

Médicaments ou remèdes ?

Significations et usages sociaux de substances censées avoir des effets psychosomatiques.

*Marcel DRULHE**
*Isabelle FERNANDEZ***

De quelle façon les médicaments participent-ils à l'ordre social, en le renforçant ou en le contestant ? Comment contribuent-ils au façonnement de l'ordre de l'interaction, sachant que le rapport entre ces deux ordres relève du "couplage flou", pour reprendre une expression goffmanienne¹ ? C'est bien ce genre de questionnement qui permet d'aborder plus que l'objet "médicament", le "phénomène" médicament dans son ensemble, ce que l'on peut appeler "la chaîne" du médicament (comme la métaphore a une connotation taylorienne, peut-être est-il préférable de lui substituer l'expression plus largement admise par les sociologues et anthropologues : "le cycle de vie du médicament", depuis le repérage d'un univers pathogène non couvert médicamenteusement, depuis la conception d'une substance adéquate jusqu'à sa surveillance après sa mise sur le marché²). Cependant, nous retiendrons ici un seul moment de cette trajectoire impulsée par le complexe pharmaco-industriel (qui fait valoir une demande, au moins latente) : la prise du médicament par un consommateur.

Prendre un médicament, à en rester sur ce registre, est une action parfaitement intelligible à l'aune de la rationalité instrumentale, qui enchâsse dans ce cas une rationalité technique (la substance est consommée parce que quelqu'un recherche à satisfaire un besoin spécifique) et une rationalité médicale (le médecin mobilise ses savoirs afin de déterminer le produit approprié à l'état du consultant pour l'améliorer, le stabiliser ou le développer). Or, tous les observateurs ne manquent pas de relever que cette double rationalité est prise en défaut. Des médecins ignorent les recommandations d'emploi des médicaments fondées sur des études de pharmacovigilance contrôlées, marquant leur préférence à suivre des sources d'informations commerciales plutôt que scientifiques ; ils prescrivent certains produits pour des indications non prévues³ ; ils ne parviennent

* Professeur, Département de sociologie et Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs (CERS UMR CNRS 5117), Université de Toulouse-le-Mirail ; INSERM U.558, Université Paul Sabatier, Toulouse.

** Doctorante, Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs (CERS UMR CNRS 5117), Université de Toulouse-le-Mirail.

¹ GOFFMAN E. (1988), «L'ordre social et l'interaction», et «L'ordre de l'interaction», in GOFFMAN E. , *Les moments et leurs hommes. Textes recueillis et présenté par Yves Winkin*, Paris, Le Seuil

² COHEN D., McCUBBIN M., COLLIN J., PÉRODEAU G. (2001), Medications as social phenomena, *Health*, Vol.5, n°4. Cf § The life cycle of medications.

³BÉRAUD C. (1992), La non-qualité médicale et économique du système de soins, *Le concours médical*, n°114-30 et 114-31.

pas à faire passer les informations adéquates à leurs clients pour un usage raisonné et raisonnable de ces substances, et ainsi de suite. Côté malades, les exemples qui contreviennent au modèle de la rationalité instrumentale foisonnent. Une récente étude dans l'agglomération grenobloise sur les pharmacies familiales⁴ a montré qu'elles contenaient en moyenne plus d'une trentaine de spécialités dont près du quart étaient périmées. À la lumière des résistances rencontrées sur le terrain, les auteurs interprètent ce "haut lieu" familial comme le tabernacle des antidotes à nos maux les plus intimes, précieusement recouvert d'une extrême pudeur et de quelque honte obscure. En somme la pharmacie familiale est révélatrice de tous les détournements qui peuvent s'opérer sur les médicaments. Et comment résister à ne pas citer le cas rapporté par Sylvie Fainzang, dans sa recherche sur le rapport aux médicaments en fonction de l'éducation religieuse⁵ ? Il s'agit d'une secrétaire, protestante : prise par la maladie, elle consulte plusieurs praticiens et effectue elle-même le tri des ordonnances avant de s'administrer son choix de médicaments selon une posologie qu'elle-même détermine !

En restant dans le cadre de ce modèle théorique du prescripteur rationnel et du consommateur rationnel, les explications de ces conduites "irrationnelles" mobilisent deux types de propositions hypothético-déductives : les conduites déviantes sont produites par un dysfonctionnement des échanges entre le médecin et son patient⁶ ; d'autre part, l'échec du modèle de la rationalité instrumentale peut être expliqué par les croyances en matière de santé du patient (Health Belief Model : HBM⁷), elles-mêmes contextualisables par des propriétés identitaires de ce patient (sa génération, sa place dans le cycle de vie et dans l'espace social, son genre, sa formation ethno-culturelle et son niveau d'instruction, etc.). Chacune de ces hypothèses générales est ensuite opérationnalisée en diverses hypothèses spécifiques pour être testée. Ainsi, une étude québécoise montre un clivage particulièrement net chez des femmes âgées⁸ : les unes croient que leur vie quotidienne est de plus en plus difficile, et elles craignent de ne pas pouvoir faire face et de tomber malades (ce sont des consommatrices fidèles de tranquillisants) ; les autres considèrent qu'elles ne peuvent pas prétendre à une "bonne vie" sans autonomie et sans maîtrise d'elles-mêmes (elles refusent de prendre des psychotropes, censés les rendre amorphes ou risquer de leur enlever tout

⁴ BOFETTI T. et HÉRICHER A. (1999), *La pharmacie familiale, un trésor méconnu*, Grenoble, Thèse pour le doctorat de médecine.

⁵ FAINZANG S. (2001), *Médicaments et société*, Paris, PUF, p. 93.

⁶ MEREDITH P. (1993), Patient participation in decision-making and consent treatment : the case of general surgery, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 15, n°3 ; ONG L.M.L., de HAES J.C.J.M., HOOS A.M. and LAMMES F.B. (1995), Doctor-patient communication : a review of the literature, *Social Science and Medicine*, Vol 40, n°7.

⁷ ROSENSTOCK I.M. (1966), Why people use health services, *The Milbank Quarterly*, Vol 44, n°1, 94-127 ; BECKER M.H. (1974), The Health Belief Model and personal health behavior, *Health Education Monographs*, 2, 324-473.

⁸ PÉRODEAU G. (1989), Attitudes des femmes âgées envers les tranquillisants, *Le Gêrontophile*, 11, n°1 ; cf. aussi ANKRI J., COLLIN J., PÉRODEAU G., BEAUFILS B. (2002), Médicaments psychotropes et sujets âgés : une problématique commune France-Québec ? *Sciences sociales et Santé*, Vol.20, n°1

réalisme !). Et on peut ainsi expliciter de multiples résultats qui constituent une contribution à ces hypothèses générales⁹, résultats souvent ambigus et sujets à controverses.

Le modèle de la prise médicamenteuse rationnelle et les hypothèses collatérales qu'il a générées pour rendre compte de ses défaillances présente l'inconvénient majeur de "normativiser" une rationalité propre à des professionnels (la rationalité instrumentale doit être appliquée à tous les comportements par tous), et donc d'exclure le point de vue des personnes concernées. La substitution d'une démarche inductive et pragmatique à l'approche hypothético-déductive permet de décrire et d'analyser "de l'intérieur" une activité telle que "prendre un médicament". D'emblée on s'aperçoit que cette activité est elle-même prise au milieu de bien d'autres (sauf moments de crise importante, on ne passe pas toute sa journée à jouer le rôle de malade), dans un contexte d'interactions variées, depuis les face-à-face avec des professionnels jusqu'à ceux qui ont lieu avec des proches, des collègues et aussi des inconnus. Cette première observation de la "pratique médicamenteuse" fait apparaître que poser comme normal la conformité de la prise de médicament avec sa prescription n'a pas de sens : en fonction de la gravité ressentie de son malaise (illness), en mobilisant la mémoire de ses expériences antérieures (dont celle des effets de la prise des substances), en tenant compte de ses contraintes d'emploi du temps et du mode d'organisation de sa vie (en particulier pour éviter certains marquages sociaux qui pourraient être induits par certains effets), chacun cherche et trouve l'équilibre qui lui convient dans sa consommation de médicaments¹⁰.

Mais le concept de "pratique médicamenteuse", même déterminé à partir des significations que les patients attribuent aux substances ainsi qu'à leur utilisation, et même contextualisé par des interactions qui sortent de l'exclusive médicale et professionnelle soignante, ne présente-t-il pas l'inconvénient d'un ultime présupposé normatif : celui d'attribuer un sens exclusivement thérapeutique à certaines substances labellisées par des procédures techno-scientifiques et celui d'exclure d'un tel sens d'autres substances non labellisées par ces procédures mais reconnues par l'expérience profane ? Pour sortir de ce cadre normatif, il importe de reconstituer le processus de désignation des substances "pharmaco-actives", la "materia medicans" (la matérialité médicante) rappelée par François Dagognet¹¹. Cette qualification est encore trop normative en ce qu'elle indique bien son ancrage : le système de soins, ou au mieux le système de santé. Contentons-nous de relever qu'il y a là un matériau à part, avec ses propres propriétés physico-chimiques actives, nocives ou

⁹ Pour certaines classes de psychotropes, on trouvera une bonne revue de cette approche dans : LE MOIGNE P. (2000), Anxiolitiques, hypnotiques : les données sociales du recours, *Revue suisse de sociologie*, 26, 71-109.

¹⁰ CONRAD P. (1985), The meaning of medications : another look at compliance, *Social Science and Medicine*, Vol.20, n°1.

¹¹ DAGOGNET F. (1989), La materia medicans, *Agora*, n°10-11, mai-juin.

positives, testées ou non par des procédures techno-scientifiques. N'est-ce pas trop élargir les substances que nous visons ? "Au sens de l'article 511 du Code de la Santé Publique, qui régit en France la définition d'un médicament, le placebo est indiscutablement un médicament¹²". Or, le placebo, qui existe depuis l'aube de la médecine, n'est rien d'autre que ce que chacun y cache : on comprend que la médecine, dont la prétention à l'objectivité scientifique va croissant, soit agacée de cette présence qu'elle n'arrive pas à réduire et dont l'insolente santé la nargue ! Dès lors se trouve parfaitement justifié l'élargissement de la "materia medicans".

C'est le mode de désignation de ce matériau-là qui nous importe. Son extraction du cadre strict du système sanitaire permet d'apercevoir un nouvel écart : il peut être perçu comme un médiateur de bien-être social sur le mode "cosmétique". Il faut entendre par là cette double tendance sociétale, déjà repérée dans les dernières décennies du XX^{ème} siècle, qui consiste à la fois à se fabriquer une "parure de soi" toujours à remplacer mais toujours accessible (inscription perpétuelle dans la mouvance de la mode), et à basculer dans le monde de la performance continue en s'y maintenant par toutes sortes de "béquillages"¹³. Bien entendu cette perspective n'exclut pas la perception et l'appropriation des substances comme instruments de santé physique et mentale, soit dans une visée réparatrice (que ce soit pour guérir ou pour stabiliser une pathologie), soit dans un but de promotion de la santé (pour faire un pas de plus que la prévention). C'est cet ensemble de distinctions significatives que je propose d'appeler "remède", puisque ce terme français a la propriété dénotative de nous renvoyer au thérapeutique (ce serait l'équivalent un peu vieillot de médicament) et la propriété connotative et métaphorique de signifier un écart à tolérer¹⁴.

"Prendre un remède" s'enrichit dès lors d'un grand nombre de potentialités : "prendre un médicament" selon une finalité thérapeutique (1) devient alors un cas de figure parmi les huit possibilités. Examinons rapidement ces autres possibilités (cf. tableau ci-après). Bien sûr on observe que la même finalité est en œuvre avec le placebo dont a déjà parlé (souvent désigné en dehors de toute prescription médicale comme "remède de bonne femme"), mais plus généralement avec l'herboristerie et les traitements non reconnus (2) que les patients peuvent prendre parce qu'ils ont fait l'expérience que cela soulageait tel ou tel de leurs maux. Parallèlement, pour développer la santé, nous avons aussi deux possibilités : soit le recours à des substances couvertes par l'autorité

¹² LACHAUX B. (Dr.) (1989), Le placebo : de la part de Dieu à la part de l'homme, *Agora*, op.cit.

¹³ COHEN D. (1996), Les «nouveaux» médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé ?, *Sociologie et sociétés*, XXVIII-2.

¹⁴ Claudie Haxaire rappelle justement, à la suite d'Alain Rey, le réemploi d'une spécialisation ancienne de ce terme en orfèvrerie, à la fin du Bas Moyen-Âge, pour indiquer "l'écart autorisé entre titre légal et titre réel de l'argenterie". Cf. HAXAIRE C. (2002), «Calmer les nerfs» : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes, *Sciences sociales et Santé*, Vol.20, n°1, mars, note 4.

pharmaceutique¹⁵ d'une légitimité de non-nuisance, de non-risque (3), soit l'utilisation de divers "produits naturels" (par exemple, la gelée royale) censés avoir des propriétés de renforcement de la santé et avoir des conséquence sur la longévité (4). Mais le développement de la santé sous médication peut prendre d'autres formes. Ainsi, des ordonnances sont portées en pharmacie plusieurs mois après la prescription, alors que la personne concernée est guérie : manque de couverture sociale, manque d'argent ; quand une certaine aisance revient, on va se procurer les produits avec l'idée que cela va renforcer le corps certes rétabli, mais peut-être encore vulnérable¹⁶.

¹⁵ HIBBERT D., BISSEL P. and WARD P.R. (2002), Consumerism and professional work in the community pharmacy, *Sociology of Health and Illness*, Vol.24, n°1.

¹⁶ CROS M. (1994), Logique médicamenteuse de la prévention du malheur : pour une approche anthropologique, in Colloque de la Délégation Inter-Régionale pour l'Éducation et la Promotion de la Santé du Grand sud-Ouest, *Éducation pour la Santé et bon usage du médicament*, Bordeaux, 15-16 avril 1992, et Toulouse, Éditions CFES.

Modes de désignation de la "*materia medicans*".

		Perçue comme un instrument de la santé physique et mentale		Perçue comme médiation d'un bien-être social sur le mode "cosmétique"	
		Selon une perspective réparatrice (guérison ou stabilisation d'une pathologie)	Selon une perspective de maintien ou de développement de la santé	Selon une perspective de meilleure présentation de soi	Selon une perspective d'évasion ou d'accès au monde de la meilleure performance toujours renouvelée
Substance ayant des propriétés physico-chimiques déterminées	Testée par des procédures technico-scientifiques en laboratoire	<i>Médicament attesté (AMM) (1)</i>	<i>Fortifiants, vitamines, Médicaments de confort, Parapharmacie (3)</i>	<i>Utilisation de médicaments à des fins esthétiques (5)</i>	<i>Utilisation de médicaments comme toxiques psycho-actifs (7)</i>
	Non testée par de telles procédures technico-scientifiques	<i>"Remède de bonne femme", herboristerie à portée thérapeutique (2)</i>	<i>Produits "naturels" censés maintenir en bonne santé et avoir des effets sur la longévité (4)</i>	<i>"Soins" esthétiques par les plantes (6)</i>	<i>Utilisation de mixtures par shamans et sorciers pour communiquer avec l'au-delà ou par des contemporains pour des "paradis artificiels" (8)</i>

M. DRULHE et I. FERNANDEZ , Médicaments ou remèdes ? Significations et usages sociaux de substances censées avoir des effets psychosomatiques.

La case (5) nous fait basculer dans "le cosmétique". L'utilisation de médicaments à des fins esthétiques trouve écho par exemple dans le "maquillage congolais" : il s'agit d'une dépigmentation de la peau obtenue de différentes façons, dont l'une d'entre elles consiste à faire usage de "médicaments à base de cortisone"¹⁷. À l'inverse, les "soins esthétiques" par les plantes (6) est bien connu. Avec les dernières cases, nous entrons dans le monde des toxiques naturels (8) ou produits de façon synthétique (7). "Prendre des Rups" est une expression qui ne laisse aucun doute sur la visée non thérapeutique de cette "prise médicamenteuse" : le Rohypnol est aussi "l'héroïne du pauvre", à l'instar de tous les "mauvais" produits alcoolisés chez les prolétaires.

La "labellisation" des produits par les finalités recherchées est affinée par les effets qu'ils sont censés produire. Mais les effets immédiats qui leur sont attribués n'épuisent pas leurs significations. Pour "les médicaments", on parle aussi de leurs "effets secondaires" : la bouche sèche, la constipation, la somnolence, etc. Prendre en considération ces effets entre en ligne de compte dans la décision d'utiliser tel ou tel produit, ou de l'utiliser selon la prescription ou les recommandations posologiques des notices. Mais on oublie que ces produits peuvent avoir aussi des "effets tertiaires". Delphine Dupré-Lévêque a montré, au sein de familles du milieu rural dans le Sud-Ouest français, qu'à la suite d'événements comme la perte du conjoint, la vieille personne survivante fait démonstration d'acrimonie, d'insomnie, etc. pour convaincre son médecin de quelque traitement : elle "brandit" alors celui-ci comme symptôme de sa solitude et réussit ainsi à mobiliser ses proches et à resserrer les liens familiaux ; la substance devient un "actant" réorganisateur du tissu familial et social¹⁸ ! Il faudrait encore tenir compte de l'écart entre les effets attendus et les effets réels...

Plus encore, la qualification des substances comprend une autre dimension : le jugement moral qu'on porte sur elle. On veut indiquer par là que les profanes évaluent les substances pour décider si elles sont "à leur place" dans un contexte déterminé, s'il est "normal" de les prendre. Le jugement moral a pour corollaire de hiérarchiser les substances : Claudie Haxaire¹⁹ a montré que les personnes qu'elles avaient rencontrées pendant son enquête situaient les "médicaments" depuis un pôle "doux" ou "faible" jusqu'à un pôle "fort" ou "dur" : les "calmants" sont censés être doux, alors que les "anti-anxiolytiques" (comme dit une enquêtée, comme pour le surligner) relèvent de la "dureté" qui "encrasse" le corps.

¹⁷ MBEMBA-NDOUMBA G. (1995), *Une construction sociale du corps : la pratique du maquillage chez les Congolais*, Mémoire de DEA, Université de Toulouse-le-Mirail.

¹⁸ DUPRÉ-LÉVÊQUE D. (1997), Les effets « tertiaires » du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée en milieu rural dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés, *Santé Mentale au Québec*, 22, 1.

¹⁹ HAXAIRE C. (2002), op.cit.

Mais on n'en est pas quitte avec les représentations des substances tant qu'on n'a pas exploré les savoir-faire qui sont requis pour leurs utilisations. A ce point, il conviendrait de déployer les différentes composantes de "la prise" dans son association au "rapport au corps"²⁰. La présentation de la substance (comprimé, gélule, solution à boire, solution à injecter, décoction à préparer...) n'est pas indifférente : répandre sur la peau ou utiliser un orifice du corps (encore que les orifices soient symboliquement hiérarchisés) n'est pas du même ordre que l'agression invasive d'une seringue. Et puis il faudrait faire l'inventaire des accessoires (la seringue bien sûr, mais aussi boîtes et piluliers, casseroles et petites bouteilles, ciseaux, coton et sparadrap...) : quel usage en fait-on et en quelles circonstances pour accompagner "la prise" ?

Il reste que toute "prise", même la plus secrète, a nécessité ou nécessite des interactions : la substance est une médiation qui, à un moment ou à un autre, fait se rencontrer la personne qui va la prendre avec d'autres personnes qui vont lui faire part de leur expérience, de leurs jugements et de leurs conseils. Ainsi se tisse cette "trame de négociation" dont parle Anselm Strauss : la "prise" suppose des coopérations, mais elle peut engendrer des conflits et des stigmatisations, à moins que, pour en faire l'économie, l'évitement soit une conduite "jouable".

Qualification des substances, interactions pour entrer en relation avec elles, incorporation (quelles qu'en soient les modalités) constituent assurément les grandes facettes de "la prise". Pour comprendre leurs variations, encore faut-il reconstruire leurs conditions sociales de possibilité, l'univers des contraintes de l'espace social : l'accès aux substances, à leur mode de qualification, aux partenaires de l'interaction et aux modalités d'usage ne s'opère pas n'importe comment. Ainsi le partage d'informations et d'expériences, à travers des forums sur Internet²¹, présuppose des personnes qui ont fait l'apprentissage et se sont appropriées l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication : nul doute que l'instruction et les ressources matérielles jouent un rôle dans l'engagement dans cette nouvelle facette de "la prise" !

Ce serait rester sur le registre de Parménide, c'est-à-dire fixer ses analyses sur l'occurrence, la constante et la structure, que de se polariser sur le synchronique. Une posture plus héraclitéenne nous amène à être plus attentif aux changements, aux glissements, aux évolutions et aux entre-deux... Si l'on balaie le tableau autrement que comme une "gestalt" qui récapitule et fixe une fois pour toutes des positions, on peut imaginer qu'une même personne peut passer d'une case à l'autre selon les circonstances et les moments de sa trajectoire. Ainsi, l'expérience de l'effet secondaire d'un "médicament psychotrope" peut être réutilisée en d'autres occasions à des fins non-thérapeutiques,

²⁰ FAINZANG S. (2001), op. cit. , Chapitre 3.

²¹ AKRICH M., MÉADEL C. (2002), Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques, *Sciences sociales et Santé*, Vol.20, n° 1.

6th International Conference on Social Representations

27 August – 1 September 2002

Stirling

pour un confort momentané d'existence. La "prise de tout remède à la vie" est sujette à des révisions constantes. Remèdes à la vie, oui : j'ai essayé de vous montrer que la "materia medicans" recelait beaucoup de modalités pour remédier aux problèmes de la vie.