un élément prépondérant de la santé à la maison

Il apparaît que l'armoire à pharmacie représente un élément prépondérant au niveau de la santé au sein du domicile. Pour Hélène Bordenave, Fabien Despas, Agnès Sommet et Jean-Louis Montastruc (2012), « il n'est pas envisageable de concevoir un foyer sans armoire à pharmacie » (p.1). Cette constitution d'une réserve de médicaments semble présente dans plusieurs régions du monde. Carine Baxerres (2013) écrit ainsi : « en raison de cette importante consommation de médicaments et de la personnalisation dont ils sont l'objet, une bonne partie des familles de Cotonou disposent, à leur domicile, de pharmacie domestique » (p.192). Cette réserve de médicaments leur permet également d'en « proposer aux visiteurs qui en auraient besoin » (ibid, p.193).

Selon une enquête intitulée « Composition des armoires à pharmacie familiales : échantillon de 207 foyers de la région » (Bordenave et al., 2012), 70 % des personnes interrogées avouent avoir utilisé des médicaments antérieurement prescrits par le médecin et conservés dans l'armoire à pharmacie du foyer. Une autre enquête, réalisée par l'institut CSA²⁰ pour le compte de la DGS²¹ en 2002, à laquelle plusieurs auteurs tels que Sylvie Fainzang (2012) ou Jean-Louis Montastruc (2016) font référence, révèle que le premier recours face à une douleur ou un symptôme est de se tourner vers l'armoire à pharmacie familiale. Cette étude recoupe par ailleurs celle réalisée en 1999 par la Sofres²² pour l'AFIPA²³ qui montrait que le fait de se tourner vers l'armoire à pharmacie familiale représentait le premier geste de 91 % des personnes interrogées. Dans son travail de thèse, Anne-Laure Coutarel (2000) écrit : « lorsque le patient a le nez bouché, mal à la tête ou au dos, son premier réflexe est d'ouvrir la pharmacie familiale et de prendre ce qui lui paraît le plus approprié. [...] Si le médicament recherché n'est pas dans l'armoire à pharmacie, il y aura non consommation pour les pathologies les plus bénignes » (p.134).

Ainsi, de nombreux chercheurs ont souligné une utilisation massive et prioritaire de l'armoire

20 L'institut CSA (Conseil Sondage Analyses) est une entreprise française spécialisée dans les études de marché et les sondages d'opinion (wikipédia : https://fr.wikipedia.org/wiki/Institut_CSA consulté le 04/06/2017).

21 « La Direction Générale de la Santé (DGS) prépare la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Son action se poursuit à travers 4 grands objectifs : préserver et améliorer l'état de santé des citoyens, protéger la population des menaces sanitaires, garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé, et mobiliser et coordonner les partenaires »

(<http://socialsante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgs-direction-generale-de-la-sante> consulté le 04/06/2017)

22 Sofres : Société française d'enquête par sondages

23 AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable

à pharmacie chez les individus et elle représente ainsi un symbole de l'auto-soin et plus particulièrement de l'automédication.

Les pratiques d'auto-soin et d'automédication s'effectuent ainsi pour beaucoup au sein du domicile où l'influence de l'entourage apparaît prépondérante notamment au niveau de la transmission des connaissances médicales. L'armoire à pharmacie, de par son utilisation massive et prioritaire, apparaît aujourd'hui un symbole de l'automédication et de la santé au sein du domicile.

2. Influences sur les pratiques d'auto-soin

Il s'agira, dans cette partie, de s'intéresser aux différentes relations entre ces pratiques et ce qui les influence en France aujourd'hui. Dans un premier temps, nous nous demanderons dans quelles mesures et comment le modèle biomédical a un impact aujourd'hui sur les pratiques d'auto-soin puis nous nous pencherons sur les autres facteurs qui influencent ces pratiques.

A) S'autonomiser par rapport au modèle biomédical, se réapproprier son corps et son identité

L'automédication dans les pays du Sud comme du Nord est un thème auquel plusieurs chercheurs se sont intéressés. Sylvie Fainzang (2012) notamment, parle de l'automédication comme d'un phénomène répandu qui « met en jeu une autonomie qui implique pour l'individu de décider lui-même d'un traitement en fonction de son histoire personnelle, des informations qu'il possède sur son mal, de ce qu'il identifie comme symptôme, de la perception qu'il a de la manière dont les professionnels de santé ont pris en charge ses maux dans le passé » (p.9).

Elle écrit de plus que « la dimension anthropologique de l'automédication réside en grande partie dans le fait qu'il y a, avec l'automédication, rupture de dépendance à l'égard des médecins » (ibid, p.7). L'automédication se présente comme une pratique à l'écart du système médical bien que certains professionnels de la santé reconnaissent quelques bienfaits sinon à l'automédication, du moins à l'autonomie du patient (Fainzang, 2012). Pour Sylvie Fainzang (2012), dans la plupart des sociétés, la prégnance de l'automédication et de l'automédicalisation, qu'elle définit comme le fait de « décider soi-même de faire d'une situation donnée un problème à traiter médicalement, et la stratégie mise en œuvre pour y faire face » (p.152), souligne un certain désir chez les individus de se prendre en charge et de s'autonomiser vis-à-vis du médecin. En effet, la relation avec le corps médical ne semble pas

toujours facile à vivre pour les patients.

L'automédication peut ainsi parfois découler d'une gêne ressentie vis-à-vis du médecin (Fainzang, 2012 ; Fox & Ward, 2008), l'incitant à préférer traiter son problème dans l'intimité. Selon Sylvie Fainzang (2012), l'autodiagnostic peut par exemple résulter d'une incompréhension de la part du médecin qui conduit parfois le patient à douter de sa compétence. Marie-Clémence Pérez (2016) s'appuie sur les travaux de cette même auteure et souligne que le recours à l'automédication semble ainsi connoter la méfiance des individus envers le « cadre institutionnel imposé à la relation de soin ». Sylvie Fainzang (2015) explique que « de nombreux patients se conduisent comme si leur corps ne leur appartenait plus, dès lors qu'ils sont entre les mains des médecins » (p.81). De même Elian Djaoui (2011) indique que « les logiques organisationnelles de l'établissement médico-hospitalier tendent à éroder complètement tout ce qui signe la singularité et la spécificité des personnes » (p.87). Sjaak Van Der Geest et Susan Reynolds White (2003) font état des travaux menés par Allan dans les années 1970 en Côte d'Ivoire qui « remarquait que les médecins et les professionnels de la santé étaient perçus comme des "accessoires non nécessaires" pour l'utilisation des médicaments » (p.97). Pour Sjaak Van Der Geest, « si les médecins et les infirmières détenaient les clefs des pharmacies et des armoires de médicaments, leur aide était nécessaire, mais si on pouvait se passer d'eux, c'était encore mieux et cela permettait de gagner du temps et de l'argent » (idem)

Pour Véronique Eparvier (2006), l'automédication « apparaît bien comme la gestion individuelle de sa santé, ce que les Anglo-Saxons désignent par le terme self-care » (p.268) et inclut avant tout « la notion de responsabilité du sujet » (idem). En effet, en choisissant de s'affranchir de la subordination vis-à-vis du médecin, l'individu prend la responsabilité de décider « de lui-même, s'il est malade ou non, s'il doit se soigner et du traitement à suivre » (idem). Au XIXème siècle, Raspail soutient déjà que « le malade doit regagner en autonomie, ne pas se livrer passivement à la médecine » (Vincent-Bufferault, 2016). Cet homme, désigné comme le médecin des pauvres, souligne ainsi la nécessité pour chaque individu « d'affiner sa capacité à sentir, à développer son sens intime » afin de « devenir médecin de soi-même (et de sa famille) » (Vincent-Bufferault, 2016). Pour Raspail, il s'agit, afin de s'automédiquer, d'être en mesure de diagnostiquer la maladie.

Aujourd'hui, internet est en particulier évoqué par différents auteurs comme un outil privilégié pour obtenir des informations sur la santé ou bien sur les différents maux que les individus rencontrent. Pour Jörg Blech (2005), « internet affaiblit le pouvoir des médecins et enrichit le

savoir des patients » (p.253). En effet, avec internet et les média, les informations ne proviennent plus uniquement du médecin et les gens se voient d'avantage en mesure de mener leurs propres recherches quant aux médicaments. On constate par exemple avec internet l'apparition d'une sociologie suscitée par le médicament. Les individus atteints d'un même mal se regroupent sur des forums, échangent des conseils sur les produits adaptés à leur mal et « utilisent [...] ce moyen de communication pour s'informer sur leur maladie et les traitements les plus efficaces » (Blech, 2005, p.253). De plus, malgré la réticence des médecins à ce sujet, il semblerait que « les recherches sur Internet ne s[oi]ent pas toujours faites de façon sauvages et désordonnées. Les patients ont parfois conscience de la fiabilité de certains sites et de la non crédibilité de certains autres » (Fainzang, 2015, p.98).

Il paraît incontestable que l'expérience joue un rôle pour les utilisateurs dans l'appropriation du médicament. Les individus ont tendance à utiliser des médicaments qu'ils ont déjà vus ou consommés et qu'ils reconnaissent et peuvent identifier facilement en fonction de leur aspect (Baxerres, 2013) ou de leur nom (Desclaux & Levy, 2003). Plusieurs auteurs soulignent que les médicaments utilisés en automédication sont souvent connus par les utilisateurs. Il s'agit de médicaments dans lesquels ils ont confiance. Les individus paraissent enclins à mener des recherches quant au mal dont ils sont atteints et à s'informer sur les remèdes qui les guériront. Ces connaissances semblent provenir d'une multitude d'informateurs tels que les proches, le médecin, Internet ou encore les médias (Coutarel, 2000 ; Fainzang, 2015 ; Blech, 2005).

Si l'auto-soin et l'automédication s'effectuent parfois afin d'éviter une visite chez le médecin ou le thérapeute avec lesquels ils se sentent mal-à-l'aise, les individus semblent également recourir à ces pratiques lorsqu'ils estiment ne pas avoir besoin d'aide.

B) L'influence des secteurs professionnel et traditionnel au sein du secteur populaire

Si l'auto-soin et l'automédication semblent des pratiques intimes et familiales, il semble cependant qu'elles s'intègrent dans un système de santé. Francine Saillant (2006) souligne, à propos des pratiques de soins mises en place au sein des familles, que « jusqu'au milieu du siècle dernier [...] il demeurerait encore possible de penser ce domaine comme ayant une autonomie par rapport à la médecine "scientifique" qui, peu à peu, a pénétré de façon massive les représentations et les pratiques collectives » (p.27). Cette auteure explique ainsi que, tout au long du XXème siècle, les politiques de santé cherchent à « rationaliser l'espace domestique » ainsi que « les domaines du corps et de la santé », notamment à travers la lutte

contre « les remèdes de bonnes femmes » ainsi que par des campagnes de sensibilisation aux normes d'hygiène dirigées vers les familles. Aujourd'hui, il apparaît que les pratiques de soins mises en place au sein du secteur populaire (Kleinman, 1980) représentent un enjeu politique et financier pour les firmes pharmaceutiques qui cherchent à en obtenir le contrôle.

Nous avons souligné précédemment que les femmes représentent des acteurs clefs dans les pratiques d'auto-soin et d'automédication. Or, comme le soulignent Graham et Mc Clain, cités par Saillant (1999), « les femmes paraissent occuper une position de relais entre les univers domestiques et extra domestiques ». En effet, si ces dernières ne parviennent pas à trouver seules une solution pour guérir le malade, elles se tournent vers « la famille étendue, [...] les voisins [ou encore] les divers " spécialistes " (guérisseurs, médecins, prêtres) » (Saillant, 1999). Comme le souligne Clémentine Raineau (2006), « c'est la mère de famille qui conduit en grande partie l'élaboration de l'itinéraire thérapeutique de la maisonnée, puisant adresse et recommandation dans l'entourage, jouant avec les contraintes extérieures, combinant les recours thérapeutiques en fonction des affections apparues dans le corps familial » (p.62/63). Les femmes semblent ainsi représenter des interlocutrices privilégiées pour les médecins et thérapeutes qui doivent faire valoir auprès d'elles l'intérêt de se tourner vers eux en cas de problème.

Au XIX^{ème} siècle déjà, François-Vincent Raspail, fervent défenseur de l'automédication, semblait avoir bien compris le rôle capital des femmes dans la santé des familles puisqu'il destinait ses « manuels pratiques » contenant des conseils d'hygiène de vie aux « mère[s] de famille prolétaire[s] » (Vincent-Buffer, 2016). De même, Patrice Pinell (2010) indique que les « politiques étatiques de protection de la santé » semblent avoir, dès la fin du XIX^{ème} siècle fait « des femmes mère de famille la cible privilégiée de leurs interventions » (p.432). Pour Clémentine Raineau (2006), en tant que « véritable "vigile sanitaire", la mère de famille est ainsi la médiatrice privilégiée entre les thérapeutes et la maisonnée » (p.62/63). En effet, elle se voit endosser le rôle d' « auxiliaire du médecin de famille » (Pinell, 2010, p.432) et constitue « son relais au sein du domicile familial » (idem).

La position d'auxiliaire du médecin de la femme semble avoir été renforcée par un processus de médicalisation ciblée sur les femmes. Aujourd'hui, il apparaît en effet qu'avec la médicalisation de l'accouchement, de la contraception, on assiste en réalité à une médicalisation de la vie de la femme, qui contrairement à l'homme, doit se rendre fréquemment chez le médecin pour sa contraception, sa grossesse puis le suivi post ménopausique (Pinell, 2010). La femme se voit donc fréquemment en relation avec le

système médical et cette proximité influence son rapport à la biomédecine et consolide son rôle de relais entre les soins à domicile, au sein de la famille et ceux délivrés par les différents médecins et thérapeutes.

Si l'auto-soin se pratiquait auparavant en dehors du système médical, il semble qu'aujourd'hui ces pratiques soient influencées par la biomédecine ou les médecines parallèles dans la mesure où certaines connaissances et les médicaments sont prescrits par les médecins et thérapeutes puis réappropriés par les individus qui se transmettent ensuite ces connaissances de génération en génération. Francine Saillant (1999) fait état depuis les années 1930, au Québec, d'une intégration progressive des remèdes commerciaux dans les pratiques d'auto-soin. L'auteure écrit en effet :

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

C'est à travers les femmes, qui constituent un relais entre les univers domestiques et extra-domestiques, entre la famille et le médecin ou thérapeute que les pratiques d'auto-soin se transforment peu à peu. De par cette position de relais et leur contact plus fréquent avec les médecins ou thérapeutes, les femmes contribuent à l'introduction de savoirs biomédicaux et/ou parallèles au sein du domicile et dans les pratiques d'auto-soin.

C) Subjectivité et interprétation

Géraldine Vitetta (2016), indique qu'« on retrouve dans toutes les pharmacies étudiées la présence de produits de différentes natures : allopathie, homéopathie, huiles essentielles ou compléments alimentaires ». Même si les pratiques de soin s'inspirent aujourd'hui de la biomédecine ou des médecines parallèles, on constate une importante diversité dans les pratiques d'auto-soin liée à la subjectivité des individus qui interprètent leurs maux de manière différente. Comme le souligne Jean Benoist (1996), « le pluralisme, qui permet les rencontres les moins attendues, est alors un véritable verre grossissant. Ses ambiguïtés sont

maximales, lorsque chacun projette ses propres règles dans l'interprétation des demandes ou des réponses de l'autre ». Pour Didier Fassin (1996), « c'est moins la possibilité de nommer la maladie que la capacité à l'expliquer, c'est-à-dire à lui donner une signification et, au bout du compte, un traitement adapté à cette interprétation » (p.27) qui est important pour le malade et ses proches. Dans un commentaire sur le livre d'Arthur Kleinman *Patients and healers in the context of culture*, Cecil Helman (1981) explique que, pour cet auteur, chaque groupe, et par extension chaque individu, possède un ou plusieurs « Explanatory Models » qui les aident à donner un sens à chacun des épisodes de mal-être qu'ils se voient traverser. Ces modèles prennent racine dans plusieurs domaines, comme celui de l'expérience personnelle ou encore l'explication scientifique des médecins, qui s'entremêlent jusqu'à former « a pluralism of meaning system » (Kleinman cité par Helman, 1981, p.348). Pour Sylvie Fainzang (2011), « il n'est pas rare que l'interprétation que le malade a de son mal renvoie à la perception qu'il a de ses relations sociales ou de ses relations familiales ». C'est ce qu'elle explique dans son livre *L'automédication ou les mirage de l'autonomie* (2012) où elle donne l'exemple d'une jeune fille persuadée d'avoir mal à l'oreille en raison des coups qu'elle reçoit et qui, de ce fait, refuse de prendre le traitement que le médecin lui a prescrit pour une otite. La perception des causes de la maladie semble ainsi relever de la subjectivité de chaque individu et s'élaborer en fonction du contexte vécu par chacun.

Pour Sylvie Fainzang (2011), si l'interprétation de la maladie peut être différente pour chacun, c'est également le cas de la conception du remède. La transmission de certains savoirs profanes s'effectue au sein de la famille de manière consciente et inconsciente. Il semblerait que ce soit l'éducation qui conditionne en partie notre vision de la maladie et notre approche du soin. En effet, comme le souligne Sylvie Fainzang (2011), « dans toutes les familles, il y a une transmission de génération en génération par l'éducation, la socialisation d'un certain nombre de valeurs, d'une certaine vision du monde ». L'auteure souligne ainsi qu'« on est tous imprégnés par notre éducation, par notre milieu familial, culturel et que même si on a pris ses distances avec ça, on a tous une origine culturelle religieuse familiale » (idem). Dans son livre *Médicament et société : le patient, le médecin et l'ordonnance* (2001), la chercheuse s'intéresse notamment à l'influence de la religion dans le rapport au corps, à la maladie, aux médecins et aux médicaments. Elle fait état de certaines valeurs transmises par l'origine culturelle et qui vont conditionner l'approche de la maladie et du soin. Ainsi les musulmans, du fait de l'importance du cœur dans la religion islamique, seraient plus sensibles aux affections de cet organe. Les protestants seraient peu enclins à la consommation

d'antidépresseurs par peur d'une perte de liberté tandis que les catholiques sembleraient réticents à user les antidouleurs du fait d'une certaine valorisation de l'acceptation de la souffrance dans le catholicisme.

Pour Alice Desclaux et Joseph-Josy Lévy (2003), la représentation que les individus se font des médicaments est « souvent basé[e] sur des représentations simplificatrices, marquées tantôt par l'idéologie, tantôt par l'absence d'accès aux connaissances scientifiques sur les dimensions matérielles de l'effet des traitements, tantôt [sur] une forme d'aveuglement induite par le désir d'efficacité – qui nourrit l'effet placebo ». Dans un texte intitulé « Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade », Sylvie Fainzang (2006) relate ainsi l'anecdote suivante :

« Il est intéressant de remarquer l'effet paradoxal que produisit, sur une femme, un article de journal dont le propos était d'attirer l'attention des lecteurs sur le caractère dangereux de certaines plantes. " Même les tisanes les plus anodines doivent être maniées avec précaution ", disait l'article. Cette patiente, qui ne recourait jamais à la phytothérapie, peu convaincue qu'elle était de son efficacité, une fois alertée sur les effets nocif des plantes, en déduisit qu'elles devaient donc nécessairement avoir un effet également bénéfique à l'instar des médicaments et décida, convaincue dès lors de leur efficacité, de se soigner désormais par les plantes » (p.270).

Cette femme semble avoir perçu l'information délivrée par l'article de journal à l'opposé du message que l'auteur voulait faire passer. Ainsi l'information semble perçue et interprétée de manière spécifique par chaque individu qui fait appel à son propre modèle d'explication (Helman, 1981). Golda Cohen (2015) écrit : « il n'y a pas une, mais presque autant de représentations sociales du médicament que de groupes sociaux ». Pour Sylvie Fainzang (2015), « le rapport au médicament se construit en lien avec le contexte social, culturel et politique dans lequel les individus vivent ». En effet, le niveau d'éducation (Blech, 2005), le sexe (Cohen, 2015), la religion (Fainzang, 2001) ou encore l'âge (Coutarel, 2000) sont autant de facteurs influençant une certaine vision du médicament ainsi que son utilisation.

La société d'aujourd'hui semble véhiculer une certaine image de la santé et du bien-être notamment à travers le modèle biomédical ou les médecines parallèles mais également par les médias, la mode etc. Les normes de bien-être, de santé et de beauté créées par ces institutions se trouvent ainsi assimilées par les individus et influent sur le choix des individus au moment de médicaliser ou non les problématiques de santé auxquelles ils sont confrontés. Cependant, il apparaît que, malgré une image de la santé relativement standardisée, les individus font preuve de comportements différents face à des symptômes similaires. En effet, les raisons relatives à l'apparition du mal apparaissent subjectives et propres à chacun. Le médecin ou

thérapeute, en proposant une autre vision de la maladie que celle du patient, s'attire parfois le mécontentement de celui-ci.

Si l'auto-soin semble dans un premier temps s'effectuer à l'écart du système de santé biomédical ou parallèle dans la mesure où les individus ne font appel ni au médecin ni au thérapeute mais à leurs propres connaissances ou celles de leur entourage, il apparaît cependant que le secteur de santé professionnel, composé du modèle biomédical en France, en se positionnant comme modèle de santé, et le secteur traditionnel, composé des médecines parallèles, en se présentant comme une alternative au précédent, influencent aujourd'hui les pratiques d'auto-soin à l'instar des savoirs hérités des ancêtres et transmis de génération en génération. Chaque individu possède cependant sa propre vision des choses quant à la définition de la maladie, de ses causes et, de ce fait, des soins à mettre en place pour se soigner.

3. L'auto-soin, une appropriation du modèle biomédical et des médecines parallèles

Dans cette partie, nous verrons que, si le savoir issu de la biomédecine et des médecines parallèles fait d'abord l'objet d'une domestication, il passe également par un processus d'appropriation avant d'entrer dans la pratique d'auto-soin des individus. C'est ce que souligne Sylvie Fainzang (2011) lorsqu'elle évoque par exemple certains patients qui recopient l'ordonnance dans l'objectif « d'effacer la trace du médecin prescripteur pour ne conserver que la trace du remède jugé adéquat c'est-à-dire la trace de leur propre décision, de leur propre jugement » (p.37). Pour cette auteure, « recopier l'ordonnance, c'est se l'approprier » (idem).

Dans cette partie, nous nous intéresserons à la manière dont les médicaments se voient réappropriés par les individus. Pour terminer, nous nous pencherons sur l'intégration du médicament au sein du domicile et sur l'armoire à pharmacie en tant qu'exemple d'appropriation du médicament.

A) S'approprier le médicament

Pour Alice Desclaux et Joseph Josy-lévy (2003), « la place qu'occupent les médicaments dans la vie quotidienne est essentielle ». Selon ces auteurs, cette importance des médicaments se trouve notamment « attestée par l'assimilation de noms commerciaux de médicaments, tels

Prozac ou Viagra, dans le vocabulaire courant de populations de plus en plus vastes sur les cinq continents ».

Carine Baxerres (2013) écrit : « l'apparition du médicament pharmaceutique industriel a au départ contribué à consacrer, par sa standardisation, la reproductibilité des stratégies thérapeutiques et donc la non-spécificité des individus » (p.168). Cependant, bien que le médicament apparaisse comme un élément standard, il semble être perçu et employé de manière différente par chaque individu.

On remarque ainsi plusieurs manières d'utiliser les médicaments. Carine Baxerres (2013) évoque le fait que certains médicaments sont parfois utilisés par les consommateurs à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été conçus. C'est le cas, par exemple, de la Norethisterone, habituellement prescrite comme contraceptif ou contre les règles trop abondantes et que les patientes utilisent pour retarder leurs règles pendant les vacances (Blech, 2005). C'est également le cas de la Ritaline qu'« aux États-Unis, les adolescents et de jeunes adultes consomment [...] comme une drogue de bien-être, qui couperait la faim et empêcherait la fatigue » (Blech, 2005, p.121). En détournant l'utilisation de ces produits, les individus se les approprient dans la mesure où ils s'émancipent de la prescription médicale et mettent en place leurs propres pratiques de soin. Le mode d'administration des médicaments est également susceptible de varier en fonction des individus. Jörg Blech (2005) évoque ainsi le cas des cachets de Ritaline utilisés par « voie orale ou écrasés puis sniffés » (p.121) pour certains ou encore dissous dans l'eau puis injectés pour d'autres.

Ainsi, la perception des médicaments, comme leurs modalités d'utilisation semblent loin d'être standardisées. On constate une diversité d'interprétations et d'utilisations de ces molécules qui font l'objet d'une appropriation par les individus.

B) L'intégration du médicament dans le domicile

Le domicile apparaît comme un espace prépondérant pour chaque individu. Modelé par ses habitants, il semble représentatif de ces derniers. Pour certains auteurs, le domicile apparaît comme un reflet de soi-même. Dans un article intitulé « Approche de la "culture du domicile" », Elian Djaoui (2011) écrit par exemple que « le lieu où l'on vit est [...] "un construit" fortement marqué par l'imaginaire des habitants » (p.79). De même, Goffman considère le domicile comme une partie de l'habitant puisqu'il déclare : « les objets peuplant l'espace privé doivent être interprétés comme des extensions ou des "pseudopodes"²⁴ du Moi

²⁴ Pseudopode : 2. fig. Prolongement. (Le Robert Illustré 2013)

de l'habitant » (cité par Djaoui, 2007, p.85). Dans un article intitulé « Le domicile comme espace psychique » (2007), Elia Djaoui va ainsi jusqu'à associer le domicile « au corps maternel, au corps propre de l'habitant et/ou à celui du groupe familial » (p.19). L'intégration d'un élément extérieur au sein du domicile semble ainsi constituer une appropriation de cet élément qui devient familier. C'est par exemple ce que l'on constate à travers l'introduction des médicaments au sein du domicile et leur répartition à travers les différentes pièces de la maison.

Pour Sylvie Fainzang (2001), tout se passe comme s'il y avait une assimilation symbolique entre corps et maison. Faire pénétrer un médicament dans l'un équivaudrait à le faire pénétrer dans l'autre. Fox & Ward (2011) montrent que le médicament trouve peu à peu sa place au sein du domicile par un processus de domestication qu'ils définissent comme le fait de rendre sûr (dans le sens de safe) quelque chose d'inconnu. Le médicament, en trouvant sa place au sein du domicile, deviendrait ainsi un de ces pseudopodes dont parle Goffman et prendrait part dans la construction de l'identité de l'individu. Sa place et la manière dont il est rangé apparaîtraient ainsi révélatrices de la perception de cet élément par les individus.

Si l'habitant modèle et transforme son lieu de vie, ce dernier semble également avoir une influence sur ceux qui l'occupent. En effet, il apparaît que « la localisation, l'ameublement et la décoration so[ient] autant d'éléments constitutifs d'[une] identité psychique et sociale » (Djaoui, 2007, p.20). Sylvie Fainzang (2001) insiste sur l'aspect curatif de la simple présence des médicaments dans le domicile. En effet, elle écrit à propos des médicaments : « même non absorbés par le corps, leur présence dans l'espace domestique aurait une efficacité. L'assimilation entre espace corporel et espace domestique se retrouve ici, et se vérifie à la place matérielle occupée par le médicament » (p.45). Les médicaments seraient ainsi « gardés à portée de main sans être consommés » (ibid, p.62). Ces informations soulignent l'aspect curatif que peut receler la possession des médicaments ainsi que leur disposition et leur emplacement dans la maison. Dans son article sur le rangement des papiers en Provence Alpine, Valérie Feschet (1996) souligne l'aspect symbolique de l'action de ranger et de conserver. C'est ainsi qu'elle écrit : « si les papiers sont rangés, c'est pour être retrouvés et ouverts de temps en temps. [...] En conservant les papiers de famille, c'est un pari que l'on prend sur un avenir incertain ». On peut ainsi se demander si la même chose ne s'applique pas également au rangement des médicaments. Une fois entreposés à l'intérieur de l'armoire, les médicaments n'ont plus d'effets sur les individus. Sylvie Fainzang (2001) explique qu'il arrive que les médicaments soient « rangés sans avoir été consommés quand le besoin ne s'en fait

plus sentir et que le mal a disparu » (p.45). Une fois rangé, le médicament n'agit plus directement ; ainsi, ranger les médicaments permettrait symboliquement d'en finir avec la maladie.

Les médicaments, en trouvant leur place dans le foyer, deviennent familiers aux yeux des habitants. Une étude intitulée *Composition des armoires à pharmacie familiales* (2012) menée sur un échantillon de 207 foyers dans la région Aquitaine indique que les trois pièces les plus fréquemment employées pour le stockage des médicaments du foyer sont la salle de bain en priorité, suivie de la cuisine, puis de la chambre à coucher. Or, comme le souligne Valérie Feschet (1996), certains endroits de la maison (la chambre notamment) possèdent plus que d'autres des connotations symboliques fortes. Le rangement des choses (dans son étude, il s'agit de documents papiers) dans de tels endroits s'effectue en fonction de l'importance de ces dernières. Il est ainsi intéressant de relever la place du médicament dans le domicile qui révèle le rapport qu'entretiennent les individus avec les médicaments.

Dans *Médicament et société* (2001), Sylvie Fainzang écrit : « malgré la grande diversité des cas de figure en la matière, le rangement des médicaments obéit à certaines logiques et ses modalités sont souvent le signe du statut qu'on leur accorde » (p.56). Selon elle, le rangement des médicaments s'effectue d'avantage en fonction de la manière dont ils sont perçus que du point de vue pragmatique de leur prise. Les médicaments sous forme de pommade (même lorsqu'ils contiennent de la cortisone) se retrouvent ainsi souvent rangés avec les produits d'hygiène courante comme le dentifrice ou la crème hydratante. De même, les antalgiques, peu associés à des psychotropes, trouvent fréquemment leur place aux côtés de l'aspirine et des désinfectants. Le rangement des médicaments s'effectue ainsi selon des critères subjectifs liés à la perception du médicament par les individus. Les fabricants, en jouant sur la présentation de leur produit, semblent par ailleurs influencer le rangement, la perception et la catégorisation de ces molécules.

Alice Desclaux et Joseph-Josy Lévy (2003) soulignent que « l'étude ethnographique fine du rangement des médicaments dans l'espace domestique permet [...] de comprendre comment s'articulent les conceptions du corps et celles du lieu d'habitation ». Ils évoquent la présence d'espaces collectifs et d'espaces privés reprenant l'idée de Sylvie Fainzang (2001) selon laquelle les médicaments se rangent dans des espaces différents en fonction de leur degré d'intimité. Ainsi, la chambre constituerait un endroit propice aux médicaments relevant de la sphère intime, tandis que la cuisine, définie comme « l'espace social premier » (Fainzang,

2001, p.59), s'apparenterait d'avantage à un lieu collectif et serait ainsi réservée à un autre type de médicaments et notamment ceux associés à l'alimentaire. L'auteure souligne que « les médicaments ont un statut particulier qui à la fois les rapproche et les éloigne des autres produits absorbés par le corps, et donc des aliments » (idem) et évoque le cas de produits comme l'aspartame parfois rangé avec les aliments et parfois avec les médicaments.

Ainsi, en intégrant le médicament au sein de son domicile, lieu de l'intime et de l'automédication, chaque individu se familiarise avec un produit symbolisant par excellence le système de santé. Le fait de trouver une place pour le médicament au sein du domicile permet de catégoriser et enfin s'appropriier et faire sien cet élément.

C) L'armoire à pharmacie : un exemple d'intégration du système de santé dans le domicile

L'armoire à pharmacie fait partie de l'espace domestique et semble contenir des médicaments potentiellement utilisables. Au contraire, ceux dont on veut se débarrasser sont plutôt rangés dans un espace « auxiliaire » ou « périphérique » comme un meuble à l'intérieur du garage (Fainzang, 2001). Comme le souligne Sylvie Fainzang (2001), les médicaments de l'armoire semblent bénéficier d'un usage différent de ceux placés à l'extérieur de cette dernière. En effet, selon cette auteure, l'armoire à pharmacie semble contenir les « traitements en réserve (ceux qui ne sont pas ou plus utilisés, ceux qui restent à l'issue d'un traitement, ou ceux qui ont été achetés en l'absence de maladie, en prévision du mal) » (p.61). Dans son travail de thèse où elle enquête sur les pratiques d'auto-soin à partir de la pharmacie familiale, Géraldine Vitteta (2016) souligne que « les pharmacies étudiées sont plutôt abondantes, contrairement à l'image que les usagers en ont, et contiennent aussi bien des médicaments allopathiques que de l'homéopathie ou des produits de phytothérapie ». L'armoire à pharmacie semble ainsi en mesure de contenir des médicaments issus de différents types de médecine.

Marcel Duchamp, artiste renommé et à l'origine du concept de ready-made²⁵, considérerait qu'une œuvre d'art peut se définir comme telle uniquement en fonction du contexte dans lequel elle est placée. C'est ainsi qu'il crée des œuvres d'art en désignant simplement des objets de la vie courante comme un urinoir ou une roue de vélo comme des œuvres d'art et en les plaçant dans des musées. Cet exemple souligne l'importance du contexte qui transforme

25 « Objet manufacturé promu au rang d'objet d'art par le seul choix de l'artiste. (Notion élaborée par M. Duchamp en 1913. Le ready-made peut être "aidé", "assisté" ou "rectifié" par certaines modifications) » (Larousse en ligne, consulté le 18/06/2017).

l'essence et la signification d'un objet. L'introduction des médicaments au sein de l'armoire à pharmacie semblerait ainsi avoir une influence sur la manière dont ils sont perçus par leurs utilisateurs.

Sylvie Fainzang (2012) prend l'exemple d'une femme qui, au cours du rangement de son armoire à pharmacie familiale, découvre un médicament, autrefois prescrit à son mari et qu'elle y avait oublié. Alors qu'elle en lit la notice, elle se rend compte qu'elle est sujette à l'un des maux soignés par ce médicament et décide de le conserver afin de pouvoir l'utiliser lorsqu'elle ressentira ces troubles. Dans ce cas, il apparaît que l'armoire à pharmacie induit l'utilisation du médicament. Il semble que cette femme ne se pose pas de questions quant à savoir si le médicament lui correspond vraiment et s'il est réellement conseillé dans son cas. Le simple fait de le posséder dans son armoire tend à faire de lui quelque chose de connu et de sécurisé. Sylvie Fainzang prend également l'exemple d'un homme qui :

« éprouve par moment des angoisses liées à ses relations conjugales, mais ne souhait[e] pas consulter le médecin à ce sujet (craignant d'entrer dans le cycle d'une prise en charge et d'une prescription lourde ou régulière de psychotropes), et [qui] découvrant la présence d'anxiolytiques au domicile de son père, subtilise de temps à autres, lors de ses visites, quelques comprimés de Temesta de la pharmacie domestique paternelle, qu'il s'auto-administre, ponctuellement, pour se soulager » (p.76).

Pour cet homme, l'« emprunt » de ces médicaments à la pharmacie de son père lui permet d'éviter la prise en charge médicale. De plus, le fait qu'il trouve ces produits dans l'armoire à pharmacie de son père rend ces médicaments plus « connus » et moins « dangereux » puisqu'il n'hésite pas à les prendre alors qu'il redoute une telle prescription. L'armoire à pharmacie, plus qu'un contenant ordinaire, semble faire l'objet et être à l'origine de représentations symboliques importantes qui agissent sur le psychisme des individus et influencent leur comportement.

Elle apparaît aujourd'hui un élément clef de l'auto-soin et de l'automédication. Comme le montrent plusieurs études, il s'agirait du premier recours en cas de problème et constituerait un contenant rassurant pour les utilisateurs moins enclins à se tourner vers le médecin et la pharmacie. On peut ainsi considérer l'armoire à pharmacie comme un intermédiaire, un lien entre le système de santé et les individus. De par son contenu, elle semble renvoyer au système de santé et, de par son contenant et la place qu'il détient dans le domicile, elle s'intègre dans l'univers des individus. A travers l'armoire à pharmacie, on observe ainsi une intégration du médicament au sein du domicile et par extension, du système de santé biomédical ou non.

La perception de la maladie et du soin sont spécifiques à chaque individu. Cependant, il apparaît que la mise en place des pratiques d'auto-soin et d'automédication résulte d'une appropriation de diverses informations obtenues par les individus. Le détournement de certains usages de médicaments, la transformation des modalités de consommation ainsi que l'intégration du médicament au sein du domicile représentent quelques exemples de ces appropriations.

Comme le souligne Elian Djaoui (2007) le domicile se situe aujourd'hui « à l'interface de processus relevant à la fois du psychique et du social, de l'individuel et du collectif, de la sphère de l'intime, de l'espace privé et des espaces publics ». Ainsi, si l'auto-soin semble connoter une certaine volonté d'autonomisation par rapport au médecin, il semble également un moyen de communication, une source perpétuelle d'échanges et de transmissions à la fois entre les individus et leur entourage mais également vis-à-vis du système de santé.

Les femmes, principales actrices de l'auto-soin et de l'automédication, se voient sollicitées par les différents acteurs du système de santé et les pratiques d'auto-soin, autrefois principalement basées sur des savoirs traditionnels, apparaissent aujourd'hui s'inscrire dans le système de santé dont les individus reproduisent certains comportements et préceptes. L'auto-soin traduit le contexte de soin dans lequel les individus évoluent car ces derniers assimilent les normes de santé et l'idéal corporel qu'ils retraduisent ensuite dans leur interprétation de la maladie.

On constate, comme le souligne Arthur Kleinman, un échange permanent entre les différents secteurs du système de santé. Comme l'exprime Cecil Helman (1981) « people pass between these three sectors, while the 'popular' sector forms 'an undifferentiated matrix linking the more highly differentiated professional and folk sectors' » (p.347). Le secteur populaire semble ainsi se nourrir et réunir les deux autres tout en conservant une certaine influence sur ces derniers. Comme nous pouvons par exemple le constater à propos des médicaments, ce savoir fait l'objet dans un premier temps d'une domestication puis d'une appropriation avant d'être utilisé dans les pratiques d'automédication. L'auto-soin, à l'instar du secteur populaire dans lequel il s'applique, semble ainsi à la fois se nourrir de la biomédecine, des médecines parallèles ainsi que des connaissances héritées de longues dates ou transmises par des proches ou via internet.

Conclusion

En conclusion, le système de santé se compose en France d'institutions se référant à un modèle biomédical institutionnalisé et dominant ainsi que de nombreuses autres pratiques médicales regroupées sous le nom de médecines parallèles. Ces dernières font leur apparition dans le champ médical français au moment où émerge un modèle dominant validé et reconnu par les pouvoirs publics. Bien que ces différents types de médecine évoluent séparément, on constate, sous l'influence de la médicalisation et de la biomédicalisation, une transformation du rapport à la santé et à la maladie. Les laboratoires pharmaceutiques, tout comme les promoteurs des médecines parallèles, cherchent à tirer profit des campagnes de prévention et de l'inquiétude générée par l'apparition permanente de nouvelles maladies et les campagnes de dépistages qui les accompagnent en développant de nouveaux types de médicaments adaptés aux besoins des individus. On assiste alors à une marchandisation du médicament et les fabricants jouent sur sa forme et son contenu pour le rendre le plus attractif possible. Les médecines parallèles, bien que se définissant parfois comme une alternative à un modèle biomédical impersonnel et peu respectueux des individus, se positionnent également comme pratiques complémentaires de ce dernier. On assiste, de plus, à une grande quantité d'échanges et d'interactions au sein de ces différents modèles qui constituent aujourd'hui le système de santé en France. Pour Arthur Kleinman, la recherche de soin s'effectue à travers différents secteurs de ce qu'il désigne comme le système de soin (health care system) dans lequel « la maladie est perçue, nommée et interprétée et un type spécifique de soins est appliqué » (Joly et al., 2005, p.543). Le secteur populaire semble intéressant à étudier dans la mesure où c'est au sein de ce dernier et plus précisément à l'intérieur du domicile que s'initient les premières interrogations quant à la santé, la maladie et au parcours de soin. Le secteur populaire constitue par ailleurs le lieu de l'auto-soin et de l'auto-médication qui semblent résulter d'une appropriation du système de santé. L'auto-soin, à l'instar du secteur populaire dans lequel il s'applique, semble en effet se nourrir de la biomédecine, des médecines parallèles ainsi que des connaissances héritées de longues dates ou transmises par des proches ou via internet. À partir des connaissances récoltées au sein des trois secteurs de santé, les individus mettent en place leur propre vision de la santé et leurs propres pratiques d'auto-soin.

Étudier la vision de(s) chercheurs à propos de la biomédecine et des médecines parallèles m'a permis d'enrichir mes connaissances et d'élargir ma vision du système de santé en France. Afin de poursuivre mes recherches de manière empirique, je souhaiterais, l'année prochaine,

étudier en quoi les caractéristiques des individus s'accrochent des différentes possibilités de l'offre de médicaments et de remède en France aujourd'hui.

Bibliographie

Abraham, John. 2010. « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. » *Sociology* 44 (4): 603–22. doi:10.1177/0038038510369368

Amiel, Céline. 2006. « La pratique du Qi Gong en France. Regard anthropologique à partir de l'étude d'un institut » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Aumeerudy-Thomas, Yildiz et Sauvegrain, Sophie-Anne. 2006. « Renouer avec la nature et les savoirs naturalistes. Sur les traces des cultivateurs-cueilleurs de plantes médicinales en montagne » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Arwidson, Pierre. 2010. « Prévention » in Fassin, Didier, Boris Hauray, and Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), eds. 2010. *Santé Publique: L'état Des Savoirs*. Paris: La Découverte : Inserm.

Baxerres, Carine. 2013. *Du médicament informel au médicament libéralisé: une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Archives contemporaines.

Baxerres, Carine et Simon Emmanuelle. 2013. « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds. » *Autrepart*, 2013/1 N° 63, p. 3-29. doi: 10.3917/autr.063.0003

Benoist, Jean. 1998. « Les médecines douces » in Bromberger, Christian. 1998. *Passions ordinaires. Du match de football au concours de dictée*, pp. 523-542. Paris : Éditions Bayard.

Benoist, Jean. 2002. *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale une anthologie*. Toulouse: AMADES.

Blech, Jörg. 2005. *Les inventeurs de maladies: manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*. Arles: Actes Sud.

Bourdelaïs, Patrice. 2010. « Histoire de la santé publique » in Fassin, Didier, Boris Hauray, and Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), eds. 2010. *Santé Publique: L'état Des Savoirs*. Paris: La Découverte : Inserm.

Bromberger, Christian, ed. 1998. *Passions Ordinaires: Du Match de Football Au Concours de Dictée*. Société. Paris: Bayard.

Bordenave, Hélène, Fabien Despas, Agnès Sommet, and Jean-Louis Montastruc. 2012. « Composition Des Armoires À Pharmacie Familiales: Échantillon de 207 Foyers de La Région Aquitaine. » *Thérapie* 67 (2): 137–143.

Cohen, Golda. 2015. *Les Représentations Sociales Du Médicament: Une Perspective Iconographique*. Montpellier 3. <http://www.theses.fr/2015MON30093>.

Collin, Johanne, Marcelo Otero, and Laurence Monnais-Rousselot, eds. 2006. *Le Médicament Au Coeur de La Socialité Contemporaine: Regards Croisés Sur Un Objet Complexe*. Collection Problèmes Sociaux & Interventions Sociales 23. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Collin, Johanne. 2006. « Une épistémologie médicale en changement. Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances » in Collin, Johanne, Marcelo Otero, and Laurence Monnais-Rousselot, eds. 2006. *Le Médicament Au Coeur de La Socialité Contemporaine: Regards Croisés Sur Un Objet Complexe*. Collection Problèmes Sociaux & Interventions Sociales 23. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Collin, Johanne, Otero Marcello. 2015. « Resistance and mutations of non-specificity in the field of anxiety- depressive disorders in Canadian medical journals, 1950-1990 ». *Social Science & Medicine* 131 (2015) 228-238

Coutarel, Anne Laure. 2000. *Le développement de la médication familiale en France*. Aix-Marseille 2.

Desclaux, Alice, and Joseph-Josy Lévy. 2003. « Présentation: Cultures et Médicaments. Ancien Objet Ou Nouveau Courant En Anthropologie Médicale? » *Anthropologie et Sociétés* 27 (2): 5–21.

Desclaux, Alice, and Marc Egrot. 2015. *Anthropologie du médicament au Sud: la pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris : L'Harmattan.

Djaoui, Élian. 2007. « Le Domicile Comme Espace Psychique » in *Quand l'habitant réaménage son habitat* (Paris, 8 novembre 2007). Paris : Campus des Cordeliers.

Djaoui, Elian. 2011. « Approches de la "culture du domicile". » *Gérontologie et société* 34 / n°136 (1): 77–90.

Egrot, Marc. 2015. « Produits Frontières, Légitimité, Confiance et Automédication: Interférences Autour de Quelques Médicaments Néotraditionnels Circulant En Afrique de L'ouest. » http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-04/010067043.pdf.

Eparvier, Véronique. 2006. « Notes sur l'utilisation du kava dans la société française métropolitaine » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Fainzang, Sylvie. 2001. *Médicaments et Société: Le Patient, Le Médecin et L'ordonnance*. 1re éd. Collection "Ethnologies-Controverses." Paris: Presses Universitaires de France.

———. 2006. « Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin/ malade » in Collin, Johanne, Marcelo Otero, and Laurence Monnais-Rousselot, eds. 2006. *Le Médicament Au Coeur de La Socialité Contemporaine: Regards Croisés Sur Un Objet Complexe*. Collection Problèmes Sociaux & Interventions Sociales 23. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.

———. 2011. « Les médecins, les malades et les médicaments : un obscur objet de désir ? » in *Enquête de Santé*. (Bordeaux, 15 décembre 2011). Bordeaux : Université de Bordeaux Segalen.

———. 2012. *L'automédication ou Les mirages de l'autonomie*. Paris: Presses universitaires de France.

———. 2015. *La relation médecins-malades: information et mensonge*. P.U.F.

Fassin, Didier. 1996. *L'espace Politique de La Santé: Essai de Généalogie*. 1re éd. Sociologie D'aujourd'hui. Paris: Presses universitaires de France.

Fassin, Didier, Boris Hauray, and Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), eds. 2010. *Santé Publique: L'état Des Savoirs*. Paris: La Découverte : Inserm.

Faure, Olivier. 2015. *Aux Marges de La Médecine: Santé et Souci de Soi, France (XIXe Siècle)*. Corps & Âmes. Aix-en-Provence: Presses universitaires de Provence.

Feschet, Valérie. 1996. « "Petites Manies" Ou Rituels Domestiques ? Le Rangement Des Papiers de Famille En Provence Alpine. » *Ethnologie Française* 26 (2): 289–301.

Fox, Nick J., and Katie J. Ward. 2008. « Pharma in the Bedroom . . . and the Kitchen. . . . The Pharmaceuticalisation of Daily Life. » *Sociology of Health & Illness* 30 (6): 856–68. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01114.x

Ghasarian, Christian. 2006. « Réflexion sur les rapports entre le corps, la conscience et l'esprit dans les représentations et pratiques néo-chamaniques » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Gaudillière, Jean-Paul. 2010. « Biomédecine » in Fassin, Didier, Boris Hauray, and Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), eds. 2010. *Santé Publique: L'état Des Savoirs*. Paris: La Découverte : Inserm.

Genel, Katia. 2003. « La Question Du Bio-Pouvoir Chez Foucault et Agamben. » <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/archives/archivesset/colloques/Genel.html>.

Helman, Cecil. 1981. « Review Article. » *Sociology of Health and Illness* 3 (3): 346–51. doi:10.1111/1467-9566.ep10486948

Hoyez, Anne-Cécile. 2006. « Santé et spiritualité indienne en France. L'introduction du yoga dans les itinéraires thérapeutiques » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Joly, Patricia, Olivier Taïeb, Tahar Abbal, Thierry Baubet, and Marie Rose Moro. 2005. « Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe ». *La psychiatrie de l'enfant* 48 (2): 537–75.

Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care 3. Berkeley: University of California Press.

Larousse en ligne, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autom%C3%A9dication/6756>

Le Robert, and Jean-Pierre Tolochard. 2012. *Le Robert illustré & Dixel: édition spéciale Région Centre*. Paris; Orléans: Le Robert : Région Centre.

Lorvellec, Soizic. 1989. « Qu'est-ce qu'un médicament ? » *Revue juridique de l'Ouest* 2 (4): 541–49. doi:10.3406/juro.1989.1763

Mercan, Aline. 2012. « La route du cordyceps. » *Autrepart* 63 (4): 89. doi:10.3917/autr.063.0089

Montastruc, Jean-Louis. 2010. « Remède Ou Médicament? Réflexions D'un Pharmacologue. » https://www.google.fr/?gfe_rd=cr&ei=CmRNWMM8NI7u8wenqLRI#q=diff%C3%A9rence+m%C3%A9dicament+rem%C3%A8de.

Montastruc, Jean-Louis, Emmanuelle Bondon-Guitton, Delphine Abadie, Isabelle Lacroix, Aurélia Berreni, Grégory Pugnet, Geneviève Durrieu, et al. 2016. « Pharmacovigilance, Risks and Adverse Effects of Self-Medication. » *Thérapie* 71 (2): 257–262.

Moulin, Madeleine. 1986. « Le recours aux médecines parallèles : une contre-légitimité de la pensée occidentale. » *Sciences sociales et santé* 4 (2): 89–107. doi:10.3406/sosan.1986.1035

Paillard, Marine, Leïla Moret-Majoube, Laure Vanwassenhove, and Laurent Brutus. 2016. *La santé des internes nantais en médecine générale: observation des déterminants des pratiques d'autoprescription et d'automédication*. Lieu de publication inconnu, France.

Paumier, Marie. 2006. « Le corps enceint et la connaissance intuitive : la nature incorporée ? » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Pérez, Marie-Clémence. 2016. « Automédication et inquiétude sanitaire : quels enjeux pour la santé publique ? » in *L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé* (Nantes, 11-12-13 mai 2016). Nantes : Université de Nantes, UFR de sociologie, campus Recteur Schmitt.

Pinell, Patrice. 2010. « Médicalisation » in Fassin, Didier, Boris Hauray, and Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), eds. 2010. *Santé Publique: L'état Des Savoirs*. Paris: La Découverte : Inserm.

Raineau, Clémentine. 2006. « Choix thérapeutiques dans les Combrailles auvergnates. Rebouteux, médecins et " médium du corps" » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Saillant, Francine. 1999. « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. » *Anthropologie et Sociétés* 23 (2): 15–39. doi:10.7202/015598ar

Saillant, Francine. 2006 « Pratiques thérapeutiques, ritualité et symbolisme au Québec. Approche ethnohistorique de la médecine populaire » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Saint Hilaire, Pierre-Luc. 2006. « De l'usage plastique des antidépresseurs » in Collin, Johanne, Marcelo Otero, and Laurence Monnaï-Rousselot, eds. 2006. *Le Médicament Au Cœur de La Socialité Contemporaine: Regards Croisés Sur Un Objet Complexe*. Collection Problèmes Sociaux & Interventions Sociales 23. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Santé Publique France. <http://www.santepubliquefrance.fr>. 03/05/2016

Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en*

Occident. Paris: Karthala.

———. 2006. « Géobiologie, ondes négatives et discours de légitimation » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

———. 2006. « Le désensorcellement comme cure psychodynamique » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

———. 2006. « Paroles de thérapeutes » in Schmitz, Olivier. 2006. *Les Médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris: Karthala.

Socialsanté.gouv. <http://socialsante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgs-direction-genera-le-de-la-sante>. 04/06/2017.

Reynolds Whyte, Susan et Van der Geest, Sjaak. 2003. « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments. » *Anthropologie et Sociétés* 272 (2003): 97–117.

Vincent-Bufferault, Anne. 2016. « Raspail, la démocratie médicale et l'automédication au XIX^{ème} siècle » in *L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé* (Nantes, 11-12-13 mai 2016). Nantes : Université de Nantes, UFR de sociologie, campus Recteur Schmitt.

Vitetta, Géraldine. 2016. *Identification des pratiques d'auto-soin à partir de la pharmacie familiale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 individus*. Lieu de publication inconnu, France.

Le système de santé français s'organise autour du modèle biomédical institutionnalisé et dominant mais il comprend également un grand nombre d'autres pratiques regroupées sous le nom de médecines parallèles. Dans ce mémoire, il s'agit de s'intéresser au système de santé français et aux interactions entre biomédecine et médecines parallèles, qui constituent d'une certaine manière les secteurs professionnel et traditionnel définis par Arthur Kleinman. Dans la troisième partie, nous nous attachons à l'étude du secteur populaire afin de comprendre la manière dont les savoirs issus du système de santé se trouvent incorporés au sein du domicile et appropriés par la population dans le cas des pratiques d'auto-soin.

Biomédicalisation, médecines parallèles, auto-soin, système de santé, appropriation