

Université de Neuchâtel
Faculté des lettres et des sciences humaines

Barbara MULLER
Rue des Allobroges, 7
1227 Carouge, Genève
022/ 342 82 94

<http://www.unine.ch/ethno/>

barbara.mueller@unine.ch
barbe@mysunrise.ch

Barbara MULLER

Regard anthropologique sur les médicaments :
Quelles réponses à quelles demandes ?
Conceptions et efficacités.

Mémoire de licence en ethnologie

« 1^{er} juillet 2004 »

M. Thierry Wendling
M. Ilario Rossi

Que toutes celles et ceux qui ont répondu à mes questions,
m'ont laissé accéder à leur intimité, m'ont fait confiance,
m'ont anthropologisée,
m'ont soutenue, m'ont écoutée, m'ont comprise,
m'ont remise en place, m'ont guidée, m'ont conseillée,
m'ont calmée, m'ont changé les idées
et ainsi de suite,
se trouvent ici remerciés.

Muller Barbara
 Mémoire de Licence
 Directeur de mémoire : Th. Wendling

Institut d'ethnologie de Neuchâtel
 Été 2003

PLAN

Regard anthropologique sur les médicaments : Quelles réponses à quelles demandes ? Conceptions et efficacités.

1. Introduction	1
1.1. Problématique	3
1.1.1. Objectif général de la recherche	3
1.1.2. Hypothèse de départ, questions	4
1.1.3. Délimitation de l'objet d'étude	7
1.2. Anthropologie médicale	8
1.2.1. Profil d'une aire de recherche	10
1.2.2. Médicaments : littérature disponible	12
1.2.3. Travail de rupture : la facette exotique	15
1.3. Cadre théorique	21
1.3.1. Patchwork théorique : L'approche de Fainzang, la méthode de Garfinkel.	22
1.3.2. Mémoire tripartite : fonctionnement interne et place du lecteur	26
2. Méthodologie	28
2.1. Echantillon : choix et gestion	29
2.2. Déroulement des entretiens : le terrain	36
2.3. Mise en texte	42
2.4. Jeux de miroir : mon entretien	45
3. Identité du médicament	50
3.1. Critères	53
3.2. Catégorisations	68
3.3. Identité en retour	72
3.4. Conclusion	74
4. Le lieu du médicament (l'espace géographique du médicament)	75
4.1. L'objet-pharmacie : pôle fixe et idéal	76

4.2. Disséminations	87
4.3. Conclusion	92
5. Utilisations du médicament	94
5.1. Le rapport au médicament	95
5.2. Stratégies	100
5.3. Efficacités	109
5.3.1. « Magie et croyance »	115
6. Vecteur	121
6.1. Médicaments médiatisés	121
6.2. Médicaments médiateurs	127
7. Conclusion générale	131
7.1. Quelle Réponse à quelle Demande ?	132
7.2. Univers Thérapeutique Personnel	137
7.3. Limites et pistes	140
Bibliographie	142
Annexes	
- Photographies	
- Listes de pharmacies	

Regard anthropologique sur les médicaments :
Quelles réponses à quelles demandes ?
Conceptions et efficacités.

1. Introduction

Quelles sont les images qui viennent à l'esprit à l'évocation du médicament? Tout d'abord peut-être, le débat autour de l'assurance maladie et de l'envolée des primes, avec ce que cela pose comme questions sur la valeur de la santé et la solidarité sociale. La polémique autour des principes actifs des médicaments, de la réalité de leur efficacité et de l'opportunité d'en tirer des génériques, interrogeant la confiance que l'on peut avoir dans des entreprises à but lucratif monnayant la santé et le statut du savoir relatif au corps et à sa conservation. La question de l'accessibilité des médicaments, notamment dans le cas de l'épidémie du sida, et de la nécessité de mettre à disposition de tous une substance susceptible de sauver des vies, en balance avec celle de faire du profit, sujet touchant à l'égalité devant la maladie et la mort. La publicité faite aux nouveaux médicaments, par exemple le Viagra ou la Ritalin, aux horizons qu'ils ouvrent et aux limites que devraient avoir de tels progrès (médicaments génétiques, clonage...), qui illustrent la foi et la méfiance que génère le progrès médical. Tels sont les

quelques thèmes relatifs au médicament qui se trouvent, avec une certaine régularité, au centre du débat public et de l'arène des médias.

La réalité statistique du médicament, elle, peut être représentée par une grande flèche pointant vers le haut. La progression des dépenses de santé constitue un phénomène quasi-général dans les pays de la sphère occidentale : on assiste, l'OMS l'affirme, à une inflation de la consommation mondiale des médicaments, ainsi qu'à une banalisation de cette consommation et à des usages irrationnels. Cette augmentation spectaculaire trouve plusieurs causes : le progrès technique et scientifique, qui détecte et est capable de soigner de plus nombreuses affections ; la démographie, où une population vieillissante présente plus de maladies et demande des soins plus importants ; l'extension d'une couverture sociale à une plus large population ; un changement dans les mentalités qui fait naître de nouveaux besoins et de nouvelles demandes et qui abaisse la résistance face à la maladie et à la douleur... La réalité est que plus une société se porte bien, plus ses dépenses médico-pharmaceutiques sont élevées. La médecine a une place centrale dans la société moderne, ainsi que le médicament qui n'est pas seulement efficace dans le traitement de maladies, mais aussi dans la gestion de la fécondité, de la nutrition, des émotions et qui prend en charge de façon croissante des pathologies de la modernité comme le stress, la solitude, la peur de l'avenir, la perte du sentiment d'identité propre. L'homme occidental dispose d'un nombre sans cesse croissant d'agents chimiques qui lui permettent d'intervenir dans les données fonctionnelles normales de sa vie psychophysique.

Le but de ce mémoire est de questionner l'usage du médicament, usage aux facettes organiques autant que non-organiques. On assiste à une multiplication des demandes liées au médicament, qui se retrouve au centre d'une gestion pharmaceutique de la vie, une gestion chimique de l'humeur, de l'apparence, des relations etc. Bouée de sauvetage, gestion du mal, action face à une angoisse, toutes les intentions sont prêtées à l'utilisateur. Qu'en est-il ? Le

médicament est trop social, trop narré, trop réel pour être réduit au scientifique, c'est une certitude. Le médicament appartient à la sphère médicale, il en découle et la médiatise. La marge d'incorporation, d'interprétation et d'appropriation est toutefois grande. C'est cette marge que ce mémoire va chercher à éclairer. Le médicament trouve sa réalité, que ce soit dans son utilisation, le sens qu'il peut prendre ou le savoir qui l'entoure, dans son environnement culturel, social et familial. Cet environnement, d'une manière ou d'une autre multiplie, annule ou détourne les effets strictement chimiques des principes actifs. La maladie est un événement social imposé au biologique, comme la naissance et la mort, mais de nature plus ou moins réversible (Meyer, 1991: 436). Il y a des comportements culturellement homologués face à la maladie, des procédures, des itinéraires thérapeutiques socialement imposés ou proposés. Ces comportements, ces itinéraires vont être au centre de toute notre attention, dans cette quête de la réalité du médicament.

1.1. Problématique

La problématique que je vais exposer ici est le fruit d'un cheminement dynamique entre mes lectures et mon terrain. Elle n'a pas structuré, définitive et immuable, mon travail depuis son origine, mais est au contraire le produit d'une élaboration lente et méthodique et a pu se constituer au contact de mes interlocuteurs, à travers leurs révélations et l'observation de leur espace intime.

1.1.1. Objectif général de la recherche

L'objectif général de la recherche est d'épaissir le sens du médicament. La notion de médicament recouvre une catégorie peu questionnée dans la sphère publique, malgré la place

qu'elle y tient, et peu réfléchi dans le domaine théorique. « Un médicament c'est un médicament », son univers s'arrêterait là.

Mon objectif est de démontrer, à travers la pharmacie personnelle de mes interlocuteurs, leurs possessions médicamenteuses et leurs exemplifications, que l'univers du médicament est bien plus vaste, bien plus complexe et bien plus subtil que les évidences ne le laissent entrevoir. Mon objectif est d'explorer cet univers, à commencer par l'identité du médicament et sa localisation. Mon objectif est d'examiner les différentes utilisations qui en sont faites, car je postule que la prise du médicament ne répond pas à une simple logique linéaire de « maladie – réponse à une maladie ». J'aimerais montrer dans quelles circonstances, avec quelles intentions et dans quel état d'esprit le médicament entre dans la vie d'une personne, quelle place il y trouve et quelle influence il a. Le médicament n'est pas un objet donné, existant hors de l'utilisateur ; il est le fruit d'un bricolage permanent, de par son incorporation, son interprétation, son appropriation par le consommateur. J'aimerais rendre ce médicament non tel quel, mais dans les figures qu'il prend pour l'utilisateur.

Une réflexion sur le médicament est précieuse en ce qu'elle peut nous éclairer sur notre gestion d'éléments aussi fondamentaux que le rapport à la mort, à la maladie, événement total et dramatique qui nous ramène à notre finitude, notre gestion de l'inconnu, de la détresse, le lien social etc. Mon but est de dépasser l'argument purement pharmaceutique, voir comment le médicament est en effet investi, vécu et utilisé au quotidien, de quelles stratégies il participe et émerge, ce qu'il représente pour ses utilisateurs et leur entourage...

1.1.2. Hypothèse de départ, questionnements

Mon hypothèse de départ porte à la fois sur la nature du médicament et celle de son utilisation. La première partie de mon hypothèse est que le médicament n'est pas que, loin

s'en faut, « une substance active qui est employée pour prévenir ou traiter une affection ou une manifestation morbide »¹. La seconde, qui en découle, est que la dialectique « Demande organique, Réponse chimique et guérison subséquente » est trop simpliste et ne reflète pas la complexité de l'itinéraire thérapeutique. C'est ce qui est en deçà et au-delà du médicament dont je veux découvrir et montrer ici la nature et le fonctionnement. Le médicament est une substance, l'axe d'une action et le support de sentiments, espoirs et logiques diverses, il s'insère dans diverses logiques et stratégies.

Ainsi, je postule que le médicament a plusieurs identités, plusieurs efficacités et plusieurs utilisations selon les circonstances. Il est le résultat d'un assemblage, construction organisée à partir de nombreux éléments, dont l'argument biomédical et pharmaceutique n'est qu'un parmi beaucoup d'autres : son efficacité scientifique et les indications de la notice sont réinterprétées et mêlées à la condition et la raison de la prise du médicament, la personne par qui le médicament a été introduit, des expériences passées, personnelles ou non, sa forme, son nom, sa couleur, son odeur et son goût, sa présentation, les croyances et les convictions intimes, les relations individuelles, le poids culturel et social etc.

Mon hypothèse, à terme, est que le médicament est une modalité de gestion du monde, de ses relations avec autrui, avec l'imaginaire, répondant ainsi à une demande beaucoup plus large que le seul (mé)fait biologique.

Cette longue citation de Desclaux et Lévy étoffera mon argument : « Dans la rencontre entre médicaments et culture, la complexité et la diversité ne se situent pas que du côté des cultures : les médicaments [...] sont des objets saturés de sens, et très ambivalents. Objets concrets, parfois prosaïques, intégrés dans l'espace privé et le temps quotidien, qui semblent justifiés par une efficacité matérielle sur les corps échappant largement à la conscience de ceux qui les consomment ; objets dont la matérialité est également terriblement efficace,

¹ Définition du médicament telle qu'elle apparaît dans Le Petit Robert 2003.

puisque des centaines de millions de personnes ne doivent leur (sur)vie qu'à leur consommation. Ils sont aussi 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. Ils sont de plus des objets sociaux, véhiculant des rôles, des rapports de savoirs et de pouvoirs plus ou moins inégalitaires, légitimant l'organisation d'institutions, de systèmes, de réseaux. [Ils ont de plus un] rôle crucial dans le système de sens de la biomédecine, dans la relation thérapeutique, et dans le rapport de l'individu au corps sain ou malade [...] » (2004).

Les questions que soulève et qui vérifieront cette hypothèse sont dès lors très nombreuses : Quels sont les critères qui font qu'une préparation est considérée comme étant un médicament, par quel processus, avec quelles conséquences ? Quelle image le médicament renvoie-t-il sur notre gestion de la maladie, de la santé, de la vie ? Quelles connaissances et initiatives sont mobilisées ? Où range-t-on ses médicaments, mélange-t-on les médicaments de plusieurs personnes, les partage-t-on ? Que peut-on s'attendre à trouver dans la pharmacie personnelle ? Quels médicaments prend-on avec soi au quotidien, avec soi en vacances ? Comment choisit-on, face à une maladie potentielle ou avérée, le traitement à suivre ? Quels sentiments a-t-on à l'égard du médicament ? Avec quelle assiduité et quels aménagements prend-on des médicaments ? Observe-t-on l'ordonnance, la posologie, sur quels critères ? Comment juge-t-on de son efficacité, quelle influence son goût, sa forme, les souvenirs qui lui sont liés peuvent-ils avoir ? Quelle est la place de l'entourage, du pharmacien et des praticiens dans la perception et la prise du médicament ? Qui donne des médicaments ou des conseils, qui est écouté ? En quoi le vécu et la gestion du médicament ressemblent-ils ou diffèrent-ils du vécu et de la gestion d'autres éléments de sa vie, comme la cuisine, le rangement, l'attention portée aux autres, la réaction devant une situation de stress... ? Que cherche-t-on à faire réellement en prenant un médicament ?

1.1.3 Délimitation de l'objet d'étude

Dans un mouvement qui ne doit pas sembler paradoxal, j'aimerais ici à la fois circonscrire de façon claire mon objet, et en élargir les limites pour laisser une marge de manœuvre quant à sa définition.

Tout d'abord, il faut bien noter que c'est le médicament qui est au centre de mon intérêt, même s'il est constamment replacé dans la nébuleuse plus large des soins, des thérapeutes et des divers systèmes médicaux. Je veux approcher le médicament dans les conceptions que les utilisateurs peuvent en avoir, dans son efficacité telle qu'elle est recherchée et vécue, dans les stratégies qui en régissent l'utilisation.

Ensuite, j'aimerais élargir la définition de mon objet pour accroître les limites dans lesquelles on peut le considérer. Les définitions usuelles du médicament montrent vite leur ambiguïté et leurs limites. Ma première hypothèse postule une complexité de la définition, de l'aire du médicament. Le terme « médicament » est à la fois explicite – quand je parle de médicament je peux m'attendre à ce que mes interlocuteurs comprennent ce à quoi je fais allusion –, et flou – que considère-t-on en effet comme médicaments, sur quels critères, où s'arrête et où commence la pharmacopée de chacun, en référence à quoi ? Les articles que j'ai consultés s'attachaient peu à clarifier la question, cet élément me semble pourtant capital à détailler. La part la plus importante de la définition du médicament se fera au chapitre 3., sous les instructions, si l'on peut dire, de mes interlocuteurs. Comme je vais l'expliquer de manière plus détaillée, je considérerai le médicament comme une catégorie vide, explorant ce que chacun y met et de quelle façon. L'élargissement de la définition du médicament se fera dans la mesure où il sera approché comme une substance active, mais aussi comme le support d'un savoir, d'un espoir, d'une action, et enfin, précisément, comme une activité mise en œuvre.

Cette approche vise à étendre, initialement, le regard qu'on peut porter sur le médicament. Il est un objet, il est investi, il est le centre et le moteur d'une action.

Pour alléger le texte, je pourrai parler de remèdes, entendant sous cette appellation exactement la même réalité que celle que recouvre le médicament.

1.2. Anthropologie médicale

Il me paraît important de situer, même succinctement, l'aire de recherche dans laquelle mon travail s'inscrit. Je n'aspire pas ici à tracer un historique précis de la sous-discipline que constitue l'anthropologie médicale, je vous renvoie pour cela aux ouvrages disponibles², mais bien à soulever certains points qui ont un intérêt heuristique et épistémologique pour nous. Je ne m'aventure pas, en effet, en terrain vierge, mais me trouve dans le prolongement d'une pratique, et cela dans une optique de tradition ou de rupture.

Les premières informations concernant les usages thérapeutiques de populations « exotiques » furent rapportées par des missionnaires et des voyageurs. Les anthropologues se sont toujours intéressés, à un moment ou à un autre, aux pratiques médicales des populations qu'ils étudiaient. Le côté spectaculaire et dramatique des rituels a particulièrement retenu leur attention. On trouvait souvent, dans les monographies, les informations concernant l'univers thérapeutique sous la rubrique « religion ».

C'est dans les années 20 et 30 que des chercheurs se sont intéressés en particulier à cette facette thérapeutique. On présente habituellement William H. R. Rivers comme un précurseur en la matière, avec son *Medicine, magic and religion*, écrit en 1924. Erwin H. Ackerknecht (1971) est aussi un pionnier, qui, de la médecine, se dirigea vers l'anthropologie pour étudier

² Par exemple l'ouvrage de Carolyn F. Sargent et Thomas M. Johnson, *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method* (1996).

les systèmes thérapeutiques des primitifs. Sa double casquette illustre bien comment, dès le début, l'anthropologie médicale fut multidisciplinaire.

Mais l'essor de l'anthropologie médicale se fit véritablement dans les années 50 et 60, aux Etats-Unis d'abord. L'expression *medicale anthropology* est apparue dans la littérature nord-américaine dans les années 60. Elle devait retenir l'intérêt et susciter des travaux plus tardivement seulement en Europe.

Très longtemps, cet intérêt restera focalisé sur les populations extra-occidentales. Ce n'est que dans les années 80 timidement, puis dans les années 90, que le regard anthropologique se retournera sur la société de l'observateur. Il faut dire que la pratique thérapeutique est ici monopolisée en grande partie par la biomédecine³ et que, cette dernière étant considérée comme une science (art scientifique ?), elle ne souffrait pas les postulats que de telles recherches présupposaient. C'est pour cette raison que les premières recherches « en retour » s'intéressèrent d'abord à l'organisation de l'institution médicale ou aux pratiques alternatives plus périphériques. Les aspects « symboliques » et « rituels » de la biomédecine seront explorés plus tard, notamment avec des travaux comme celui de Serge Genest sur l'organisation de la salle de chirurgie et la construction *artificielle* d'un espace stérile (1990).

J'ai voulu ici mettre l'accent sur deux choses. Tout d'abord, combien la discipline est « ancienne par certaines descriptions de croyances et de pratiques thérapeutiques [et] nouvelle par l'analyse en profondeur et les synthèses produites » (Genest, 1978: 7). Enfin, combien elle est restée longtemps focalisée sur des populations non-occidentales et a eu beaucoup de mal à étudier de ce même regard perçant et sans complexes ses propres pratiques.

³ Cette notion sera définie en page 22.

1.2.1. Profil d'une aire de recherche

C'est sur un article de Serge Genest (1978), souvent repris par d'autres, que je m'appuierai pour décrire l'agencement interne, le plus souvent proposé, de la sous-discipline anthropologie médicale.

On s'accorde pour dire que l'anthropologie médicale regroupe quatre types de recherches. L'*Epidémiologie* d'abord, aussi appelée Ecologie médicale, qui s'attache à trouver les corrélations qui peuvent exister entre les coutumes, l'environnement et les maladies. Les recherches sur les *Soins en institution*, deuxième catégorie, étudient le fonctionnement des structures médicales, leur organisation, les rapports entre les différents acteurs etc. Les recherches sur les *Problèmes de santé* s'intéressent à certaines populations spécifiques, comme les personnes âgées, ou des comportements spécifiques, comme celui des toxicomanes. Ces deux derniers types de recherches portent surtout sur les sociétés occidentales et ont pour but de modifier la situation. Le dernier type d'observations, dans lequel s'inscrit la présente recherche, est *l'Ethnomédecine*. Historiquement, « ethnomédecine » est le nom qui fut donné aux médecines non occidentales, jusqu'à ce qu'on réalise ce qu'une telle dichotomie occulte de la diversité des pratiques, ici comme ailleurs. L'ethnomédecine comme domaine de recherche porte un regard global sur des systèmes médicaux non occidentaux ou aborde la réalité médicale par une de ses trois orientations : empirique, symbolique ou ethnoscientifique (botanique). Elle peut, enfin, aborder un univers thérapeutique d'après son contenu, qu'on organise, de manière arbitraire, en quatre catégories.

Tout d'abord, les *croyances médicales* : elles varient selon les sociétés et à l'intérieur d'une même société. On s'est attaché à montrer comment elles influencent la perception et le traitement d'une maladie. Young a, par exemple, expliqué comment dans un « ordre ontologique traditionnel » le cosmos est centré sur un homme rudoyé par des forces

anthropomorphes, comment dans un « ordre ontologique occidental » l'homme se considère comme un être autonome dans un univers indifférent et comment ces différentes perceptions de la réalité conduisent à faire certains choix et à avoir certains comportements.

Deuxième pôle d'intérêt, les *traitements* qui, de par leur aspect palpable et concret, constituent un domaine particulièrement approfondi. Les techniques, les pharmacopées et les procédés moins « physiques » ont été décrits. Comment le patient et le thérapeute forment un noyau contre la maladie, la participation possible ou nécessaire du groupe à la thérapie...

Troisièmement, les *thérapeutes*. Comment ils sont choisis, par vocation, sélection ou aptitudes, leurs caractéristiques, leur comportement, leur formation, par une inspiration spontanée ou un long apprentissage, le mode de transmission, et comment de cette formation dépend leur reconnaissance et la propension des gens à recourir ou non à leurs services.

La *description des maladies et des contextes sociaux*, enfin, où sont abordées les maladies liées à certains contextes, les rapports de méfiance réciproque des thérapeutes de différentes traditions, les comportements des malades en situation de pluralisme thérapeutique et leurs stratégies face à l'éventail de choix...

On voit ici comment le remède se situe au cœur d'un vaste réseau, et que, tout en ce concentrant sur lui, on ne peut faire abstraction du contexte dans lequel il trouve son sens et son utilisation. Nous avons eu ici un aperçu de ce réseau au niveau théorique, ainsi qu'une idée de ce qui se fait en matière d'anthropologie médicale, et de comment mon travail se situe du côté de l'ethnomédecine, pour ses intérêts centrés sur l'homme. L'approche se veut tout plein du même recul, à la différence que c'est ici l'homme de la société de l'observateur qui est scruté, dans ses conceptions et ses utilisations du médicament.

1.2.2. Médicaments : littérature disponible

On peut imaginer l'anthropologie médicale comme une pieuvre académique qui étend, lentement mais sûrement, ses tentacules aux objets les plus remarquables et les plus délicats. On trouve de nombreux travaux portant sur certains types de populations ou certains thèmes, beaucoup moins sur d'autres questions. La littérature disponible laisse l'impression que certaines démarches sont difficiles à suivre, notamment celle qui considère des éléments constitutifs de la biomédecine dans tout ce qu'ils peuvent avoir de partial ou d'artificiel. On peut facilement concevoir l'aspect symbolique d'une pratique thérapeutique rencontrée dans une population dite non occidentale. On peut facilement appréhender l'efficacité relationnelle qui est à l'œuvre dans une médecine dite alternative. On se penche plus rarement sur les aspects non scientifiques, non rationnels, non mesurables des pratiques, traitements ou substances en jeu dans la biomédecine. Ackerknecht a expliqué comment « tous les éléments de magie », ce que je considère comme l'aspect moins directement scientifique, rationnel et mesurable, a été repoussé du côté du patient en ce qui concerne la biomédecine. Il apparaît qu'il est difficile pour les chercheurs d'appréhender la médecine dominante dans leur société d'origine sous l'angle utilisé ailleurs et qui pourrait sembler ici subversif.

Les articles et ouvrages abordant spécifiquement l'objet-médicament sont rares. Chaque auteur approche le médicament d'un point de vue différent, en fait une interprétation spécifique, montrant à quel point les problématiques et les conclusions peuvent être diverses. Maria G. Nunez Perez (1980) par exemple étudie l'image cohérente du médicament, les informations qui l'a construite et l'attitude qui en découle. Elle met en lumière comment la perception du médicament est contradictoire, entre substance salvatrice et matière nocive et aussi combien les informations qui circulent autour du médicament sont approximatives et sommaires. Elle explique cela par le fait que les progrès sont lents à être incorporés par le

public, tandis que les croyances et l'habitude ont une certaine inertie. Si elle s'attarde sur le rapport entre l'utilisateur et le médicament, elle est sensible aussi au rapport entre utilisateurs, et notamment la façon qu'ils ont de se considérer. Il semble que l'image de la surconsommation médicamenteuse existe, mais qu'elle s'applique toujours « aux autres ».

Madeleine Akrich, auteur d'une *Petite anthropologie du médicament*, considère, elle, le médicament comme un objet qui prend sens dans la succession de nombreuses étapes. Elle explique d'abord que le médicament définit un malaise et qualifie un état. Il donne une identité à son consommateur et légitime en quelque sorte son incapacité présente. Il doit aussi faire disparaître et atténuer cet état. Le médicament est issu du laboratoire, fruit du travail du clinicien, apprêté par le marketing et la galénique, issu d'une relation entre le patient et son médecin. Le patient reçoit une ordonnance qu'il va chercher à la pharmacie⁴, entrant ainsi en contact avec le pharmacien et ses conseils. Le patient devra gérer la notice, savoir mis à sa disposition, de façon plus ou moins claire, et faire quelques gestes techniques, mobilisant certaines facultés d'entendement et d'initiative. Le consommateur devra aussi gérer le médicament dans le temps. Son hypothèse veut que dans ce parcours s'élabore la relation thérapeutique du patient et la signification de l'expérience vécue, entre différents lieux, acteurs, objets et relations.

Sylvie Fainzang, auteur de plusieurs recherches en anthropologie médicale et de *Médicaments et société*, y fait une analyse de l'attitude des consommateurs de médicaments en lien avec leur religion. Elle postule en effet que les liens entre religion et médecine sont étroits d'une part, et que le rapport d'un fidèle à l'écriture, à l'autorité, au savoir, à la consommation, au corps, au temps, à la gestion du collectif et de l'individuel etc. influence le rapport du patient à l'ordonnance, au médecin, et déteindra sur son attitude. Dans leur rapport au médecin, les pratiquants d'une religion auront tendance à remettre la parole du médecin en

⁴ On verra plus loin les pratiques qui entourent la gestion de l'ordonnance, dont on ne va pas toujours chercher (tous) les médicaments.

question, ou à consulter d'autres sources, d'autres estimeront que les informations et ordres donnés par un médecin n'ont pas à être discutés ou vérifiés. Dans le rapport à l'ordonnance, elle décrit les musulmans comme ayant une quasi-dévotion (le Coran est assimilé), les juifs l'estimant avec circonspection et interrogation (la Torah est discutée), les protestants ont une attention critique (la Bible est discutée) et les catholiques enfin la considère avec convoitise. L'analyse que fait Fainzang est passionnante et séduisante, elle semble toutefois trop cohérente, peut-être réductrice. Les pistes et les liens qu'elle met en avant restent éclairants et m'ont inspirés.

La découverte, tardive, de *Culture et santé publique* de Raymond Massé me fut très utile dans sa réflexion sur le sens commun, la rationalité et par son approche éminemment en matière d'épidémiologie. Dans un souci de meilleure prévention auprès des populations québécoises, autochtones et immigrantes, il plaide en faveur d'une meilleure connaissance de leurs conceptions et pratiques concernant la santé et la maladie, avec l'anthropologie de la santé comme outil principal.

Les hommes et les médicaments de René Brun est un brûlant plaidoyer pour rendre au médicament la richesse de son efficacité, constituée, outre la substance active, des conditions d'administration, de mystère, de psychologie et d'utiliser ces facettes de façon humaine et efficiente. Il tire la substance de cet essai de sa profession de pharmacien où il met en lumière l'état d'esprit du malade et comment influencer l'effet d'un remède par le mystère, le lien du médicament au religieux, la présentation du médicament, la relation.... Il considère que « la mentalité populaire demeure préscientifique, elle est invinciblement attirée par les aspects empiriques, traditionnels et mystiques du traitement ». Pour le meilleur et pour le pire.

J'aimerais, pour terminer ce bref exposé, donner l'exemple de médecins qui ont aussi mené une réflexion sur le médicament et ses enjeux. Patrick Lemoine se bat, en donnant les nombreux exemples que la pratique a mis sur son chemin, pour la reconnaissance de l'effet

placebo qu'il définit comme « tout effet thérapeutique non spécifique observé dans une relation soignante, soit sans le recours, soit surajouté à une substance pharmacologiquement active ou à une méthode spécifiquement efficace » (1996: 89). Marie-Claire Célérier, Catherine Oresne et Florence Janiaud-Gouitaa consacrent, dans *La rencontre avec le malade*, un chapitre au médicament. L'ordonnance est au cœur de leur préoccupation. Elles ressentent combien le patient a besoin d'une ordonnance pour clore sa consultation. Des études montrent que 40 % des patients ne prennent pas leur prescription, mais la demande est d'un autre ordre : il faut rassurer. Cette ordonnance est l'objet de négociation entre le médecin et le patient, car le patient a souvent son idée sur la question, et des demandes spécifiques ne touchant pas au seul rétablissement de la santé. On découvre comment le médicament peut être au centre de la relation, objet de convoitise et de pouvoirs.

Si je n'ai repris aucune de ces approches telles quelles, j'ai présenté ici celles qui ont eu une influence sur ma réflexion. J'ai rencontré des idées qui m'ont inspirées, auxquelles j'ai pu adhérer, que j'ai gardées en tête lors des entretiens, plusieurs thématiques étant spontanément abordées par mes interlocuteurs.

1.2.3. Travail de rupture : la facette exotique

Un patchwork de pratiques médicales exotiques peut sembler anecdotique ou sans valeur. Il m'a été extrêmement bénéfique. Mon approche du sujet-médicament s'est faite en deux temps. Un large travail théorique et de lectures, puis un travail de terrain et d'analyse. Ces deux phases, ces deux facettes de mon travail sont liées et doivent s'enrichir et s'éclairer l'une l'autre.

Le mot d'ordre a été confirmé par Bronislaw Malinowski : qui veut faire une recherche anthropologique se doit de faire du terrain. Mais voilà, l'anthropologie a fureté à de nouveaux

sujets : le végétalisme, les rebouteux et les mères célibataires peuvent aujourd'hui autant constituer un terrain que les Ha de Tanzanie ou les Paiute d'Arizona. Ces nouveaux terrains, dont mon sujet grandit les rangs, demandent toutefois un exercice intellectuel supplémentaire, que requiert l'anthropologie et que « l'exotisme de plumes et de sagaies » nous fournissait (même si on a appris à être méfiant par rapport à la notion d'exotisme). Nageant en effet dans le bain familial de notre quotidien et de nos pratiques propres, notre regard est déformé d'une autre façon. Certaines attitudes nous sautent aux yeux tandis que certains discours restent dans l'ombre de leur banalité et que certaines croyances sont occultées par nos certitudes. Le piège n'est pas imparable : une fois consciente de ces travers possibles, il faut rester sensible à la question tout au long de son cheminement, d'une part, et avoir su prendre un recul préalable, d'autre part. Puisque je ne vivrai pas géographiquement et dans mes sens le « dépaysement », il me faut en créer les ingrédients artificiellement.

Ma démarche sera la suivante : je pars, de par mon appartenance à la société étudiée et à une relative pratique de mon sujet, du connu-normal, passe par l'inconnu-extraordinaire et m'en retourne aux pratiques ayant cours dans ma société, avec en tête de quoi me rendre sensible à ce qui ne m'apparaît pas, tant cela est incrusté de banalité et de naturel. Je veux pouvoir être étonnée et interpellée par les éléments que je rencontre tout au long de mes entretiens et observations. Il s'agit, à travers ce détour, de rendre visible ce qui paraît évident et normal (et montrer en quoi ce n'est ni banal ni naturel).

Mes informations ont été recueillies de façon aléatoire, au gré des articles, des monographies et de leur bibliographie, mon attention étant tournée vers les pratiques médicales, et pas seulement médicamenteuses, d'autres populations tant contemporaines que passées et touchant à plusieurs aires géographiques.

Je vais en fournir un florilège pour donner au lecteur la possibilité de prendre aussi du recul et de se faire une idée de l'exercice mis en place.

Etiologie : La détermination de la cause d'une maladie s'insère dans un système plus large de conception du monde, de la société et du corps notamment. Deux options souvent sont utilisées, soit en opposition soit de manière cumulative, pour expliquer les causes des maladies: l'étiologie naturelle où l'on est malade après avoir fait un mauvais usage de sa santé, et l'étiologie surnaturelle, où la cause de la maladie se trouve hors de l'homme, voir hors du monde terrestre. (Juillard, 1991: 805). Ackerknecht résume, concernant les peuples « primitifs » : « In general, the disease mechanisms are: either the intrusion of a disease-producing foreign body or spirit, or the loss of one of the souls which may be abducted or devoured » (Ackerknecht, 1971: 19). Il ne s'agit pas de juger de la justesse d'une étiologie, mais d'étudier sa logique et le type d'action sur le monde qu'elle déclenche.

Fainzang remarque, par exemple, que l'étiologie des sociétés lignagères africaines est plutôt conservatrice, elle vise à maintenir l'équilibre de la société, tandis que l'étiologie occidentale est plutôt subversive. C'est la société qui est responsable de tous les maux, et on se tourne soit vers le passé (revenir à un état antérieur représenté comme meilleur, plus sain, plus humain) soit vers le futur, c'est-à-dire changer la société pour y survivre (Fainzang, 1989).

Mode d'acquisition des connaissances, légitimité et statut du thérapeute: Le parcours suivi par un individu pour accéder à la fonction de thérapeute a une influence déterminante sur le choix de faire, ou non, appel à lui et la légitimité qui lui est accordée, ainsi que son statut. Ce parcours varie grandement d'une société à l'autre. En Occident, l'enseignement qui mène à la profession de médecin est expérimental et positif. En Afrique, c'est souvent par une initiation que l'on devient médecin, après la une visite des esprits ou la transmission d'un secret. (Juillard, 1991: 803).

Le thérapeute a un statut aussi, qui lui donne un pouvoir, y compris thérapeutique, et des devoirs. Catherine Alès et Jean Chiappino nous en donne une illustration : « Les

chamanes⁵ doivent assumer la responsabilité du rôle conféré par la puissance magique. Dans sa pratique rituelle, le chamane prend personnellement des risques. Il possède des esprits qu'il incorpore pour combattre l'agent du mal, et il peut être terrassé par leur poids s'il ne peut les contrôler. [...] Les combats eux-mêmes sont dangereux, et souvent, le chamane doit être aidé lors de ces assauts par d'autres chamanes » (Alès, Chiappino, 1983: 537).

Mode de paiement : En Nouvelle Calédonie, on fait un don coutumier au thérapeute, qui peut, ou pas, l'accepter (Bourret, 1983). Le rapport entre la médecine et l'argent est loin d'être anodin. La symbolique de l'argent, son intervention dans la relation médecin-patient, et son éternel soupçon de corrompre cette relation a un poids important. Différentes logiques guident les modalités de paiement. Par exemple, « la règle de la médecine chinoise est de conserver la santé et de prévenir la maladie. [...] S'ils [les riches chinois] tombaient malades, il y avait échec des rôles médicaux et le malade ne payait plus » (Juillard, 1991: 798). Cette coutume n'est bien sûr pas sans incidence sur le déroulement, la relation et l'efficacité qui entoure l'acte thérapeutique, comme n'est pas sans incidence le système d'assurances qui existe chez nous.

Diagnostic : Dans de nombreuses populations en Afrique, le diagnostic est transmis par les ancêtres. Ils prennent possession d'un intermédiaire, par la bouche duquel ils communiquent quel est le mal, quel produit il faut utiliser et où le trouver (Erny, 1985). Par ailleurs, la logique occidentale, qui veut que celui qui pose le diagnostic soit aussi celui qui propose une thérapie, ne se vérifie pas dans toutes les populations (Augé, 1986).

Diversité des thérapies : La palette des thérapeutiques à disposition d'une population est souvent importante de par sa diversité et requiert un choix de stratégie, selon des critères propres. La thérapie peut être individuelle, comme c'est souvent le cas en Occident, ou collective. Les pratiques sont curatives ou préventives : les Karo-Batak, au nord de Sumatra,

⁵ « Chamane » apparaîtra dans le présent travail sous plusieurs orthographes ; j'ai toujours suivi celle utilisée par l'auteur mentionné.

offrent, dans une visée préventive, des idoles aux démons responsables des maladies en remplacement du malade. Ils peuvent y fixer des ongles ou des cheveux. Ils peuvent aussi installer un groupe d'idoles à la maison, qui, après une certaine préparation, empêcheront les démons de rentrer (Hoffmann-LaRoche).

Chez les musulmans, de nombreuses pratiques sont rapportées qui mettent en lumière le rapport spécial qu'ils entretiennent avec l'écriture et les versets du Coran en particulier. Ainsi, l'eau qui a lavé les versets coraniques inscrits sur un tableau noir est bue dans l'idée qu'elle possède quelques vertus thérapeutiques (Ali, 1998). Fainzang décrit ce rapport particulier que les musulmans peuvent entretenir avec les ordonnances, où l'écrit a déjà une vertu thérapeutique en soi. Il arrive que l'ordonnance ne soit pas cherchée, mais gardée dans la poche intérieure du veston, sur le cœur, le temps de la guérison (Fainzang, 2001).

Système des conceptions : « Once we know the Melanesian or Papuan theory of disease, their diagnostic and therapeutic measures are seen to be only the logical consequences of this theory » (Rivers, 1924: 81). Cette citation illustre un fait incontournable : les traitements rencontrés dans diverses sociétés sont étroitement reliés, dans leurs logiques et leurs fonctionnements, aux perceptions et croyances en vigueur au sein de la population en question. Une des conséquences de l'appartenance à ces systèmes de pensées est que « quand une personne se situe à l'intérieur d'un système de pensée, les méthodes et les pratiques qui relèvent d'un autre système ne peuvent guère avoir de sens pour elle » (Erny, 1985: 41), en tous les cas pas sans une certaine réappropriation. La conception de la pudeur, la perception du temps, la dévalorisation d'un médicament gratuitement distribué, l'hôpital et la charge de crainte qui l'entoure, les pratiques de prélèvements, d'injections, le rapport au médecin sont autant d'éléments culturellement vécus, même si leur sens n'est pas une fois pour toutes arrêté. De nombreuses populations et médecines ont une vision holiste de l'homme malade. Le monde, la société, l'homme, sa maladie s'insèrent dans un tout, et cette

conception influence grandement le choix et la nature du traitement. Ce manque de globalité est très souvent reproché à la médecine occidentale dont les conceptions sont beaucoup plus fragmentées et compartimentées.

Allo- et homéopathie : Deux conceptions, deux logiques différentes président habituellement à l'approche d'une maladie, au fonctionnement des médicaments. L'allopathie en est une. Galien a été le grand défenseur de cette « loi des contraires », qui veut que l'on s'attaque à un mal par un remède produisant des effets contraires à ceux de la maladie combattue (Demirdjian, 1998). La seconde est l'homéopathie dont Hahnemann a énoncé les trois règles qui guident aujourd'hui encore ses utilisateurs : la loi de la similitude, la loi des doses infinitésimales et une approche globale du patient et de sa maladie. Cette conception, holiste, sert souvent de contrepoids, dans la société occidentale, à la biomédecine.

La théorie des signatures que Paracelse a défendue prône une correspondance entre le corps-microcosme et la nature-macrocosme. « Tous les remèdes sont dans la nature », et leur forme et leur nom seraient là pour nous indiquer, par analogie, quelle utilisation doit en être faite. C'est dans cette logique que l'on emploie le fruit du grenadier pour les maux de dents : son intérieur ressemble à des dents et leurs gencives. Dans cette logique aussi que le millepertuis, percés de mille yeux, est indiqué pour soigner les problèmes oculaires ; dans cette logique encore qu'on invoquait Sainte Ouïe pour la surdité ou saint Genou pour la goutte.

Remèdes : Chez les autochtones de Nouvelle-Calédonie, le mode de cueillette, c'est-à-dire le moment et la façon dont les ingrédients constitutifs du médicament sont récoltés, ainsi que la personne et le lieu de l'acte, n'est pas indifférent. Selon la plante ou la maladie, il est important que la récolte se fasse le jour ou la nuit, de la main gauche ou droite, au soleil levant ou couchant, etc. (Bourret, 1983).

Voici donc quelques-unes des pratiques décrites dans des monographies et articles divers. Il me semble illégitime de couper nos pratiques de celles observables dans d'autres populations et ces quelques exemples feront écho d'une manière ou d'une autre à certaines pratiques observées dans le cadre de ce travail.

1.3. Cadre théorique

On est confronté, au cours de sa « carrière d'apprenti ethnologue », à de nombreux courants de pensée, aux présupposés, méthodes et conclusions divergents voire opposés. On n'a pas à se positionner, mais à assimiler toutes ces théories, attrayantes par une ou plusieurs de leurs facettes, rejetées pour d'autres. Quand on se prête à l'exercice final qui doit, symboliquement autant que techniquement, clore notre cycle d'études et sanctionner notre statut de pair, il faut alors identifier les théories et courants qui font sens pour nous et dans le cadre de sa recherche. Les pensées de certaines écoles devront être appliquées, et défendues, pour la construction cohérente et convaincante d'un mémoire. N'ayant pas été « élevée » dans une tradition, si ce n'est celle d'en avoir plusieurs, ayant affaire à des gens de sensibilités ethnologiques différentes, y compris parmi ceux qui seront mes juges, je ne peux suivre la ligne générale (ou combattre le dogme environnant). C'est à moi de bricoler le cadre théorique qui va structurer ce travail, comme mes interlocuteurs ont bricolé leur univers thérapeutique personnel. C'est en me référant à des auteurs appréciés de longue date ou redécouvert au cours de cette recherche que j'ai construit le cadre théorique qui m'a permis de gérer mes interviews, d'analyser mes données, d'ordonner ce savoir. En voici un rapide profil.

1.3.1. Patchwork théorique : L'approche de Fainzang, la méthode de Garfinkel.

Ce cadre théorique se veut succinct. Je souhaite en effet que les préceptes ici formellement énoncés miroitent tout au long de ce mémoire. Je saisis néanmoins l'opportunité de présenter ceux qui m'ont inspirée et conduite.

La lecture de Sylvie Fainzang, chercheuse au CNRS et spécialisée en anthropologie médicale m'a été bénéfique, tant du point de vue théorique que méthodologique. Elle a pratiqué autant le terrain exotique qu'occidental, et s'est particulièrement penchée sur la maladie, sa désignation, l'usage social qui en est fait ainsi que ce qui est exprimé à travers elle. Après un terrain au Burkina Fasso, elle a rapatrié son approche et ses questionnements en France, pour un terrain qu'elle a voulu mener avec les mêmes méthodologies et problématiques que sur son terrain africaniste. « Pour notre part, parce que nous avons nous-même été séduite par l'idée de transposer l'approche anthropologique dans nos propres sociétés, mais aussi parce que nos résultats africains sur la maladie soulevaient des questions qui nous semblaient devoir être également posées en Occident, nous avons choisi de poursuivre nos recherches en anthropologie de la maladie dans la société française, sur le modèle de celles que nous avons menées en Afrique de l'Ouest. L'étude de la maladie renvoie en effet à des interrogations qui sont universellement valides, même si elles trouvent des réponses parfois différentes selon les sociétés. Ainsi, en Occident comme en Afrique, l'interprétation que les sujets ont de la maladie et les motifs qui sous-tendent les recours thérapeutiques nous semblent largement déborder le domaine strictement médical » (Fainzang, 1989: 26). Cette approche m'a séduite par l'égalité de traitement entre différentes

unités d'observation possible, ici bisa⁶ et française. L'anthropologie médicale s'intéresse, en terrain exotique, aux conceptions des utilisateurs et l'incidence de ces conceptions sur leurs choix ; elle n'est pas arrêtée par la conviction de l'efficacité ou de l'inefficacité chimique de produits, mais se penche sur les pratiques, le relationnel, la communicationnel etc. Jean Comaroff va dans le même sens en rappelant « l'importance de replacer le système dans son contexte socio-culturel et d'en faire une lecture symbolique semblable à celle que l'anthropologie a développée pour analyser les systèmes thérapeutiques des sociétés non occidentales » (cité par Genest, 1990: 10). Je veux moi aussi m'intéresser aux conceptions des utilisateurs et aux choix qu'elles induisent, et non pas seulement à des pratiques périphériques ou à la facette organisationnelle des soins. Le recul avec lequel cette approche me permet d'aborder une réalité déjà connue et éprouvée est très important, tant mon souci était grand de profiter à la fois du regard proche que j'avais, et distant que je devais construire. Pour pouvoir l'appliquer sans avoir l'occasion de pratiquer ce même détour géographique, j'ai artificiellement créé un détour intellectuel, comme nous l'avons vu au chapitre 1.2.3. D'un point de vue plus théorique, l'œuvre de Fainzang m'a sensibilisé à la diversité du monde médical et plus particulièrement médicamenteux, avec ce qu'il peut avoir de communicationnel – la maladie comme mise en accusation –, et de l'importance de la localisation du médicament et de son utilisation entre individuel et collectif.

La lecture de Harold Garfinkel me fut conseillée par une collègue, alors que nous discutons de mes problèmes de gestion de mon échantillon et d'analyse des données. La redécouverte de l'ethnométhodologie fut centrale pour ce mémoire, tant elle cristallisait des idées que j'avais en tête sans savoir comment leur donner corps et tant elle concrétisait ma sensibilité ethnologique par rapport au terrain, à la méthodologie, à l'analyse, à la place des interlocuteurs et de leurs discours.

⁶ Population qu'elle a étudiée au Burkina.

Garfinkel prône une proximité avec la vie courante, avec l'expérience et les phénomènes quotidiens. L'activité et le raisonnement pratique, comment la signification est construite dans l'action, sont au centre de l'attention. Je me suis penchée sur un processus continu, celui du rapport et de la gestion du médicament, sur des faits anodins et *a priori* insignifiants pour montrer comment un univers prend son sens dans la pratique, et quelle est sa nature. « Les ethnométhodologies – que Garfinkel appelle « raisonnement sociologique pratique » –, employées par les membres ordinaires de la société, observés dans la gestion courante de leurs affaires quotidiennes, deviennent le corpus de la recherche ethnométhodologique » (Coulon, 1987: 46).

Un courant de l'ethnométhodologie s'est intéressé de manière pratiquement microscopique à l'expression du langage ordinaire à travers l'analyse conversationnelle. Cela m'a sensibilisé aux mots et formules utilisés et m'a questionné sur la place qu'allait prendre les propos de mes interlocuteurs. Ces entretiens ont eu un rôle central dans ma réflexion, puisque j'ai construit tout le corps du mémoire à partir de ce qui a été dit et observé. Les citations devaient donc prendre une place importante dans le corps du texte. L'incomplétude des mots, mise en avant par l'ethnométhodologie, qui veut que les mots prennent leur sens dans leur contexte, de manière locale, a fini de me convaincre. J'ai voulu que le lecteur ait de la matière brute à disposition, des expressions, le vocabulaire, des échanges parfois, de manière à se faire une idée de ce qui s'est dit et comment, alors que l'accès aux intonations et aux gestes était malheureusement impossible. Ainsi, j'ai abondamment fourni mes développements en citations, que j'ai laissées vierges de toute censure, malgré un langage qui est parfois très coloré. Cette coloration montre aussi une familiarité entre l'intervieweuse et l'interlocuteur, ou parfois est signe de malaise.

J'ai envisagé mes interlocuteurs comme les « membres » décrits par Garfinkel, qui considère que les individus possèdent les compétences nécessaires à s'adapter et à improviser

dans le monde qui les entoure et reconnaît leur capacité réflexive et interprétative, leur capacité à avoir des théories sur leurs actions et l'intérêt de ces théories. Les individus ne sont pas des « idiots culturels », leurs idées sur ce qu'ils vivent, font et ce à quoi ils sont confrontés ont une valeur épistémologique au même titre que les pratiques décrites. C'est leur vocabulaire et leurs catégorisations qui structurent mes efforts de compréhension de l'univers thérapeutique. Les phénomènes sont analysés du point de vue du sens qu'ils revêtent pour les intéressés, les sujets qu'ils n'ont pas abordés et que j'ai rencontrés ailleurs ne seront cités que pour leur absence. Cette notion de membre et les méthodes qualitatives de l'ethnométhodologie ont régi ma gestion de l'échantillon, comme nous allons le voir au chapitre 2.1.

L'indifférence méthodologique de l'ethnométhodologie rappelle que « l'étude de phénomènes tels que leurs descriptions par des membres quels qu'ils soient, en s'abstenant de tout jugement sur leur pertinence, leur valeur, leur importance, leur nécessité, leur « practicalité », leur succès ou leur conséquence » (Coulon, 1987: 77) est à appliquer dans toutes recherches. Cette attitude a été particulièrement importante dans le domaine étudié. Leurs conceptions et connaissances – médicales, chimiques, biologiques etc. – , moteur de leurs actions thérapeutiques, se trouvent parfois loin d'une réalité scientifiquement observable et argumentable. Mon propos n'est pas de montrer la véracité ou la fausseté d'une allégation, mais son incidence sur le monde. J'ai cherché à cerner le savoir socialement sanctionné par la communauté et les faits sociaux de la vie quotidienne, réactions au caractère routinisé, répétitif et standardisé.

L'école ethnométhodologique formule une réalité qui est d'habitude contournée dans les travaux de sciences sociales, et qui m'a posé problème au début de ce mémoire. La recherche telle qu'habituellement décrite voudrait qu'on aille sur son terrain avec en tête une hypothèse bien précise, qui dirige notre attention immédiatement dans la bonne direction. La

réalité est tout autre : dans un travail comme le mien, où j'aborde un sujet connu certes du point de vue du vécu, mais peu travaillé intellectuellement, il m'était techniquement impossible d'aller sur le terrain en sachant ce que je voulais y trouver. J'ai rencontré mon échantillon avec mon « recul exotique », quelques préceptes méthodologiques et théoriques, des idées de questionnements, mais c'est au fur et à mesure des entretiens que des hypothèses et une problématique plus précises ont pris forme, dirigeant et réorientant mon attention autant dans les entretiens suivants que dans les lectures successives de compte-rendus ou l'analyse de données.

1.3.2. Mémoire tripartite : fonctionnement interne et place du lecteur

L'organisation interne de mon mémoire, telle que je la souhaite, repose sur le précepte d'ethnographie réflexive avancée par Garfinkel qui veut « rendre compte simultanément de l'objet de recherche et de la démarche employée pendant la recherche, à partir de l'hypothèse que l'un et l'autre sont non seulement liés, mais que la connaissance de l'un permet également de mieux appréhender l'autre » (Coulon, 1987:82). Je considère le savoir ici communiqué comme autant de pistes mises à la disposition du lecteur. Bien que cette expérience et son analyse soient rendues sous forme de texte, matériellement fini et figé, une description de telle nature n'est en principe jamais achevée. En considérant mon mémoire de manière tripartite, j'essaie de rendre à ce savoir sa vie et sa dynamique.

La première partie de mon mémoire est constituée par la recherche théorique et bibliographique ainsi que par les rencontres avec mes interlocuteurs. Je leur ai demandé de participer à une démarche artificielle de verbalisation du quotidien, démarche qui a eu lieu à un certain moment de leur développement et avec un bagage spécifique et momentané d'expériences. J'ai travaillé, dans une deuxième phase, cette matière brute, faisant des allers-

retours entre théorie, méthodologie et données, de manière à ce qu'elle fasse sens tout en restant fidèle à une certaine réalité. Dans cette réflexion, j'ai pris soin de toujours interroger mon apport, en expériences, a-priori et travers, et de me situer. L'organisation de ce matériau, visant à saisir des identités et des procédures et à communiquer un savoir, n'a pour but, et pour intérêt pour ainsi dire, que lors du troisième stade, qui met entre les mains de tiers, pairs, spécialistes ou pas, le résultat de ces efforts. La troisième phase est donc celle du lecteur, qui, loin d'être passif, devrait se retrouver acteur à part entière. A lui de faire la richesse de ces informations, qui ne doivent pas prendre une forme dogmatique ou définitive, mais sont à insérer dans une dynamique de réflexion, par rapport à leurs propres pratiques, à ce qu'ils peuvent observer. Pour permettre au lecteur ce recul et cette réflexion, je dois lui mettre entre les mains les outils nécessaires, clefs concernant la matière même et aussi clefs du fonctionnement du mémoire : le texte et le hors-texte, qui par besoin de légitimité et par tradition est souvent occulté. J'ai décidé de ne pas suivre le « modèle canonique des monographies où l'on occulte presque totalement les processus qui nous ont menés au résultat final » (Kilani, 1995). Ce mémoire est le résultat d'une recherche objective et le produit d'une subjectivité, je ne m'y insérerai pas comme un « narrateur scientifique invisible et omniprésent ». Bruno Latour a décrit le processus de la science, avec sa boîte noire, ses inputs et ses outputs. J'aimerais, comme lui, faire la lumière sur la boîte noire, aussi, car se regarder agir pour comprendre la construction de l'objet me semble indispensable à une meilleure intelligence du sujet. La mise en texte de cet exercice sera largement décrite au point 2.3.

2. Méthodologie

Quelle a été, de manière très pragmatique, mon approche du médicament ? Mon intérêt était focalisé sur l'anthropologie médicale et sur une approche des pratiques ayant cours dans ma société en particulier. Je cherchais un sujet et une problématique réunissant ces deux aspects. Une fois la décision prise de travailler sur le médicament, j'ai continué à lire abondamment, d'une part pour me familiariser avec l'anthropologie médicale et l'ethnomédecine en particulier, en portant une attention spécifique sur les thérapeutiques, et d'autres parts, comme nous l'avons vu, pour répondre à un besoin de rupture intellectuelle, artificiellement produite, qui me permettrait de prendre du recul sur les pratiques de ma société.

Après un long questionnement sur la constitution de mon échantillon et la gestion de mon terrain, je me lançai dans les entretiens. Je continuais parallèlement à mener des recherches, à un niveau plus théorique cette fois-ci, notamment sur l'analyse des données et la mise en texte de cette expérience.

Une grosse phase d'entretiens passée, je fis faire, par une collègue anthropologue, mon propre entretien, où je me prêtais moi aussi à la description et au commentaire de ma pharmacie et de mes médicaments.

Tous ces éléments en main, sujets ethnomédicaux, théories, entretiens, mon entretien, je me concentrai sur l'analyse dans un aller-retour entre théorie et pratique et commençai la rédaction de mon mémoire.

J'ai pris le parti de décrire le déroulement de mon travail, pour ne pas laisser croire que mes analyses sont un état de fait statique et constant. C'est pourquoi je tiens à décrire

avec la plus grande précision le déroulement de mon terrain et les questionnements, et réponses choisies, qui se sont présentés.

2.1. Echantillons : choix et gestion

Je n'ai pas été insensible au « rôle emblématique du terrain » (Kilani, 1995), à la légitimité que cette expérience confère à la discipline anthropologique, et la constitution de mon échantillon a été, dès le début, problématique et centrale. Etant donné la nature de mon sujet, je devais créer moi-même un terrain virtuel, à travers le choix de mon échantillon, celui-ci étant trop vaste et diffus pour se révéler de lui-même : en effet, tout un chacun est un utilisateur et un consommateur de médicament.

J'ai choisi de me concentrer sur un petit nombre d'interlocuteurs, que j'ai sélectionné parmi des personnes de mon entourage et que l'on ne peut pas considérer comme des spécialistes du médicament. Trois faits doivent être discutés ici. Tout d'abord l'étendue « réduite » de mon échantillon, puis le fait que je connaisse les gens que j'ai ethnographiés et enfin le fait que j'aie préféré des « quidam » à des « spécialistes » comme source.

Même si ma formation est anthropologique, je fais partie d'une société où le nombre et les statistiques importent, avec leurs pondérations et leurs balayages. J'ai compris laborieusement le bénéfice de travailler avec un nombre limité d'interlocuteurs où l'unique peut être significatif, tout comme le non-mesurable. Un échantillon restreint m'a permis de porter une attention spéciale et soutenue à chaque cas. Mon analyse s'est faite en profondeur, mon approche a été qualitative. J'ai passé beaucoup de temps avec chaque personne, ainsi que sur la retranscription et le travail de l'entretien. Cela m'a permis d'être préparée de manière pointue à la deuxième partie de l'entretien tout en ayant en tête, simultanément, les apports de chacun. Cela a rendu possible, et c'est là la richesse de cette démarche, de mettre en

perspective les discours et les pratiques de chacun. Fainzang le dit d'ailleurs très bien à propos de la maladie: « La difficulté avec la maladie est qu'on a affaire à un phénomène dont l'expérience est à la fois individuelle et collective. Cette réalité contraint non pas à recourir à l'établissement d'un échantillon, à proprement parler, dans la mesure où un cas n'a pas besoin d'être représentatif au sens strict pour être pertinent anthropologiquement, et qu'à cet égard l'étude d'un cas individuel peut nous apprendre autant de choses que celle de cas multiples, mais à une méthode de mise en perspective des cas étudiés entre eux, afin de mesurer la tension existant entre les représentations et pratiques individuelles et collectives. Cette mise en perspective est ce qui permet de dégager des constantes à partir de cas différents mais dont l'analyse doit permettre de faire apparaître l'unité [ou les divergences]» (Fainzang, 1994: 23).

Le deuxième point qu'il me faut traiter est le fait que j'aie connu mes interlocuteurs avant de les interviewer. Je me suis demandée où et comment j'allais trouver des personnes qui accepteraient de prendre part à ma recherche. J'ai pensé à deux solutions : soit demander à des personnes de mon entourage, amis ou connaissances, soit trouver des personnes par le biais de petites annonces. Chaque solution avait ses avantages et ses inconvénients, l'enjeu étant une objectivité et une impartialité maximum.

La seconde solution m'a déplu d'emblée, car les personnes susceptibles de répondre, de leur propre initiative, à une telle annonce et de donner du temps aussi bien que l'accès à leur intimité forment forcément une population réduite au profil très spécifique. J'ai fait le choix de m'adresser à des personnes connues, considérant les risques et les avantages de cette solution : d'un côté comment cette relation pouvait influencer sur leur attitude et leurs réponses ainsi que sur mon attitude, comment gérer mon statut, nouveau dans notre relation, de « chercheuse », comment aborder certains sujets... ; de l'autre, une conscience aiguë de toutes ces problématiques me rendant vigilante devant ces travers possibles, que ce soit dans la gestion des entretiens ou dans l'analyse des données et une approche facilitée et large.

Cette « pré-connaissance » ne constitue d'ailleurs pas un obstacle à la connaissance. Stéphane Chauvier, dans une recherche, a été confronté à la même situation, dont il a su tirer profit : « Ceux-ci, au moment d'enquêter, m'apparaissaient moins comme des informateurs distanciés que comme des collègues avec qui j'avais noué des liens plus ou moins intenses. Le contenu des énoncés, d'une certaine façon, je le connaissais déjà pour l'avoir entendu. Il ne me restait alors qu'à évaluer les écarts de sens entre les énoncés nouveaux, recueillis lors de nos rencontres, et ceux que j'avais l'habitude d'entendre. Cette connaissance a priori des discours optimisait grandement l'efficacité de mes prises de notes » (Chauvier, 2003: 503). Je ne suis pas allée jusque-là dans ma recherche, mais il est vrai que j'ai pu observer, hors entretien, et non sans quelques scrupules, certaines pratiques qui corroboraient, contredisaient ou s'ajoutaient aux théories faites, épisodes apportant des informations précieuses.

Un autre avantage a été une approche aisée de mes interlocuteurs et le fait qu'ils étaient a priori bien disposés à mon égard. Je pense, pour l'avoir observé ou parce qu'on me l'a explicitement dit, que j'ai eu accès à une grande part d'intimité, qu'il aurait été plus ardu à conquérir en d'autres circonstances.

Une complication à laquelle j'ai été confrontée a été la difficulté, pour moi, d'affirmer pour le temps de l'entretien mon statut d'observateur. La relation préexistant à l'entretien, il m'était difficile d'y faire une parenthèse en endossant mon manteau d'anthropologue de manière sérieuse, et de mener un entretien avec quelque rigueur. Quand mon interlocuteur se perdait ou restait à un niveau de conversation plus badin, les recadrages étaient malaisés pour moi. Plus tard à l'analyse, j'ai aussi réalisé qu'il serait délicat de tenir certaines allégations face à un interlocuteur qui lirait mon travail. La promesse de confidentialité, que mes interlocuteurs l'aient réclamée ou dédaignée, demanderait aussi quelques aménagements.

Le dernier point qu'il convient de soulever concerne le choix que j'ai fait d'étudier le médicament par le biais de ses utilisateurs et non par celui de spécialistes, que ce soit des

pharmaciens, laborantins ou médecins, de préférer à la matière que l'on peut qualifier de savante une matière qualifiée de populaire. C'est « le champ du malade » avec ce qu'il a de bricolé, d'émotionnel et d'approximatif qui m'intéresse, le médicament à la première personne. Fabrega explique qu'« un système de soins comprend le savoir émis par les membres spécialisés d'une société donnée et le savoir émis par les membres non spécialisés de cette société. L'un et l'autre doivent être étudiés de manière égale » (cité par Walter, 1983: 407). C'est au tour du savoir des non-spécialistes d'être pris, ici, en considération. « Une telle approche considère toute personne comme source première et irremplaçable de connaissance, à laquelle viendront se confronter, s'ajuster, se compléter d'autres sources de connaissance, en vue d'améliorer la compréhension de la situation [...] » (Collière, 1990: 119-120). Il faut reconnaître « la capacité réflexive et interprétative propre à tout acteur social. Le mode de connaissance pratique, c'est cette faculté d'interprétation que tout individu, savant ou ordinaire, possède et met en œuvre dans la routine de ses activités pratiques quotidiennes » (Coulon, 1987: 47). Le but de l'entretien est alors d'obtenir de l'informateur le savoir socialement sanctionné de sa communauté. Aussi, comme le rappelle très justement Tobie Nathan, ce n'est pas la vérité des perceptions, mais la nature de ces perceptions et le type d'action qu'elles déclenchent sur le monde qui importe. Le problème n'est en effet pas que *cela* soit vrai ou pas, mais comment *cela* est un outil pour penser le monde et agir sur lui.

Mon échantillon est constitué de huit personnes, quatre filles et quatre garçons, ayant entre 22 et 30 ans. Toutes vivent en Romandie. Sept d'entre elles ont fait des études universitaires (économie politique, éducation, art, médecine, sociologie, français, religions), une a fait un apprentissage (architecte). Cinq ont une profession et sont actives dans le monde du travail (serveur, maîtresse d'école, médecin, assistant social, architecte), deux sont encore en études et une dernière est en situation intermédiaire. Je me suis rendue compte, au cours de mes entretiens, combien l'identité et la gestion du médicament se jouaient dans l'ordre du

quotidien et de l'intime. J'ai donc porté une attention toute particulière à leur mode d'habiter. Cinq personnes vivent en concubinage, deux d'entre elles ont un enfant. Deux vivent en colocation, et une troisième vit seule en studio. Tous ont grandi dans leur famille, deux d'entre eux au sein d'une configuration monoparentale. Ils ont quitté cet entourage entre 18 et 22 ans environ.

Ces personnes sont jeunes et en bonne santé. L'une d'entre elles au moins a expérimenté la dépression, une autre des épisodes chirurgicaux lourds. Cet échantillon exclut donc les personnes âgées ou les personnes malades, et il faut garder cet élément en tête lors de la lecture des entretiens et les conclusions qui pourront en être tirées. Une conception, une consommation et une gestion très différentes des médicaments ressortiraient d'entretiens avec un autre type de population.

Tableau récapitulatif 1 :

Age	Etudes	Occupation	Schéma d'habitation
29	architecte	architecte	en couple, sans enfants
28	économie politique	situation intermédiaire	seul en studio
23	français	études	en couple avec enfant
27	sociologie	assistant social	en couple avec enfant
26	médecine	médecin	en colocation
26	arts	serveur	en colocation
26	éducation	maîtresse	en couple sans enfants
27	religions	études	en couple sans enfants

Ces entretiens se sont déroulés à un certain moment de leur existence. Et si la perception et l'utilisation conséquente des médicaments doit être un phénomène relativement stable, des événements marquants peuvent cependant en infléchir l'image. La maternité peut faire changer le rapport au médicament, nécessitant une ouverture sur un type de produits nouveaux et une négociation au sein du couple. Des études de médecines influent sur la vision du médicament, la rendant par exemple moins émotionnelle. Un événement malheureux peut discréditer le monde médical, la dépression d'un proche rendre plus sensible sur le sujet ou focaliser le discours sur une facette du médicament. Cet « arrêt sur image » doit être replacer

dans sa temporalité, dans sa dynamique et dans les fluctuations qui doivent survenir au cours d'une vie.

Deux personnes dans mon échantillon forment un couple et habitent ensemble, avec un enfant. Chacune a été interviewée comme les autres, me décrivant, à son tour et avec ses mots et ses conceptions, la pharmacie. Cet épisode, comme nous le verrons plus tard, a été particulièrement éclairant quant à la perception dissemblable de leur univers thérapeutique et à la gestion de la mise en commun des conceptions et des produits.

J'ai dit que mon attention devait se porter sur les utilisateurs de médicaments uniquement. Il faut noter toutefois que l'un de mes interlocuteurs est médecin. Il possède donc le statut et les connaissances du spécialiste. J'ai redécouvert, au cours de nos entretiens qu'il avait aussi l'expérience du monde hospitalier du point de vue du patient, ayant subi plusieurs interventions chirurgicales. J'ai essayé d'interviewer l'utilisateur de médicaments, de faire écho à son statut de patient. J'ai été très déboussolée lors du premier entretien, où je ne savais pas moi-même à qui je m'adressais, faisant appel à des expériences personnelles autant qu'à sa pratique et ses connaissances professionnelles. Je me suis mieux préparée pour le deuxième entretien, mais il était difficile de mobiliser sa facette d'utilisateur, tant il est vrai qu'en la matière, c'est automatiquement le médecin qui parle. J'ai trouvé cet apport important et intéressant et ai décidé de ne pas changer d'interlocuteur. Un médecin aussi a une utilisation personnelle du médicament, c'est cette dernière que j'ai cherché à approcher. Cette pratique personnelle du médicament par le spécialiste mériterait une recherche à part entière.

On le verra, les relations que mes interlocuteurs peuvent avoir avec le monde de la santé, de facture biomédicale ou autres, ont une grande importance dans leur vécu du médicament. Deux d'entre eux ont quelqu'un de leur famille travaillant comme pharmacien, un a une sœur étudiant la médecine chinoise. Deux personnes ont des amis médecins. Une

personne a une famille se soignant aux huiles essentielles, une autre à l'homéopathie⁷. Une seule personne n'a aucune connaissance proche travaillant dans le monde des soins.

Ces huit personnes composent, dans ces circonstances particulières, « mon échantillon ». Il faut insister sur le côté artificiel de cette situation, qui me fera parler de ces huit personnes comme un tout, comme mon terrain, ou « ils ». Chaque rencontre a été unique, chaque présentation et appréciation des médicaments est singulière et, même si l'idée générale du médicament se compose selon un style culturel particulier, les généralisations doivent toujours être nuancées, la majorité était rarement rencontrée.

Je me suis longuement questionnée sur la place et la façon dont leurs citations devaient s'inscrire dans ce travail. La première, et seule, intention que j'ai eue était de leur attribuer un pseudonyme et de le faire suivre chaque citation. Je n'avais toutefois que peu réfléchi à cette solution, à part les problèmes d'anonymat que cela aurait posé. Quand j'ai commencé à rédiger, la formule que vous allez rencontrer tout au long de ce travail, c'est-à-dire un anonymat total, sans mention d'un âge, du sexe ou autre, s'est imposée. Après réflexion, j'ai réalisé que je ne cherchais pas à faire le portrait de chacun des huit univers thérapeutiques que j'avais pu rencontrer, mais à en tirer les éléments qui sont constitutifs ou manquants dans les univers thérapeutiques en général. Les caractéristiques de chacun, homme ou femme, plus ou moins âgé... n'importent pas de manière fondamentale dans la plupart des cas, car c'est le style d'une culture (Gonseth) que je cherche à rendre, le panel de choix quant aux critères, stratégies, attitudes... que l'on est susceptible de rencontrer dans cette société. Quand j'ai trouvé qu'une particularité pouvait avoir une influence sur l'attitude de la personne (le sexe d'une personne par exemple ou le lien l'unissant à un autre protagoniste) ou être significative, cette particularité était évidente dans la formulation même de la citation.

⁷ Pour comprendre le principe qui sous-tend le fonctionnement de l'homéopathie, se référer au point 1.2.3.

2.2. Déroulement des entretiens : le terrain

Mon terrain à proprement parler est constitué par les entretiens et l'observation des pharmacies personnelles. Les entretiens étaient libres, avec imposition de quelques thèmes ; ils constituent la phase fertile et expressive de cette expérience. L'observation des pharmacies était à la fois technique et objet d'enquête. J'ai par ailleurs pris des photos⁸ de six des pharmacies observées.

Les entretiens se sont déroulés en deux temps, sur une période allant du 2 septembre au 19 novembre 2003. Dans un premier temps, je me suis rendue chez l'interlocuteur pour qu'il me présente sa pharmacie et ses médicaments. Dans un deuxième temps, avec au moins une semaine de battement, nous nous voyions pour que je l'interviewe sur des conceptions touchant au médicament en général, ainsi que pour des éclaircissements concernant des choses dites ou faites lors du premier entretien.

Après avoir demandé son accord à l'interlocuteur - ils ont tous répondu par l'affirmative - et avoir fixé un rendez-vous, je me suis présentée à leur domicile (jusqu'à trois semaines entre demande et rendez-vous, pour des problèmes de planning). Certains avaient réfléchi à la rencontre annoncée, hésitant à ranger leur pharmacie, ou à « la remettre comme avant », d'autres avaient oublié notre entrevue. Une fois chez eux, je leur dressais un rapide aperçu du but de ma recherche et du déroulement de nos deux rencontres. J'explicitais mon attitude au cours de l'interview : je les laisse monologuer, m'exprimant un minimum, évitant de finir leurs phrases ; je pose des questions qui peuvent sembler incongrues ou répétitives, qu'ils y répondent au mieux. Enfin, je leur garantissais la confidentialité des informations (c'est-à-dire qu'on ne puisse pas faire le lien entre eux et des informations sensibles). Ensuite, je leur demandais de me montrer et commenter leur pharmacie tout d'abord, et tous les

⁸ Ces photos ont servi de support à ma mémoire, ainsi que de support visuel à ma réflexion. Elles sont reproduites dans les annexes du présent travail.

médicaments en leur possession par ailleurs, où qu'ils se trouvent dans leur appartement. J'ai pu, par négligence, mal m'exprimer ou ne pas m'exprimer du tout, laissant le début de la rencontre se dérouler dans le chaos. A force de poser les mêmes directives, elles semblaient ne plus devoir être données. Je devais alors m'excuser et recadrer la situation. En général, je disais quelque chose comme « Montre-moi tes médicaments et commente-les. » et la personne faisait au préalable tout un tri dans sa pharmacie, mettant de côté bandes et pommades. Ce réflexe pouvait être intéressant, mais je voulais une description exhaustive de ce qui se trouve dans la pharmacie, car ce qui n'est pas considéré comme un médicament et/ou n'est pas censé y être nous apportent aussi des renseignements sur la perception et la gestion du médicament.

J'ai essayé de leur laisser l'initiative de l'installation dans une pièce, trouvant cet élément potentiellement révélateur. Six fois l'entretien s'est déroulé dans la salle de bains, suivi de recherches dans tout l'appartement ; deux fois le *matériel* a été déplacé et commenté au salon. Nous parcourions ensuite ensemble l'appartement : certains avaient une bonne visualisation de l'emplacement de leurs médicaments, d'autres les découvraient au fur et à mesure. Six pharmacies se trouvaient dans la salle de bains, une dans la chambre à coucher et une pharmacie pour chien dans le couloir. Une personne avait eu quelques médicaments réunis à la cuisine ; suite à un long périple, la pharmacie de voyage avait été rangée à la salle de bains, réunissant les possessions médicamenteuses.

Pour certains, ils me parlaient sans problème, pour d'autres je devais leur donner des exemples de commentaire ou leur demander de s'attarder plus longuement sur chaque médicament, soit qu'ils manquent d'imagination, soit parce qu'ils ne voyaient pas l'utilité d'en dire plus.

Je leur laissais, à la fin de l'entretien, un espace « questions-commentaires-remarques » pour qu'ils puissent s'exprimer d'une façon plus large ou périphérique sur la situation. Une fois l'entretien « officiellement » fini, nous discutons de choses et d'autres, et,

bien sûr, des points très intéressants pouvaient sortir à ce moment. Parfois, ces révélations survenaient alors que l'interlocuteur, redevenu connaissance, rangeait de façon désinvolte la pharmacie mise sans dessus dessous. Il arrivait que je remette l'enregistreur en marche.

Cette première partie a duré de 30 à 75 minutes environ.

Avant de partir, je leur expliquais la suite des opérations : écoute de la cassette et analyse succincte, puis deuxième partie de l'entretien. En général, une semaine s'écoulait entre le premier et le deuxième entretien. Parfois deux ou trois.

Le deuxième entretien s'est déroulé soit au domicile de l'interlocuteur, comme la première fois, soit chez moi pour des raisons de commodité. Nous n'étions plus à la salle de bain, mais à la cuisine ou au salon. Je leur demandais cette fois-ci de monologuer sur leurs conceptions concernant cinq thèmes, dans l'ordre : Maladie, Santé, Médecin, Médicaments et Pharmacie, plus quelques informations personnelles. L'entretien était totalement ouvert. J'avais une grille me permettant de vérifier qu'un certain nombre de thèmes avaient été abordés d'eux-mêmes et j'avais noté quelques questions, que je posais dans le contexte ou auxquelles ils répondaient dans leur discours. Je les laissais parler, ne les interrompant que pour des éclaircissements succincts, parfois des recadrements. J'ai trouvé important de voir quels sujets ils abordaient spontanément. La libre approche du thème était très intéressante, parce que chacun avait une façon très personnelle de comprendre l'exercice et d'aborder la matière. Ils pouvaient s'exprimer sur ce qui leur tenait à cœur, ce qui leur venait à l'esprit en premier. Comme pour la première fois, certains étaient très inspirés, d'autres avaient besoin d'exemples ou même que je pose beaucoup plus de questions. Avec le temps, j'ai réalisé que nous nous attardions trop sur les trois premiers thèmes et qu'arrivés aux médicaments, ils n'en pouvaient plus. J'ai donc abrégé les ardeurs du début pour qu'ils soient toujours motivés à parler une fois parvenus au sujet central. Je ne voulais pas changer l'ordre des thèmes,

trouvant important d'aborder des sujets qui pouvaient paraître plus secondaires avant de toucher au thème du médicament.

J'avais introduit cette deuxième interviewe de la même manière que la première – mon relatif mutisme, mes questions insolites voire agaçantes, le fait que j'allais mettre en avant leurs possibles incohérences et contradictions, mais cela uniquement pour que nous puissions en discuter –, et je terminais avec le même espace « questions-commentaires-remarques ». Comme la première fois, le débat se prolongeait souvent au-delà du temps identifié de l'entretien, laissant venir des indications et des révélations de taille.

Les entretiens ont duré entre 70 et 110 minutes. A la fin d'un entretien, j'étais parfois découragée, parfois déçue, parfois enthousiaste, toujours lessivée.

Pour finir, j'ai pris des photos de leur pharmacie et de leur armoire de cuisine. Pour certains je l'ai fait à la fin de notre rencontre, pour d'autres j'ai dû y retourner ultérieurement. Ils m'ont tous laissé faire sans problèmes, l'un d'entre eux arrangeant même sa pharmacie pour la mettre à son avantage, avec fierté. Pour des raisons circonstanciées, je n'ai pas pu photographier la pharmacie de deux de mes interlocuteurs.

Je leur ai aussi laissé la possibilité de me rappeler si quelque chose d'important leur venait à l'esprit. Peu ont utilisé cette porte ouverte.

J'ai enregistré sur magnétophone chacune des deux rencontres. J'ai retranscrit intégralement les premiers entretiens et sous forme de prise de note le second. J'ai, selon les cas, pris peu ou beaucoup de notes. Noter seulement quelques points thématiques, ou des sujets sur lesquels je désirais revenir ultérieurement, avait l'avantage de me laisser l'esprit libre, ainsi que les yeux, me permettant de mieux observer toute la gestuelle et l'état de mon interlocuteur. Prendre des notes extensives laissait des temps morts (lorsque j'étais en train d'écrire la fin d'une phrase), pendant lesquels l'interlocuteur avait le temps de se taire, de réfléchir, de se reformuler. Il m'est arrivé de jouer avec ces temps morts, ralentissant le

rythme de mon écriture pour laisser un temps de réflexion. Les gens sont souvent curieux de ce que vous êtes en train d'écrire sur eux, ils finissent par ne plus y prêter attention.

La teneur et la dynamique des entretiens variaient beaucoup d'une personne à l'autre. Certains étaient très enthousiastes, d'autres dubitatifs ou un peu méfiants. Certains ont fait beaucoup d'humour, d'autres étaient cyniques, d'autres débordaient de bonne volonté. Je regrette de ne pas pouvoir rendre les citations avec leur souffle, leur ton, spécificités du langage oral dont j'ai essayé de tenir compte dans l'analyse de mes données. Certains ont profité de cette occasion pour faire du rangement, jetant la moitié de leurs possessions thérapeutiques.

J'aimerais ajouter deux choses avant de clore ce chapitre, concernant mes regrets et mes enthousiasmes. En réécoutant nos rencontres après coup, avec le recul que l'enregistrement peut donner, j'ai regretté de ne pas avoir approfondi des points ou exploité des pistes qui paraissaient prometteuses. Je pouvais relancer le débat lorsque j'avais manqué quelque chose lors du premier entretien, mais au deuxième, il n'y avait pas d'autres rendez-vous prévus. Je posais mes questions à l'aveuglette, ne sachant jamais comment la personne allait l'interpréter et dans quelle direction elle allait orienter son discours. Parfois ces questions mettaient à jour des sujets essentiels que je n'avais même pas soupçonnés, parfois elles tombaient à plat. J'avais déjà modifié ma conduite après les premiers entretiens, posant un regard critique sur mon rôle, entrant mieux dans mon « personnage » de chercheuse : plus d'assurance, laisser un temps mort après la fin des phrases, avec la prise de notes par exemple... J'ai été très tentée de demander des compléments d'informations – j'aurais pu revoir chaque personne quinze fois ! –, mais j'ai décidé que le cadre de ma recherche reposait sur deux interviews par personne plus une « séance photo » éventuelle et devait s'arrêter là. J'ai tranché en ce sens pour ne pas me perdre en éternelles prolongations. On peut en effet creuser les différentes pistes à l'infini, il y aura toujours des précisions à demander, sur une

pratique décrite ou le fond d'une pensée. Je ne pense pas toutefois que cela aurait apporté un tour significatif à cette étude et considère qu'il est plus utile de concentrer mon énergie sur le matériau récolté que de rêver à ce que j'aurais dû ou pourrais encore faire.

La deuxième et dernière remarque concerne les enthousiasmes: demander du temps et l'accès à une intimité à quelqu'un, si bien disposé soit-il, vous met dans une position de débiteur. J'ai vécu ce sentiment d'être redevable de façon aiguë, sans être dramatique. En entendant des gens parler de mon travail, j'ai constaté que le fait d'avoir été pris comme « cobaye » était un motif de fierté, comme si cela prouvait qu'on était plus ou particulièrement intéressant. Même si cela était dit sur le mode de l'humour, j'ai trouvé cette réaction remarquable. Pour les gens qui apprenaient quel était le thème de mon mémoire, les réactions étaient diverses : soit un mutisme interdit, soit une autodésignation comme étant un sujet inintéressant ou passionnant, cette seconde catégorie me faisant alors un don spontané, et pas forcément bienvenu, de moult détails concernant leur utilisation du médicament, les maladies qu'ils ont à combattre et leur vision de la consommation de la société en général. Pour les personnes travaillant dans le domaine de la santé, l'intérêt était partagé quant à mon thème, se proposant comme source d'information ou me décrivant des attitudes qu'ils avaient eux-mêmes remarqués.

La période de ces entretiens a été féconde, prenante et riche en émotions. Chaque rendez-vous suscitait nervosité, frénésie ou déception et agacement. Chaque fois de nouvelles facettes, de nouveaux pôles ignorés ou inconnus m'étaient révélés, me mettant dans une totale effervescence cérébrale.

2.3. Mise en texte

En m'apprêtant à mettre en texte mes observations, mes analyses, mon expérience, je m'inscris dans une tradition anthropologique qui a ses canons, ses forces et ses pièges. Nous avons vu que je ne tomberai pas dans celui de rendre une réalité comme si elle existait telle quelle, hors de mon travail, sans processus aucun, sans avoir été travaillée par des questionnements, des choix, des sensibilités. La mise en texte d'un terrain n'est pas un procédé anodin, et elle mérite d'être ici discutée.

Le texte ethnographique suit plusieurs principes. Il obéit à un modèle d'écriture de base, ici celui des mémoires en ethnologie de Neuchâtel, qui doivent répondre à un nombre minimum de règles. Il est un positionnement dans les débats théoriques. Il est l'organisation d'une expérience, une appréhension de la réalité structurée de façon à être communiquée à des tiers, à se faire partager. Cette textualisation est une mise à distance et opère un déplacement entre les choses de l'expérience et les choses du savoir. Il est important à ce stade de regarder la matière de ce travail pour ce qu'elle est, car le pouvoir de l'écrit tend à réifier des paroles qui sont par essence fragiles. Il faut rester prudent face aux extrapolations et à la représentativité supposée, ainsi qu'à l'idéologie qui nous pousse à trouver une unité et un sens dans le vécu des interlocuteurs. Leurs actes et leurs théories ne sont pas et n'ont pas à être cohérents et structurés. Je peux organiser leurs paroles de façon à les rendre compréhensibles, cernables, mais pas plus cohérentes et logiques qu'elles ne sont. On ne peut pas faire honneur à la dynamique du vécu dans un texte statique et définitif.

Au-delà du fait qu'il faille se plier à une certaine récupération, classification et réification, la situation d'énonciation est un processus qui a aussi un impact sur le discours. Car jamais les interlocuteurs n'ont eu à s'exprimer dans un tel cadre sur un tel sujet, jamais ils n'ont eu à verbaliser leurs agissements de la sorte. On suscite chez les interlocuteurs des

informations sur des sujets qu'ils n'auraient jamais pensés à aborder. Il faut être conscient du « caractère exceptionnel et artificiel de cette situation de production discursive » (Gonseth, 1987: 35) dans la réception et le traitement de leur exposé. Ce n'est pas par hasard s'ils sont hésitants et tâtonnants dans leur définition du médicament : jamais ils n'ont eu à se poser la question ainsi, ils l'ont vécu, un point c'est tout. Quand je leur demande de trouver dans leurs souvenirs des attitudes, des gestes, il n'est pas étonnant qu'ils se cherchent et se reformulent. La mémoire n'est pas un terrain invariable, sa grille d'analyse évolue avec le temps et les expériences, son récit à un moment donné est un reflet, un récit parmi tant d'autres possibles, recueilli à un moment x dans un état d'esprit y. « A toute période de la vie correspondent des séries contrastées de récits possibles » (Gonseth, 1987: 28). Je prends les interlocuteurs à un moment de leur vie où ils ont ces conceptions, ce discours. Mais l'être humain évolue dans ses évaluations : comme je l'ai dit, des événements peuvent les faire changer d'avis, de comportements, de façon superficielle ou en profondeur, sur un court ou un long terme. Cela ne rend pas invalide tout résultat, obsolète toute recherche. Il faut être conscient de cette dynamique et la laisser transparaître dans sa mise en texte. C'est le lien qui nous intéresse ici : le lien de l'individu au médicament, le lien entre les utilisateurs, le lien de l'utilisateur au monde. Tout lien est dynamique, c'est ce qui fait son intérêt.

Par ailleurs, la situation d'énonciation met en présence deux personnes, avec leurs casquettes, leur humeur et les jeux de pouvoir et d'influence qu'il peut y avoir. N'oublions pas la dimension non verbale de la situation où l'interlocuteur a pu lire sur mon visage le plaisir ou la déception que suscitent ses explications ainsi que la possibilité que j'ai eue d'incliner les réponses par la façon de poser les questions. Ou l'interprétation des interlocuteurs de mes intentions et leur réponse à cette attente présumée. Ils ont pu aussi jouer, consciemment ou non, sur une image qu'ils veulent transmettre. Et enfin, ils opèrent,

eux aussi, une présélection dans les aspects qu'ils considèrent sans valeur ou importants, une simplification dans leur exposé.

L'évitement d'un piège ne doit pas mener à un autre : ce n'est pas vers un relativisme total que je me dirige. Je tiens à souligner, pour que nous le gardions en tête tout au long de ce travail, la richesse et la totalité que représente une expérience de terrain, dans son vécu, et dans son rendu, ici, noir sur blanc. Cette richesse ne doit pas nous empêcher de découvrir et comprendre certains phénomènes.

J'aimerais profiter ici de clarifier encore deux termes qui sont abondamment mis à contribution dans ce travail. *Biomédecine* est un terme utilisé par Genest (1990) aussi bien que par Fainzang (1989), ainsi que par de nombreux autres auteurs en anthropologie médicale. Il désigne la médecine occidentale telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux et enseignée à l'université⁹ ; il désigne la pratique dominante, qui sert souvent d'aune aux autres thérapeutiques, dans notre société. Cette appellation a le désavantage de dichotomiser le monde thérapeutique. Il ne faut ainsi pas négliger le fait que, en sus de la biomédecine, de très nombreuses pratiques s'offrent aux utilisateurs et se partagent leurs faveurs, pratiques aux présupposés, théories et sérieux différant grandement. Face aux reproches qui lui sont formulés depuis une quarantaine d'années, la biomédecine tend par ailleurs à s'ouvrir, à s'adapter, la réflexion sur ses pratiques provenant de ses rangs mêmes.

L'univers thérapeutique personnel est la notion que j'utilise pour désigner le monde du médicament tel qu'il est appréhendé, géré et utilisé par une personne. Je postule que chaque univers thérapeutique personnel possède comme cadre la mode thérapeutique sociale et culturelle de son environnement, avec des variations individuelles telles que les connaissances, les angoisses spécifiques, les maladies courantes, les expériences fortes, le tempérament etc. J'instrumente cette notion comme une boîte vide que je vais m'appliquer à

⁹ Dont certaines des caractéristiques principales sont : le principe de rationalité scientifique, les mesures objectives et les données physico-chimiques, le postulat de la dichotomie corps/esprit, l'existence de la maladie en tant qu'entité et l'intervention axée sur la personne malade plutôt que la famille.

remplir et à argumenter tout au long de ce travail, et sur la quelle je reviendrai en guise de conclusion. J'ai emprunté cette expression à Françoise Loux qui parle dans son ouvrage *Traditions et soins d'aujourd'hui* de « reconstituer l'univers thérapeutique d'une culture » (1990).

2.4. Jeux de miroir : mon entretien

Je suis consciente que cette introduction est longue et que le lecteur doit être impatient de rentrer dans le vif du sujet. Toutes ces informations sont toutefois nécessaires à rendre compte de façon précise de la réalité ayant donné naissance ou influencé les éléments qui vont suivre. Pour que le lecteur ait une vue totale des événements ayant participé à ma réflexion, il me faut décrire une dernière démarche.

C'est à un jeu de miroir que l'on se prête en ethnologisant le monde. Il m'a semblé indispensable de rajouter une facette à ce travail : moi aussi je devais me prêter au jeu de la pharmacie, moi aussi je me devais de décrire à un tiers ma pharmacie et mes médicaments.

Deux faits m'ont mené à cette conclusion. Avant de commencer mes entretiens, je me suis prêtée à une grande « confession médicamenteuse ». J'ai couché sur papier, quatre feuilles en tout, tout ce que je pouvais dire concernant mes pratiques et mes idées des médicaments. On l'a vu, porter un regard sur sa société propre, et sur une pratique de sa société à laquelle on participe de surcroît, cela demande une vigilance accrue en ce qui concerne le recul. J'ai essayé de me laisser troubler par tout ce que l'on me divulguait. Parfois, je me surprénais à avoir pré-classifié des éléments. Je me suis trouvée une fois, entre autres, en flagrant délit de pré-interprétation : Je récapitulais, à la fin de chaque entretien, quels étaient les médicaments les plus utilisés, les médicaments favoris. Alors que je consignais les différents choix, cherchant des liens à établir, je me rendis compte que j'avais

d'office exclu de la liste le Merfen et le Vitamerfen : en effet, je ne les considère pas comme de médicaments. Je ressentis le besoin de parler à un tiers de mes conceptions des médicaments pour qu'il puisse mieux, avec son regard extérieur et son recul, m'en dire un peu plus sur moi-même.

En commençant l'analyse des interviews, je compris le caractère indispensable d'un tel miroir. C'est en particulier autour de sujets plus sensibles, comme les mycoses vaginales ou les hémorroïdes que j'étais attentive aux gloussements, changements de débit et de rythme. Certains disaient n'avoir aucun problème sur la question, d'autres passaient rapidement sur le sujet, tout le monde ricanait et moi j'insistais peu. Je me rendis compte que je n'avais aucune idée de ce que cette expérience pouvait représenter. Pas seulement pour des choses aussi intimes, mais pour le fait de s'exposer, de se dire. Quand on est de l'autre côté, qu'est-ce qu'on a envie de dire, de cacher, combien de temps est-on motivé pour parler, comment présente-on en effet les choses ? Se souvient-on de la provenance et de l'utilisation de chaque médicament, garde-t-on aussi des médicaments sans qu'ils puissent jamais plus avoir une utilité chimique ? Je savais ce que c'est que de parler de médicaments, je savais ce que cela fait de se dévoiler, je ne savais pas ce que cela pouvait faire d'être l'interlocuteur. Cette expérience m'a semblé définitivement nécessaire.

J'ai donc fait la demande à une de mes camarades, achevant aussi sa formation d'ethnologue, de prendre mon rôle. Je lui ai transmis la copie d'une interview, qu'elle puisse se faire une idée de la dynamique des rencontres. Je lui ai demandé de noter tout ce qui, dans mon discours, pouvait lui sembler incohérent, ainsi que les perceptions, classifications et utilisations que je pouvais avoir des médicaments et mes stratégies. J'étais moi aussi enregistrée et n'avais pas particulièrement préparé le terrain. J'étais un peu nerveuse au départ mais me suis très vite prise au jeu. Cela est peut-être plus lié à mon caractère. J'avais un côté « bon élève », peut-être pouvais-je réaliser mon fantasme d'interlocutrice parfaite. En effet

comme intervieweuse, on peut parfois adorer des déclarations ou s'impatienter sur des explications qui n'ont rien à voir ou sont trop laconiques. De ce côté-ci, j'avais peur de lasser l'intervieweuse. En tout cas je parlai longtemps : presque 120 minutes.

Mon interview a eu lieu alors que ma série d'entretiens était presque finie. Elle m'a donc été utile dans l'analyse rétrospective de mes données et moins dans l'approche de mes interlocuteurs. Je ne me suis par ailleurs pas prêtée à l'entier de l'exercice : je n'ai pas fait le second entretien. J'étais satisfaite par la sensibilité et le point de vue acquis et ai considéré cette expérience comme suffisante.

Cet entretien devait mettre à jour mes constructions et mes incohérences, il a surtout montré comment chaque médicament est investi personnellement et est considéré différemment par chacun, et comment la première « rencontre » avec le médicament est capitale.

Des incohérences, mon discours en était truffé. Par exemple, je trouve le prix d'un tube de crème anti-herpès absolument scandaleux, d'autant plus que ça ne marche pas (c'est un médecin qui me l'a dit). Puis je constate qu'il est périmé et je décide de le garder, « c'est pas grave, de toute façon j'ai jamais eu d'herpès ».

Des conceptions personnelles aussi. Par exemple, j'ai été très étonnée, voire déçue de constater qu'un suppositoire que je considère comme très efficace ne coûte presque rien.

Mais c'est surtout au moment de discuter les considérations de mon intervieweuse que nous découvrons, ce fut une illumination pour moi, combien chaque médicament est vécu personnellement, comment on lui attribue une aire d'efficacité, un potentiel d'efficacité, d'espérance et de confiance. C'est probablement grâce à un changement dans la configuration de l'entretien que ce déclic a pu se faire. Au cours des autres recherches, j'ai été le pivot, pour ne pas être l'aune, de toutes ces expériences. Je me permettais le moins de commentaires possibles, peu d'apport de mes conceptions. Mon rôle stipulait que je devais rester *en dehors*

de la discussion et c'est ce que j'ai fait, tout occupée à gagner du recul sur la situation. Cette fois, je me retrouvais « en duo », dans une discussion à interlocuteurs égaux. J'étais décentrée – le breaching de Goffman ? – et pouvais m'exprimer. Mon intervieweuse avait été choquée par certaines de mes conceptions, parce que les siennes étaient très différentes, et nous en discutons en argumentant dans le sens de nos convictions, cherchant à comprendre d'où elles pouvaient provenir. Par exemple j'étais passée très rapidement sur les sels de bains que je ne considère absolument pas comme des médicaments, mais avais cité en tant que produit se rapportant au soin et à la détente du corps. Pour mon intervieweuse, ils étaient des médicaments à part entière. J'avais pensé à parler de mes tisanes anti-maux de ventre, anti-maux de poitrine, anti-stress... Ça ne lui serait pas venu à l'esprit. Je disais être très méfiante et prudente par rapport au médicament, mais prenais tous les soirs quelques gouttes pour la gorge directement dans la bouche (la notice dit bien qu'il faut verser trente gouttes dans un verre, pas plus de cinq jours de suite). Je me rendis compte que je ne considérais pas ces gouttes *vraiment* comme des médicaments, alors qu'elle si.

Notre univers thérapeutique était différent, voire antinomique sur certains points. Peut-être utilisons-nous dans les mêmes circonstances l'Aspirine, peut-être ignorions-nous toutes deux certains médicaments, n'avons pas l'habitude d'utiliser d'autres, avons confiance en certains. Pour quelques-uns, nous avons des critères d'utilisations, en temps, lieux et symptômes, de confiance et d'efficacité complètement opposés, tout cela indépendamment des affections dont chacune peut souffrir individuellement, et indépendamment de ce que la notice pouvait décréter. Nous divergions en effet quant à nos angoisses. Et ces médicaments nous avaient été présentés d'une certaine manière, dans certaines conditions et avaient eu un certain effet.

C'est ce que nous allons voir plus en détail dans le prochain chapitre, mais ne buvons pas le verre d'eau avant le cachet d'Aspirine. J'aimerais ajouter que cette expérience fut aussi

l'occasion de tester la lassitude possible (après une heure de monologue), la discrétion, de parts et d'autres, sur certains produits « gênants » et la conscience de la construction d'une image. En effet, en se centrant sur ce sujet et devant témoin, on a l'impression à la fin de l'interview d'être un peu névrosée, un peu accroc aux médicaments. On pourrait avoir tendance à en minimiser l'utilisation, tant les substances sont nombreuses. On a, d'une traite, une vision d'ensemble de toute sa consommation et de toutes ses pratiques médicamenteuses, c'est un peu étourdissant. J'ai souvent vu mes interlocuteurs lessivés, à la fin de l'entretien, me confiant d'un air soucieux qu'ils en avaient quand même « vachement » de ces médicaments. Ainsi une interlocutrice me dit : « Ben une fois que tu commences à en parler, tu te dis que t'es pas tout à fait normale. Ça me fait flipper d'y réfléchir. Pris l'un après l'autre, quand t'en parles de but en blanc, quand tu penses à toutes les fois mises l'une à côté de l'autre, ça fait beaucoup de petites choses. »¹⁰

Cette expérience fut essentielle, car elle m'a permis, en me décentralisant, d'amorcer une réflexion nouvelle.

¹⁰ Les citations entre guillemets sont celles que j'ai tirées de mes entretiens. Les citations provenant de mes lectures seront suivies de la mention de l'auteur, de l'année de parution, voire de la page.

3. Identité du médicament

J'ai avancé que la logique dans laquelle le médicament s'insère ne relève pas d'une simple réponse chimique à un mal biologique. Pour argumenter cette hypothèse, il me faut d'abord éclaircir la définition du médicament, ce que je vais faire dans le présent chapitre.

La question de l'identité du médicament ne doit pas sembler élémentaire, elle est au contraire fondamentale. S'il n'y a pas, du point de vue de mes interlocuteurs, matière à débat pour de nombreuses substances – sur quel consensus ? –, la question est pertinente pour de très nombreuses autres. En effet, les médicaments des uns ne sont pas les médicaments des autres. Nous allons voir comment.

Mes interlocuteurs sont à la source d'une clarification de la définition du médicament. En quelques sortes, c'est eux qui me fournissent les instructions qui me permettent de dessiner les contours de la réalité du médicament. Car tel est le premier enjeu de ce mémoire : qu'est-ce qui est médicament, qu'est-ce qui fait médicament ?

Je construis donc ce chapitre sur les rencontres que j'ai eues avec mes interlocuteurs, ce que j'ai pu observer, ce qu'ils m'ont dit. Comme je l'ai expliqué, je suis Garfinkel quand il affirme que les gens ne sont pas des « idiots culturels », qu'ils ont des explications sur ce qu'ils font, un vocabulaire et des classifications (in Coulon, 1987: 48). Si des articles et des livres ont pu me rendre attentive à certaines choses, c'est toujours à ce terrain, ces rencontres que je veux revenir en dernier lieu. Je considère le médicament comme une catégorie vide, que chacun remplit selon ses expériences, ses connaissances, le contexte qui l'a vu grandir. Fainzang a appliqué cette approche à la maladie, comme on le voit dans cet extrait : « Est maladie donc ce que les gens désignent comme telle, dans la mesure où cette désignation est porteuse de théories, de représentations et de conduites qui fournissent la matière de

l'interrogation ethnologique. Cette perspective suppose d'envisager les catégories de maladie et de malheur comme des catégories vides, remplies par des sujets en fonction de leur propre histoire, de leur propre culture, de l'état de leur relations familiales et sociales, et de n'induire aucune restriction sur ce qui est entendu par « maladie ». Elle explique ainsi sa démarche : « En effet, je tiens à préciser que j'ai toujours envisagé la maladie en tant qu'elle est définie par les sujets comme telle. C'est là un parti-pris épistémologique, motivé à la fois par mon expérience africaniste (qui m'avait appris à ne pas considérer des catégories nosologiques locales comme non pertinentes pour l'étude et à ne pas les ignorer au motif qu'elles ne s'accorderaient pas à la définition occidentale de la maladie), et par nécessité disciplinaire de me démarquer des travaux impulsés par l'approche biomédicale et de m'affranchir des catégories forgées par la biomédecine » (Fainzang, 1989: 21). Comme l'a expliqué Akrich, le médicament s'inscrit dans une longue chaîne d'actions, d'acteurs, de liens et de connaissances, qui participent à la construction du sens qu'il peut prendre. Il est influencé par de nombreux aspects : des aspects scientifiques et techniques, comme la substance de base, les effets secondaires, les indications et contre-indications, la forme, l'efficacité, le mode d'action ; des aspects psychologiques, comme le premier contact, la présentation, l'image de la firme, l'apport du médecin ; des aspects financiers, voire juridiques, etc. ; des aspects moins directement liés au médicament, au premier abord, comme le rapport à la mort, à la douleur, à l'autorité, au savoir, la conception de son corps etc.

On serait tenté de dire qu'il y a autant de définitions du médicament que d'interlocuteurs. Cela nous serait de peu d'utilité. Au vu des entretiens que j'ai fait, je crois pouvoir affirmer que chacun a à sa disposition un certain nombre de sources de connaissances et d'expériences et qu'il modèle et bricole à partir de là *son* univers thérapeutique, *sa* définition du médicament. Cette définition s'insère dans un style culturel, ne pourrait être énoncée telle quelle dans une autre culture. A travers les portraits qui m'ont été dressés, on

retrouve certains points de manière récurrente, d'autres de façon plus épisodique. J'aimerais montrer lesquels et comment. Nous allons voir comment chaque médicament ou catégorie de médicament fait l'objet d'une appropriation personnelle et circonstancielle, fruit d'événements passés et de connaissances aléatoires.

Quelques remarques avant de rentrer dans la chair de la définition. Je l'ai déjà dit, mais cela est particulièrement vrai ici, jamais les interlocuteurs ne se sont trouvés en situation de se demander, de cette façon, ce qu'est le médicament. « J'ai jamais réfléchi le médicament ! » Ils n'avaient donc pas de définition satisfaisante, de leur point de vue, à me donner. Souvent, ils commençaient par me citer un élément, puis l'étoffaient, tâtonnaient pour trouver quelque chose qui les contente. Ils pouvaient découvrir un autre aspect en cours de route, je pouvais moi-même leur faire remarquer leur pratique du médicament, et donc la conception qu'ils en ont, pour les relancer. Dans cet exercice, les contradictions étaient notoires, pour deux raisons sûrement. Parce que le discours s'agençait au fur et à mesure et parce que le système de chacun, au centre duquel le médicament était questionné pour cette occasion, et un système vécu, qui ne bannit pas les contradictions, bien heureusement. Le vécu, avec ses situations, ses temporalités, ses contextes, permet de penser une chose et son contraire, de faire une chose et son contraire. C'est la mise en mot, puis en texte, la tentative de structuration qui rendrait ces contradictions importunes. L'aspect statique de ce travail ne doit pas occulter la dynamique de la pratique, ni troubler par ses incompatibilités.

J'ai fourni, dans ce qui suit, un travail de reconstruction, à partir de leurs tentatives de définition, ainsi qu'en me basant sur des exemples et des histoires qu'ils ont pu me confier, qui sont aussi explicites quant à leurs conceptions du médicament. « A la confusion des repères, à l'incertitude qui règne sur l'avenir, les acteurs répliquent aujourd'hui par la production personnelle de leur identité, sur un mode plus individualiste, à travers une sorte de bricolage culturel où les influences sociales relèvent davantage de l'air du temps que de

régularités profondes et durables. Ce n'est pas la société qui donne une signification à l'existence à travers l'intégration sans équivoque de l'individu. Ce dernier tend de plus en plus à s'autoréférencer » (Le Breton, 1992: 140). On verra plus tard comment le médicament peut être un facteur de sécurité, c'est ici la notion de bricolage qui m'intéresse. Mes interlocuteurs ont bricolé une définition du médicament, la leur, où l'on retrouve des composantes récurrentes, des types d'agencement et une certaine armature, liée à la composante culturelle dans laquelle ils se trouvent tous¹¹.

Dans mon souci de garder un recul maximal, je préfère utiliser le « ils » pour parler de mon échantillon. Quand bien même un « on » se trouvera dans ce texte, je m'exclus complètement de ces descriptions. A part commentaires explicites, la question n'est pas de savoir si mes pratiques sont similaires.

3.1. Critères

L'élément qui fait l'unanimité est l'idée qu'un médicament est fait pour *soigner*¹² ; c'est souvent la première chose qui vient à l'esprit. Les interlocuteurs ont pu détailler ce point par la suite. On peut soigner les symptômes ou le mal même. On peut soigner le corps ou la tête, ils ajoutent souvent que les deux sont liés, dans un sens comme dans l'autre. Définir le médicament comme quelque chose qui soigne ET qui prévient, vient rarement à l'esprit. C'est à travers les exemples que j'ai fait ressortir cet aspect, où l'on prend une substance dans des conditions qui semblent défavorables à la bonne santé (examens, hiver, périodes de stress...) ou au moindre petit signe (début de début de grippe, picotements...).

¹¹ Je ne résiste pas ici à citer Lévi-Strauss dans sa *Pensée Sauvage* : « Tous ces objets hétéroclites qui constituent son trésor , il [le bricoleur] les interroge pour comprendre ce que chacun d'eux pourrait « signifier », contribuant ainsi à définir un ensemble à réaliser, mais qui ne différera finalement de l'ensemble instrumental que par la disposition interne des parties. [...] Mais ces possibilités demeurent toujours limitées par l'histoire particulière de chaque pièce, et par ce qui subsiste en elle de prédéterminé » (1962: 28-29).

¹² Les mots mis en italique au début des paragraphes l'ont été dans un souci de distinction.

Le *mode d'incorporation* est très important dans l'image qu'on a du médicament, que cela soit dit explicitement ou pas. Un médicament, prioritairement, c'est quelque chose qu'on avale. « Bouffer des pilules, s'enfiler des pilules, les ingurgiter, les avaler... » Que cela contribue à une image positive ou négative du médicament, cela dépend ensuite de l'interlocuteur. Quelqu'un m'a dit, à propos de sa pilule contraceptive : « Si je devais pas les manger, si c'était une pommade contraceptive, ce serait peut-être moins pire. » Dans ma quête des limites du médicament, j'ai souvent demandé si la pommade était à considérer comme un médicament. Majoritairement, la réponse a été non, ou alors pas un vrai, pas à part entière. « Il [l'utilisateur] dénigre souvent la tendre pommade, trop externe » (Dagognet, 1964: 12). La raison en est son apparentement avec le monde esthétique des crèmes de beauté, et son absorption par la peau qui ne fait pas le même effet, apparemment, sur l'imaginaire qu'une incorporation orale. Ackrich l'a relevé et on me l'a dit quelques fois au cours du deuxième entretien, la maladie est considérée comme un agent extérieur qui attaque de l'intérieur. Il faudrait donc le combattre sur le même plan, c'est-à-dire avec une substance extérieure au corps mais agissant de l'intérieur (et par conséquent ingérée) ; ainsi une interlocutrice : « Quelque chose d'extérieur dans le sens où si c'est une bactérie ou un germe qui vient de l'extérieur et qui agresse ton organisme, et ton organisme agressé essaie de se défendre, s'affaiblit, c'est ce que moi j'appellerais la maladie. » Dans ces conditions, la pommade peine à être prise au sérieux. L'application externe d'un médicament, où la peau n'est finalement qu'une autre voie d'absorption n'est pas très plébiscitée.

Dans la même optique, la forme du produit – pilule, gélule, pommade, gouttes, suppositoire... –, ce qu'on appelle la *galénique*, importe dans son acception comme médicament. Le sirop est souvent rattaché au monde de la confiserie, on peine à lui faire confiance, à lui accorder du crédit. On aurait plutôt tendance à aimer son goût et son odeur, à avoir envie d'en consommer parce que cela rappelle de bons souvenirs ou parce qu'on a

toujours adoré son goût. Les gouttes peuvent ne pas être prises au sérieux, mais pas par tout le monde. Pour certains, elles équivalent à un médicament, avec ce que cela demande de prudence et de sérieux, pour d'autres, c'est un peu « comme du kirsch ». On m'a peu parlé des suppositoires, j'en ai vu une fois dans une pharmacie. Ils y étaient le remède radical, et utilisé en toute occasion, contre les maux de gorge. Deux autres personnes m'en ont parlé, décrivant leur refus total de la question. Le côté anal est sensible bien sûr, et il semble, au vu des discours et de leur absence des pharmacies, que les suppositoires ne soient pas très populaires.

J'ai beaucoup lu sur à la symbolique du *nom*, son influence. Le nom d'antidépresseurs, par exemple, qui fait miroiter « la prise d'un ascenseur par votre humeur¹³ ». Quelques *classiques* ont souvent été cités par leur nom : Aspirine, Dafalgan, Ponstan, Carmol, Baume du Tigre, Claritine, Zovirax¹⁴... Mais on ne m'a pas fait de commentaires sur l'influence que pouvait avoir le nom, ce qu'il rappelait, s'il portait à la confiance, avait décidé à acheter. Une interlocutrice m'a dit, en me présentant une crème: « Alors je l'ai mis là parce que je le trouve moche et je préfère qu'il soit enfermé que sur le, sur le présentoir. Surtout que c'est marqué Accnilox, alors ça a tendance à faire acné, voilà, j'aime pas trop. » Le nom est difficile à retenir, à part pour les produits très connus ou ceux qui sont fréquemment utilisés par quelqu'un. On se souviendra plus facilement d'une forme ou d'une couleur.

Un élément qui peut contribuer à faire d'un produit un médicament ou à lui donner plus de crédit, est le *lieu de son achat*¹⁵. « Et pis y'a le côté pharmacie parce que par exemple, je sais pas pourquoi je fais une fixation sur les bonbons Ricola, mais si je les vois à la Coop je

¹³ « Toujours par la magie, le préfixe peut chercher à tirer vers le haut le pauvre patient écrasé par la maladie, notamment par la fatigue et la dépression : *Surélen*, *Survector*, *Prohiaden*, *Prozac*, *Promotil*, etc. L'une des plus grandes trouvailles reste sans conteste l'*Ascensyl*, véritable ascenseur vers le mieux être. Impossible de l'évoquer sans déjà se sentir transporté en de bleux paradis sanitaires » (Lemoine, 1996: 51).

¹⁴ Vous trouverez en annexe la liste du contenu de quelques pharmacies. La nature des médicaments y est précisée.

¹⁵ Point qui nous ramène à la remarque concernant les remèdes au chapitre 1.2.3. : « [...] le mode de cueillette, c'est-à-dire le moment et la façon dont les ingrédients constitutifs du médicament sont récoltés, ainsi que la personne et le lieu de l'acte, n'est pas indifférent. »

me dis « C'est des bonbons », mais dès que tu les vois sur le présentoir d'une pharmacie, tu te dis que ça a peut-être en effet quelques vertus thérapeutiques. » « Est médicament ce que je vais chercher à la pharmacie. Uniquement ce que je vais acheter à la pharmacie, ce qu'on peut pas acheter ailleurs qu'en pharmacie. » La pharmacie est une assurance, elle est le garant de la fiabilité d'un produit. On suppose qu'un produit qu'on trouve seulement en pharmacie doit avoir une efficacité spécifique. La pharmacie est un lieu privilégié, où certaines règles doivent être suivies. A commencer par une certaine « austérité » : une pharmacie n'est pas un bazar, des choses y ont leur place, d'autres pas. La pharmacie est aussi le lieu d'un dialogue, de conseils ; elle a une aura certaine sur ses produits, c'est un fait indéniable. Si le médecin a très souvent été critiqué ou remis en question, le pharmacien, malgré la relation marchande, n'a jamais été mis en doute.

Dans la catégorie des produits que l'on peut acheter en pharmacie, il y a ceux qu'on ne trouve que là, ou ceux qu'on peut acquérir ailleurs, dans un supermarché par exemple. Ces derniers perdront, dans cette logique, de leur potentiel d'efficacité. « Si tu peux l'acheter en supermarché, c'est mauvais signe. »

La pharmacie, lieu distinct et particulier, demande une certaine disposition pour y entrer. On ne va pas à la pharmacie comme dans une grande surface : certaines personnes n'ont pas le réflexe ou l'inclinaison de passer la porte d'une officine. Cela ne veut pas dire qu'ils ne considèrent pas les produits de la pharmacie comme possédant une charge spéciale, mais qu'ils n'iront pas ou rarement d'eux-mêmes en chercher. La « charge spécifique » de la pharmacie peut détourner des clients : « C'est du Juvamine anti-stress. J'avais acheté ça dans un supermarché français et je voulais essayer. Parce qu'avec le travail je suis un peu stressé, je me suis dit « Je vais essayer de prendre quelque chose ». Je l'ai acheté, j'aurais jamais été dans une pharmacie pour l'acheter, pour acheter un truc comme ça, mais dans un supermarché, y'a ça sur l'étalage, donc là je prends beaucoup plus facilement. » Ici,

l'avantage du supermarché est de ne pas nécessiter un effort spécial, de ne pas obliger à mettre en mot un mal, de ne pas être confronté au regard, même a priori bienveillant, de quelqu'un.

Dans une logique tout à fait similaire, le rôle du *médecin* dans la vie du médicament et le rapport que l'utilisateur entretiendra avec lui est central. « Le médicament demande à être soutenu par la compréhension et le savoir d'un autre » (Akrich, 1995: 138). Le médecin est celui par qui passe le médicament, certains en tout cas, celui qui le présente à son patient. A cet égard, il peut, par son discours et son attitude, valoriser le produit, donner espoir, motiver la personne, ou ne pas savoir convaincre ou rassurer. Ce n'est pas vrai pour tous les interlocuteurs, certains ont un rapport beaucoup plus *mathématique*, mais d'autres ne demandent qu'à être convaincu par leur praticien, consciemment ou pas, de l'efficacité du médicament. Le médecin, les recherches l'attestent, est un médicament en soi, et « le médicament est ce qui reste quand le médecin est parti » (Augé, 1986). Ainsi un bon rapport avec le médecin, de confiance réciproque et de dialogue, les interlocuteurs ont beaucoup insisté, est important en soi, et se répercutera sur l'image que l'on se fait du médicament. Par ailleurs, le seul fait d'aller voir un médecin, de lui parler semble parfois être un soin suffisant : « Je crois que c'est ça. Une fois que j'ai le médicament, une fois que je suis allé chercher un truc précis, je me sens mieux, je le prends pas, parce que j'ai moins, parce que c'est pas forcément nécessaire. C'est toujours comme ça, quand t'as mal à quelque part tu vas chez le médecin, tu téléphones et t'as plus mal et tu sais plus comment lui dire, c'est chiant. Après il trouve autre chose. » Les produits qu'il pourra suggérer ne seront alors pas pris, la visite ayant un effet thérapeutique en elle-même. Les produits peuvent ne pas être pris dans un autre cas de figure, où la relation de confiance a échoué, la personne ne s'est pas sentie comprise et elle ne fait donc pas confiance aux substances prescrites.

Dans cette relation, l'*ordonnance* que le médecin prescrit a une charge forte et spécifique. L'ordonnance, avec son écriture souvent illisible, sacralise et personnalise le produit. Il peut agir comme un objet transitionnel (Célerier, 1999: 56). Il fait le lien entre la visite au médecin, cette relation et la solitude du malade aux prises avec son mal. C'est un système médical, majoritairement biomédical, une relation, une blouse blanche qui auréolent alors le médicament. « Quand on s'est fait prescrire un médicament, c'est du sérieux », affirme un interlocuteur. Si on commence un traitement, on le finira plus effectivement que dans un cas d'automédication. Je dis « si » car même si la charge d'une ordonnance, avec le pouvoir de l'écrit, l'empreinte du signataire, est forte, elle ne manque pas d'être parfois réévaluée, calibrée au goût du patient. Celui-ci peut discuter le contenu chez le médecin même, entre soumission, résistance et négociation, ou l'accommoder chez le pharmacien (enlever un médicament par exemple). « Une fois le médicament prescrit, le patient entre dans la phase « privée » de l'ingestion du produit [...]. Le patient décide lui-même, une fois sorti du cabinet du médecin, du moment où il consommera son médicament, de la fréquence de la consommation, de la quantité de comprimés qu'il prendra, voire de la pertinence de les consommer ou non » (Massé, 1995: 235). L'ordonnance est aussi l'objet qui marque, clôt et peut-être valide la visite médicale. « Moi j'aime bien les médicaments, quand je vais chez le médecin j'aime sortir avec une ordonnance. Sinon, [j'ai] l'impression que ça a servi à rien. » Un sentiment d'incomplétude peut frustrer un patient sans ordonnance, elle qui atteste le mal. « Il est difficile de ne pas faire d'ordonnance. Les malades ont besoin de sortir de la consultation avec quelque chose » (Célerier, 1999: 55). On verra par ailleurs, dans les stratégies de stockage, comment on peut acheter un médicament prescrit non dans le but de le prendre immédiatement, mais à un moment qui semble, au patient, plus approprié.

Les médicaments qui se procurent « sur ordonnance uniquement » sont perçus par beaucoup comme indéniablement plus forts. Le pouvoir symbolique de la prescription est

grande, qui symbolise « le pouvoir du médecin et de la technologie médicale » (Massé, 1995: 234). La charge de la biomédecine qui y est liée est plus puissante, le médicament doit être supérieur en efficacité. « Ah moi, un critère pour qu'un médicament soit bon, c'est que tu peux l'avoir que sur ordonnance. Je me dis « Ça c'est béton ! » Comme Ponstan c'est que sur ordonnance, donc c'est béton ! » Ils s'entendent majoritairement sur ce fait. C'est un motif de refus, de peur ou de méfiance pour certains, selon la logique "plus puissant – donc plus nocif". C'est un motif de confiance, d'enthousiasme pour d'autres, selon la logique "s'il est plus puissant, son efficacité doit être meilleure".

Dans cette sphère de l'écrit se trouve aussi la *notice*, message du fabricant à un collectif flou, qui aussi est constitutive de l'idée que l'on se fait du médicament. A nouveau, les attitudes divergent : certains adorent lire la notice (ainsi une interlocutrice me parlant de son rapport à la notice : « Mais Hervé adore la lire, alors il la lit quand je prends le médicament et il me résume. »), elle est pour d'autres indispensable à consulter en détail pour des raisons de sécurité. D'autres l'évitent, ayant peur des informations qu'elle contient, peur de ne pas comprendre ou d'en mal interpréter le contenu, ou encore par désintérêt. On craint aussi les phobies qu'elle pourrait occasionner ou la réalité qu'elle donne à une situation (« J'ai pas voulu lire la notice des antidépresseurs : je sais que ça rend dépendant, je ne veux pas le lire de mes propres yeux. »). En tout cas, la notice est l'occasion de recevoir un supplément d'informations « sur lequel l'utilisateur peut s'appuyer pour interpréter ce qui lui arrive, autrement dit pour inscrire son expérience particulière dans un cadre général » (Akrich, 1995: 138).

Un thème tout à fait inattendu, pour moi, est apparu à plusieurs reprises : la *recherche* et les « boîtes pharmaceutiques ». Alors que je lui demande s'il fait confiance aux médicaments, un interlocuteur me répond : « Quand j'achète un médicament ici, je sais que c'est fait par une grosse boîte pharmaceutique qui a fait de la recherche là-dedans et qui a

testé ses médicaments pour voir si ça fonctionnait et tout. » Ces deux éléments ont été plusieurs fois cités comme argument confirmant un statut de médicament ou la confiance qu'on peut avoir en eux. Le fait que le médicament soit le résultat de recherches prouve qu'il doit être efficace. Le fait que le médicament ait dû passer par de nombreux tests pour être répertorié est la preuve qu'on peut lui faire confiance. Ce monde est plutôt flou, on en a une vague idée, mais elle est suffisante à soutenir une identité, une efficacité, une confiance. Les contre-exemples sont balayés.

Les *cinq sens* sont abondamment mis à contribution. Dans une société de l'hégémonie du visuel, l'aspect est très important : l'apparence, comme la « tronche » d'un médicament, est souvent abordée. Il y a des conditionnements qui inspirent, d'autres qui font douter. Il y en a qui font sérieux, d'autres pas. « Y'a des emballages, ça te met en confiance, ou ça [elle me montre une boîte de pastilles pour la gorge], ça a l'air français, ça a l'air bizarre. » Il serait intéressant d'étudier très précisément sur quels signes les gens se basent pour « identifier » des catégories qui les rendent confiants ou méfiants, comme lorsqu'un interlocuteur me dit d'une boîte de pilule pour la digestion : « Ça a pas une tête de médicament qui marche ». En effet, le discours de certains, et leur refus consécutif de prendre quoi que ce soit, tend à prouver qu'on a l'habitude d'une certaine présentation visuelle, et que celle-ci importe, elle est notre premier rapport concret avec le médicament. Les conditionnements qui « ont l'air étranger », dans les cas que j'ai rencontrés, portaient à la méfiance. Le conditionnement est sensé refléter, en tout cas il est interprété comme tel, la *personnalité* du médicament. On le désignera comme médicament sérieux, alternatif ... selon l'idée qu'on en a. « Les préservatifs dans la pharmacie, parce que ça a une tronche de médicament. C'est cette espèce de, d'emballage en carton avec des trucs emballés encore dedans dans du plastique. »

L'*odorat* et le *goût* sont souvent liés dans les descriptions. J'ai pu constater que quand ils étaient mentionnés, ce n'était que pour un certain *genre* de médicaments. Ou plutôt ils

n'étaient pas de mise dans la description d'antibiotique, de médicaments sur ordonnance, ou pour la catégorie décrite par certains comme des médicaments « lourds ». Est-ce parce que ces aspects n'entrent pas en ligne de compte dans leur fonctionnement, au moins dans l'approche que les gens en ont, ou parce que le plus souvent, ce sont les *petites* préparations qui ont un goût ou une odeur prononcés ? En tous les cas, l'odeur et le goût, ainsi que la consistance sont des éléments importants dans la perception de certains produits, pour certains même centraux. Deux produits ont été massivement décrits à travers leur goût et leur odeur, il s'agit du Carmol¹⁶ et du Baume du Tigre¹⁷. On verra plus loin que cette perception constitue parfois la principale efficacité d'un médicament.

Comme le note Ackrich, le goût est un thème moral. Un médicament, fait pour soigner, un sujet sérieux, peut-il avoir le bon goût des friandises ? Je constate à travers mes lectures que le médicament n'est pas sensé être un plaisir. Il doit rétablir le bien-être, mais en aucun cas être une source de jouissance en soi (c'est peut-être aussi pour cela que les gens ont généralement du mal à considérer un sirop pour la toux comme un médicament !). En tous les cas, sa perception est tranchée : un médicament a bon ou mauvais goût. Pour certain, le mauvais goût est la garantie de son efficacité : « Si avec toute la technologie ils arrivent pas à faire un truc bon et qu'ils le laissent mauvais alors que c'est anti commercial, ça veut dire que ça marche, qu'il est excellent bon. » Ou alors le goût peut être mauvais, mais apprécié quand même, il fait partie de la *personnalité* du médicament. D'autres vont refuser de prendre un médicament pour cause de son goût désagréable. D'autres vont le prendre plus pour son

¹⁶ Carmol est le nom d'une ligne de produits à usage externe (huiles de massages en friction) ou interne (gouttes) à base d'huiles essentielles extraites de onze plantes médicinales. On peut l'utiliser, entre autres, en cas de douleurs musculaires ou articulaires, contusions, rhumatismes, refroidissements, maux de tête, troubles de l'estomac, nervosité, maux de voyage etc. Il ne nécessite pas d'ordonnance.

¹⁷ Baume du Tigre est présenté comme un produit élaboré en Chine. C'est une pommade analgésique recommandée, entre autres, pour les douleurs des articulations et meurtrissures (en massage) ou contre l'état grippal (par exemple à inhaler en cas d'obstruction bronchiale ou nasale ou à masser sur la poitrine). Sa publicité précise que « le frottement sur la peau donne une sensation mitigée de chaud et à la fois de fraîcheur; [et que] de ce fait il soulage la douleur » et ajoute que « le Baume du Tigre est employé depuis plus de cinquante ans, ce qui donne une réelle signification à l'expression " les meilleurs remèdes sont les vieux remèdes " ». Le Baume du Tigre est fait à base de camphre, de menthol, d'huile de menthe poivrée, d'extrait d'huile de clou de girofle, de vaseline et de paraffine.

goût que pour ses vertus supposées, ici un interlocuteur me présentant des pastilles Echinaforce¹⁸ : « J’y crois pas non plus, c’est encore Martine qui m’a obligé à les prendre, enfin qui m’a conseillé de les prendre, mais je les prends car ça a un goût que j’aime bien. Faut les sucer, tiens je te fais goûter, j’en prends un aussi. Je trouve que ça a un goût très intéressant. Il faut lécher. » Un trop bon goût peut avoir tendance à enlever du crédit au médicament, peut-être toujours sur ce postulat que le médicament n’est pas sensé être agréable en soi, mais mener à une guérison ultérieure (ou à la prévention d’un mal). La consistance peut être un motif d’attrait ou de dégoût.

L’odeur, quand elle a été évoquée, l’a été sur un ton rêveur, mais neutre. Il ne s’agissait pas de sentir spécifiquement bon ou mauvais. C’est ce à quoi rapportait cette odeur qui importait ici. « Elle [la pharmacie] avait l’odeur du, du pharmacum, de la pharmacopée, tu sais de, un peu des plantes comme ça. » Une aura de tradition entoure les substances en question, on m’a parlé d’une odeur de vieux, de *médicament*. En essayant de définir l’utilité d’un bain à l’Eucalyptus, un interlocuteur conclut : « Voilà, mais au moins, ‘fin y’a déjà l’odeur qui est l’odeur du, enfin quelque chose qui soigne. » L’odeur faisait partie de ces médicaments, dans la perception totale qu’en a un utilisateur, dans les aspects qu’il en retient.

Le *prix* d’un médicament entre aussi en ligne de compte dans sa définition. Je me serais attendue à ce que l’on considère un médicament cher comme efficace. Je n’ai pas eu de commentaires spécifiquement en ce sens. C’est plutôt en dernière instance, quand je demande pourquoi l’on ne jette pas un médicament dont on sait qu’on ne le réutilisera pas, qu’on me dit : « Mais t’as vu le prix ? » [mon interlocuteur faisait ici allusion à un médicament contre les états grippaux, dont il me disait qu’il n’allait pas le réutiliser, mais qu’il n’était pas disposé à jeter]. Il ne faut pas oublier que, même si ce n’est pas un objet vulgaire mais hautement complexe, le médicament est une marchandise, et qu’à ce titre, il fait partie du monde de la

¹⁸ Substance qui existe sous plusieurs formes (pilules, tablettes à croquer, gouttes) et qui est sensée stimuler la résistance et les systèmes de défense endogène, par exemple en cas de refroidissement. S’achète en pharmacie, sans ordonnance.

consommation, avec ses habitudes et ses logiques. Chacun a sa perception et son vécu de la consommation, des dépenses et du gaspillage, qui ne sont pas sans influence sur le rapport au médicament. L'achat d'un médicament est comme un petit investissement. Son inefficacité peut ulcérer, sa non-utilisation peut agacer ou ne pas toucher. Et nous verrons que le médicament n'a pas toujours besoin d'être *techniquement* utilisé pour trouver son efficacité et son utilité.

La *temporalité* du médicament est aussi constitutive de son identité. L'attente de l'obtention du médicament, l'organisation et l'acte de la prise, l'attente de l'effet, sa durée, la fréquence des prises, le rythme qu'elle peut instaurer dans la journée, avec tout ce que l'angoisse et la douleur peuvent transformer dans la perception du temps qui passe, sont autant de moments rentrant dans la personnalité du médicament. On peut refuser un médicament parce que sa prise demande trop d'investissement en temps. On peut dire d'un médicament qu'il est efficace parce qu'il agit rapidement ou dure longtemps. Cette temporalité est difficile à aborder, à cerner, à décrire pour mes interlocuteurs, car le moment du médicament est en général court, au maximum le temps d'une effervescence ou de compter quelques gouttes.

La *fréquence* d'utilisation d'un médicament, ou sa fréquence possible, fait et défait le médicament. Car le médicament est sensé être quelque chose de rare, de circonstanciel, d'événementiel. Un médicament qu'on a trop pris, ou que l'on pourrait prendre trop facilement, perd de son sérieux. « Et les aspirines après la cuite ? - Ah c'est pas un médicament ! - Pourquoi ? - (rires) Ça fait partie de la fête encore, je sais pas, si mais, disons que c'est un médicament qui est tellement entré dans les mœurs que tu le considères plus comme de la Nutella. » Victime de son succès, une matière trop employée perd de sa « charge thérapeutique ». Cette charge, par ailleurs, fait « de la prise médicamenteuse un moment à part dans le cours des activités quotidiennes » (Akrich, 1995: 151) : « Ça devient trop quelque

chose de facile. On réfléchit même plus. Moi quand je prends un médicament, à chaque fois je réfléchis « Tiens j'ai pris un médicament ». Je sais cette semaine combien de fois j'ai pris un médicament. Je prends un médicament, c'est pas quelque chose d'anodin. » La consommation d'une substance médicamenteuse est différente de celle d'un aliment, dans la gravité de l'acte, dans les attentes qu'on en a, dans le soin qu'on y porte. Si on peut lire l'étiquette d'un aliment, la lecture de la notice relève d'une sphère beaucoup plus scrupuleuse. Quant au temps qui suit la prise du médicament, il est fébrile : l'impatience devant l'efficacité du traitement est un fait caractéristique, comme nous le verrons au chapitre 5.2.

Le fait de pouvoir soigner ou prévenir, le mode d'incorporation, la forme du médicament, le lieu de son achat, la personne par qui il a été amené, l'ordonnance, la notice, les recherches supposées, la mise à contribution des cinq sens, le prix, la temporalité, et la localisation comme nous allons le voir, voilà quelques-uns des éléments qui font et défont le médicament, comme j'ai pu l'observer au cours des entretiens. Ces arguments forment une nébuleuse où les substances trouvent leur place, plus ou moins nécessaires, plus ou moins plébiscitées, et sont considérés, consciemment ou non, selon certains critères que j'ai retrouvés, selon les agencements personnels, chez presque tous mes interlocuteurs. Le thème manichéen qui place le médicament *entre nocif et curatif* revient souvent : on est attiré par ses potentialités, apeuré par sa nocivité présumée. Un critère dichotomique important, est la conception du médicament comme étant « chimique » ou « naturel ». La perception du médicament comme appartenant plutôt à l'un ou l'autre pôle repose sur des suppositions, des convictions, ainsi que sur la présentation du médicament, autant du point de vue du conditionnement que de sa place en pharmacie, et pas sur la connaissance précise des composants. Que ces certitudes trouvent un écho dans la réalité chimique de la substance importe peu, elles ont un grand aval sur le rapport de l'utilisateur au médicament. Les substances perçues comme chimiques engendrent confiance ou méfiance: soit le

« chimique » fait du médicament un objet efficace et indubitable, voire renforce son identité : « Plus c'est chimique plus c'est médicament (rires) » [mon interlocuteur pensait à haute voix, essayant de mettre à jour les éléments qui font pour lui le médicament]. Soit ce chimique est synonyme de nocif, dangereux, mauvais et en limitera l'utilisation. Une interlocutrice, me parlant de sa préférence pour l'homéopathie, explique : « J'ai moins l'impression de manger des médicaments qui sont nocifs pour la santé. » La facette plus « naturelle » produit les mêmes réactions positives ou négatives, selon la sensibilité de chacun : soit on percevra ces substances comme faisant du bien sans faire de mal, c'est surtout cet aspect de non-nuisance en retour qui est avancé et d'harmonie avec le corps et son fonctionnement ; soit elles seront méprisées comme inefficaces et inutiles. Les différentes classifications personnelles sont floues, si on y oppose des contre-exemples elles se retrouvent vite sans arguments : « J'ai essayé les médicaments homéopathiques, mais je suis pas toujours convaincu, quelque part j'aurais toujours plus confiance en des médecines occidentales quoi. - C'est occidental. - Ouais, mais j'ai tendance à le mettre dans les médecines alternatives, genre médecines chinoises, mais c'est vrai. » Le fait de savoir d'où vient l'homéopathie ne change rien au fait que l'interlocuteur la considère comme exotique et peu efficace. Le vocabulaire employé pour définir l'un et l'autre pôle est divers : côté chimique il y a « médicaments lourds », « médicaments conventionnels », « vrais médicaments », « petits trésors », « béquille », « médicaments sérieux ». On oscille entre la lourdeur et la légitimité. Côté naturel, on entend « petites graines », « médicaments alternatifs », « médecines douces » (toujours pour parler de médicaments), « remèdes de grand-mère »... On se partage entre respect du corps et marginalité.

La *charge traditionnelle* se trouve, à tort ou à raison, du côté du naturel. Le prestige de l'exotisme, du mystère et de la tradition aussi ont leurs effets sur l'esprit de certains utilisateurs. Le remède de grand-mère typiquement, est perçu par ceux qui y recourent comme

un remède ayant traversé les temps avec le corps. Le fait qu'il soit arrivé jusqu'à nous est une preuve de son efficacité, dans quelque domaine que se trouve cette dernière, et le fait que ces effets ne soient pas foudroyants, pour employer un euphémisme, n'est pas invalidant non plus. « Je sais que ma grand-mère appelait et disait qu'il fallait mettre des concombres sur notre acné. Alors on mettait des concombres sur notre acné, après on en avait toujours autant, mais on le faisait (rires). » La « diffusion industrielle de thérapeutiques dites traditionnelles », son succès et son omniprésence dans les pharmacies montrent combien l'argument de la tradition est porteur, en matière de santé. Cet argument est médiatisé par un conditionnement spécifique, mise en bouteille, couleurs, logos, et par des textes vantant des mérites que les générations passées ont déjà su mettre à profit (comme dans le cas du Baume du Tigre où il est dit que « le Baume du Tigre est employé depuis plus de cinquante ans, ce qui donne une réelle signification à l'expression " les meilleurs remèdes sont les vieux remèdes " »). Le mystère est puissant aussi, qu'il entoure des préparations au profil chimico-industriel ou naturel. Ces différents éléments sont instrumentés par les entreprises pharmaceutiques et se retrouvent au cœur de stratégies de marketing auxquels tous ne sont pas insensibles.

Un autre de ces arguments est l'argument *religieux* qui est massivement abordé et beaucoup défendu dans la littérature ethnomédicale. De nombreux parallèles sont tirés entre acte religieux et acte médical, par exemple ici par Benoist : « Le divin et le médical ont toujours affiché leur fondement commun et quelque part, le souvenir de cette origine flotte dans l'aura du médecin » (cité par Fainzang, 2001). Dans la réalité de mon terrain, très peu d'allusions à la religion ont été faites, comme ici : « Il y eut une époque où pour moi un médecin c'était un Dieu. Genre il avait les réponses à tout, il pouvait guérir. » Certaines préparations s'inscrivent dans le créneau des préparations sensées avoir été produites dans des monastères. Mais cette provenance revendiquée n'est même pas relevée par ceux possédant des médicaments du genre. Sont-ils trop jeunes, trop loin de toute spiritualité de cet ordre, loin

de maladies vraiment graves ? En tous les cas, le religieux n'est pas invoqué, rarement évoqué.

Chaque médicament est issu d'un *système médical*. Cette provenance, supposée ou avérée, est un élément constitutif de l'identité du médicament, nous l'avons vu dans l'exemple cité plus haut sur l'homéopathie. Benoist explique que le médicament s'inscrit dans la chaîne de différents systèmes médicaux, qu'il est le symbole de ce système et pourra être aimé ou haï pour ce qu'il représente (1990). A nouveau, la perception de ce système, qui comprend des théories, des praticiens et des substances et engendre adhésion ou refus, n'a pas à être absolument véridique et précise. On en a une idée floue, mais suffisante, et un rapport standardisé. On peut supposer que l'attitude face au praticien d'un système sera similaire à celle face à un médicament issu du même système.

Le système occidental, c'est-à-dire biomédical (bien qu'on ait vu que l'homéopathie par exemple est aussi une tradition européenne), est celui qui possède la charge la plus forte de scientificité et de rationalité, celui qui possède la légitimité médicale du décryptage de l'organique (Herzlich, 1984). C'est aussi à ce système qu'on reproche de ne pas respecter le corps, de lui prodiguer des substances potentiellement nocives (reproche qui n'est jamais formulé à l'égard de remèdes naturels). La biomédecine est le système dominant dans la société : il s'est imposé historiquement et sert souvent de référent ultime aux pratiques du corps. Aux niveaux administratif et organisationnel, il est aussi en position de légitimité et d'éminence. Mais, comme le rappelle Fainzang, il ne faut pas confondre système occidental et utilisateurs occidentaux. Les autres pratiques sont des alternatives générales, qui peuvent prendre la place centrale de l'univers thérapeutique du point de vue de l'individu. Benoist avance que les médecines alternatives s'engouffrent dans les failles de la biomédecine (Benoist, 1990), en tout cas elles représentent les options nécessaires à un mode de concevoir

l'homme et la maladie. Les médicaments sont porteurs de tout cela, et choisis ou rejetés dans cette dynamique aussi.

Est-ce ainsi que certaines catégories de médicaments ne font aucun doute dans leur identité ? A travers ces huit univers thérapeutiques, j'ai observé des accords et des divergences diverses et nombreuses quant à la qualité du médicament. Si pour l'un, l'Aspirine est le médicament miracle, pour un autre, il n'est pas un médicament, pour cause d'utilisation trop fréquente, comme nous l'avons vu. Si pour l'un, les médicaments à base de plantes sont de vrais médicaments, pour un autre ils ne sont que de la petite cuisine. Une catégorie fait l'unanimité, et sert souvent de référent, ce sont les antibiotiques (mes lectures présentaient souvent l'Aspirine comme « l'aune des médicaments », en matière de taille notamment, son identité était dans mon échantillon plus chahutée). L'entente est générale quant à leur force : à partir de là, les uns louent leur efficacité, d'autres critiquent leur nocivité. Il aurait été intéressant de creuser dans cette direction et de se pencher sur les connaissances que les gens ont concernant les antibiotiques : création mythique (un ancêtre fondateur met au point les antibiotiques, signant l'arrêt de mort d'un mal sinistre et répandu), argument des progrès de la science (avec l'électricité, les chemins de fers et les lunettes à double foyer)... C'est là une des pistes sur laquelle je n'ai pas voulu m'aventurer, il faut toutefois souligner la position spéciale de l'antibiotique dans l'imaginaire médical des gens.

3.2. Catégorisations

Les différents critères que nous venons de voir sont agencés, dans la réalité des divers univers thérapeutiques, différemment d'une personne à l'autre, mais différemment aussi d'un contexte, d'une circonstance à l'autre. Les mettre ainsi en lumière, c'est-à-dire sous forme d'une liste abordant tous les points qui sont apparus au cours des entretiens, laisse une

fluidité, une latitude nécessaire à ne pas figer les propos et les pratiques de mes interlocuteurs, tout en fournissant les informations qui permettent distinguer ce qui fait la spécificité de ces systèmes médicamenteux. Rendre compte des univers thérapeutiques rencontrés à travers les catégories qui peuvent présider à leur organisation est une démarche beaucoup plus délicate. Il me faut, selon mon objectif initial, continuer à suivre les instructions de mes interlocuteurs.

Ces catégories ne fonctionnent pas, avant tout, comme une série de boîtes conceptuelles qui réuniraient divers médicaments sous des étiquettes évidentes. Les critères qui peuvent contribuer à étiqueter un médicament sont multiples, et en aucun cas exclusifs les uns des autres. Ces critères ne sont, le plus souvent, pas manichéens, mais œuvrent plutôt sur le modèle de l'échelle, où le médicament est positionné entre deux pôles antagonistes. Selon la circonstance, un médicament sera positionné sur une catégorie-échelle (par exemple celle de l'efficacité) ou l'autre. Nous avons vu et verrons plus tard des éléments susceptibles d'être retenus dans la classification que chacun se fait des médicaments. En réalité, nombreux des critères présentés au point 3.1. peuvent servir de principe à la mise en catégorie.

Comme nous l'avons vu plus haut, la perception du médicament comme étant chimique ou naturel est une étiquette qui est souvent mentionnée dans les descriptions faites, avec tout ce que cela implique pour l'image que quelqu'un a du produit et son utilisation subséquente. On peut dire que certains interlocuteurs classent les médicaments en pôle « aimés », « détestés » et « indifférents » : des interlocuteurs m'ont présenté des médicaments qu'ils adorent prendre, pour leur goût ou la sensation qu'ils procurent. D'autres médicaments sont détestés pour leur effet ou effets secondaires (par exemple un mal de ventre généré par la prise d'un antibiotique). La perception sensorielle est encore un critère, qui fait par exemple classer un médicament entre agréable ou « dégueulasse » (le commentaire d'une interlocutrice à propos d'un sirop pour la gorge). Un médicament pourrait aussi être catégorisé selon son efficacité telle qu'elle est perçue par l'utilisateur. Certains médicaments

sont consommés sans que l'utilisateur ne mette une grande conviction ou beaucoup d'attentes dans son geste, on attend une guérison immédiate d'autres préparations. Ainsi, un médicament pourrait être étiqueté « pas trop efficace », « un peu efficace », « très efficace », « efficacité foudroyante ». La gravité du médicament, toujours telle qu'elle est perçue par l'utilisateur, est aussi une aune par rapport à laquelle on peut positionner les différentes substances. On m'a parlé de « petits médicaments », qu'ils soient considérés comme tels à cause de la petite amplitude d'effets qu'on leur suppose, parce qu'ils peuvent être pris quotidiennement ou parce que leurs effets secondaires sont limités et donc ne sont pas considérés comme graves ; ou bien encore parce qu'ils font partie d'une médecine dite naturelle, considérée comme moins malsaine. Le pôle faisant face aux petits médicaments à pu m'être décrit comme les « gros médicaments », les « médicaments lourds » ou les « médicaments sérieux » (qu'on prend au sérieux, souvent par des gens qui ne considèrent pas les médications alternatives – homéopathie, huiles essentielles... – comme sérieuses). Ils sont lourds par les conséquences qu'on leur prête, habituellement au niveau des effets secondaires qui sont non négligeables, voire carrément handicapants. Un médicament peut être considéré comme lourd parce qu'astreignant dans sa prise (prises fréquentes ou sur une longue durée).

Le rapport des différentes catégories entre elles n'est pas un rapport réglé par une logique absolue. Certaines associations reviennent pourtant souvent, sans qu'il faille les considérer comme systématiques. Par exemple, un médicament considéré comme chimique sera souvent présenté comme lourd ou sérieux. Parmi les médicaments que des interlocuteurs ont pu mettre dans la catégorie de ceux qu'ils « aiment » ou qui ont bon goût, se trouvent plus fréquemment des médicaments appartenant aux médecines alternatives que des médicaments sur ordonnance, où ce genre de considérations ne semble pas être de mise.

Ce point sur la catégorisation met en avant la fluidité de l'identité du médicament, d'une personne et d'une circonstance à l'autre. Vouloir appréhender *leur* médicament à

travers une telle grille de lecture est difficile, car les variables à prendre en compte sont très nombreuses. Lors d'un entretien, j'ai cru pouvoir organiser le propos de mon interlocuteur en quelques catégories : à la petite maladie (refroidissement) correspondraient des petits médicaments (Aspirine, Néocitran) ; à la maladie moyenne (impossibilité d'aller travailler) les médicaments moyens (genre antibiotiques) ; la grosse maladie nécessiterait elle une hospitalisation. Je dois avouer avoir insisté pour que mon interlocuteur fasse ces catégories, cela ne faisait pas sens pour lui. Il était mon deuxième interlocuteur et je trouvais très rassurant de pouvoir ainsi schématiser et conclure son propos. A la rubrique « Questions-commentaires-remarques », il me répéta : « Ces théories de classifications, comme j'y ai jamais réfléchi, je les fais sur le tas. Mais un autre jour, j'en aurai peut-être fait d'autres. Les médicaments je les pense comme ça [ce que je t'ai dit sur les médicaments reflète mon idée des médicaments], mais les catégories, peut-être un autre jour j'aurais dit autre chose. »

Pour conclure, il faut signaler que le point 4.1. nous apportera encore quelques éléments intéressants relatifs à ces regroupements, en ce que, précisément, les médicaments sont parfois regroupés par affinité dans l'espace pharmacie. On verra que le genre peut présider à ces regroupements (le genre « huile essentielle »), la forme (les tubes ensembles), la nature (bandage et sparadraps se trouvent souvent rassemblés ; ils ne sont pas destinés à être ingérés d'une quelconque manière, mais servent aussi au traitement d'un problème physique), l'aire de traitement visé (section pour le nez ou les bronches), l'utilisation (médicaments de voyage dans trousse de voyage). La fréquence de leur utilisation peut aussi constituer une catégorie, qui voit certaines substances gardées plus « à portée de main » que d'autres.

Nous allons maintenant nous pencher sur un autre aspect de l'identité du médicament, celle qu'il peut conférer à celui qui le possède ou le consomme.

3.3. Identité en retour

Si l'utilisateur et le cadre d'utilisation « font » le médicament, un autre processus est à l'œuvre dans la relation maladie-médicament-patient, c'est celui de l'« identité en retour ». J'ai pu observer à travers les diverses présentations de pharmacie, la dissémination des médicaments et autres commentaires comment le médicament aussi peut alimenter la personnalité de l'utilisateur. « C'est un clan. Les gens qui aiment les huiles essentielles, tu les repères quand même, ils ont des gueules à huiles essentielles. » Nous avons vu que le médicament est porteur de nombreux éléments, la maladie qu'il doit soigner, son nom, sa présentation, le nombre d'unités consommées, le système dont il est issu... , ces éléments procurent des informations sur l'utilisateur, ils lui attribuent, à tort ou à raison, des caractéristiques.

Augé parle de cette « identité en retour » où l'utilisateur peut se trouver entre stigmates et légitimation. Le médicament, spécialement s'il est prescrit, a le pouvoir de légitimer un état, c'est « la reconnaissance d'une incapacité involontaire de remplir ses fonctions » (Meyer, 1991, 437). Il peut aussi stigmatiser la personne. Le triangle maladie-médicament-patient est perméable dans ses étiquettes. Certaines maladies sont perçues comme infamantes, par exemple des maladies de la peau. Cet embarras lié à la maladie rejaillira sur le médicament. Ainsi, on ne laissera pas traîner sa crème antimycosique au salon, espace public de son habitat, car il est comme un stigmate, il dit "voyez, il a des mycoses". De même pour l'herpès, mais pas pour les gouttes pour le rhume qui ne donnent aucune information socialement gênantes sur le propriétaire. Un médicament antidépresseur sera aussi caché à certaines personnes, des personnes moins proches, parce que « ça ne fait pas sérieux ». En vérité, cela donne une indication intime sur la personne qui sera ajouté à son profil par le témoin de la boîte. Un grand consommateur de médicament sera aussi étiqueté

comme tel, étiquette qui n'est pas flatteuse dans notre société. Le médicament atteste un état, il informe sur l'utilisateur. Herzlich fait remarquer comment le malade a des droits, de ne pas participer activement à la vie sociale par exemple, mais des devoirs également. Un malade a le devoir de se soigner – le « soin comme réponse prescrite et obligatoire à la maladie : on *doit* se soigner » (Herzlich, 1984 : 200) – , donc l'obligation de prendre des médicaments. Un malade refusant de prendre ses médicaments soit sera discrédité, soit verra la réalité de son état mise en doute.

J'ai pu remarquer cette dynamique d'identité en retour particulièrement lors de la présentation de médicaments relatifs à des maladies socialement considérées comme gênantes (herpès ou bouton de fièvre, mycoses...) ou à des lieux intimes du corps (parties génitales ou anales). Leur attitude pouvait être alors spécialement détachée ou évasive ; je n'ai pas insisté spécialement non plus. On évite d'exhiber les substances en question, sans pouvoir bien expliquer pourquoi : « Pourquoi tu planques les médicaments contre les mycoses et pas ceux pour le rhume ? - Ouais mais le rhume c'est quelque-chose que tout le monde a, du coup c'est pas considéré comme, ouais tout le monde a des rhumes donc tout le monde, comment dire, du coup c'est pas une tare parce que tout le monde l'a, alors que même les mycoses, y'a pas tout le monde qui se fait des mycoses. »

Le nombre de médicament que l'on possède et celui que l'on consomme renseigne aussi sur l'utilisateur. Je l'ai remarqué à la fin de certains entretiens où la personne se trouvait étourdie devant la quantité de médicaments présentés. Un rapport est fait entre le nombre de médicaments et celui de maladies, ou plutôt le décalage entre le nombre de médicaments, élevé, et celui de maladie, moindre : « Voilà, ben pour quelqu'un qu'est jamais malade, j'ai quand même beaucoup de choses on va dire ! »

Le médicament est donc une source d'information sur son propriétaire. Nous verrons plus tard comment l'utilisateur peut gérer et instrumenter les messages que dispense le médicament.

3.4. Conclusion

Voilà, à partir de mes entretiens, les divers éléments que j'ai pu relever, qui sont constitutifs de ce que j'ai appelé « l'univers thérapeutique personnel », où ils sont agencés selon les sensibilités, les connaissances et les expériences. Chacun possède son petit univers thérapeutique personnel, constitué à partir du matériau culturel, social, familial et personnel mis à sa disposition par son environnement et son histoire. Il y a des genres d'univers thérapeutiques différents, avec des grandes lignes et des variations. Le médicament y trouve une place, une utilisation et un sens différent, nous allons encore le voir. Car malgré le fait que cet objet soit issu de systèmes qui ne prêtent, pour certains, pas le flanc à l'interprétation, la marge d'incorporation du médicament est importante, et elle est largement exploitée. Ceci s'explique notamment par la perméabilité du discours scientifique au sens commun décrite par Benoist. La tradition familiale (des bains au vinaigre pour faire baisser la fièvre ou le réflexe de se tourner vers l'homéopathie en cas de problème, comme la mère le faisait), l'expérience d'une grand-mère (les concombres sur l'acné comme nous l'avons vu) a parfois autant de poids que des années de recherches en laboratoire. L'interaction des idées savantes et des idées profanes, les approximations et les simplifications ainsi que les angoisses modèlent les univers thérapeutiques.

4. Le lieu du médicament (l'espace géographique du médicament)

Nous venons de voir que le médicament, sensé être cette réponse chimique à un mal organique, est appréhendé à travers de nombreux critères, qui vont bien au-delà que sa constitution chimique. La richesse de cette identification nous fait refléter une richesse de stratégies d'utilisation. Mais avant d'y venir, j'aimerais aborder le médicament sous l'angle de sa localisation : où les personnes constitutrices de mon échantillon mettent-elles leurs médicaments, pourquoi et que cela nous apprend-il ?

On peut admettre que l'organisation générale de la « géographie » du médicament n'est pas anodine. Certains lieux sont socialement proposés, imposés ou admis pour y entreposer des médicaments : quels sont-ils et comment mes interlocuteurs en disposent-ils ?

L'événement-maladie, et donc l'événement-médicament¹⁹ se joue principalement sur le mode intime et quotidien. Le lieu et les modalités de l'intime-quotidien de chacun auront ici une importance. A travers mon échantillon, on retrouve plusieurs modes d'habiter : une personne vit seule, en studio ; deux personnes vivent en colocation ; trois vivent en couple sans enfants ; deux autres en couple avec enfant.

J'ai pu identifier deux sortes de localisation : un pôle fixe que je décris dans le chapitre 4.1. et une dissémination dont j'illustre le fonctionnement au chapitre 4.2.

¹⁹ J'ai emprunté la notion d' « événement-maladie » à Augé dans son article dans l'ouvrage *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* dirigé par Claudine Herzlich. Il a défini comme forme élémentaire de l'événement « tous les événements biologiques individuels dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale » (1984: 39). La naissance, la mort et la maladie (qui est elle réversible) en font partie. Quant à moi, je comprends dans l'appellation « événement-maladie » tout ce qu'englobe la maladie, comme actions, protagonistes, sens. Je l'ai étendu au médicament en parlant d'événement-médicament, y intégrant ainsi toutes les facettes relatives au médicament que j'éclaircis au cours de ma réflexion.

4.1. L'objet-pharmacie : pôle fixe et idéal

Chacun a pu me présenter un espace qu'il considère comme sa pharmacie. La présentation de leur pharmacie par chaque interlocuteur a beaucoup différé. Elle avait pu prêter à réflexion, être une source d'enthousiasme ou laisser dubitatif ou insensible. Certains étaient intarissables, je devais me battre pour soutirer plus d'informations à d'autres. Cet espace se trouve dans différentes pièces, est organisé de différentes façons selon les personnes. Fainzang s'est beaucoup intéressée à la localisation des médicaments, ce que cela montre des conceptions des utilisateurs. Sa théorie veut qu'il y ait des espaces intimes, la chambre à coucher, la table de nuit, et des espaces collectifs, la cuisine, la salle à manger, le buffet du salon. On verra, par la localisation du médicament par son utilisateur, dans quelle sphère il place son médicament et la maladie pour laquelle il est pris : une sphère individuelle, familiale ou carrément collective. Par ailleurs, il est à noter que chaque pièce a une charge différente : socialement, il est admis que l'on est sensé y faire certaines choses, que l'on est sensé y être dans un certain état d'esprit. La salle de bains est le lieu de l'intimité et du soin corporel, le lieu de la nudité aussi. C'est le lieu où l'on se scrute, où l'on se peaufine. La cuisine est un espace social, où l'on se nourrit, où on avale, on ingurgite des choses, c'est un lieu de vie en commun et de passage. Le salon est le lieu public, la façade privée que l'on est prêt à présenter au monde. Il se trouve à la jonction entre la sphère intime et le monde social. La chambre à coucher est le lieu de l'intimité, du couple, du repos. Le style de vie et le niveau social de mes interlocuteurs font qu'aucun d'eux n'a (encore) de véritable salle à manger.

Sur huit personnes, six ont décidé d'installer leur pharmacie dans la salle de bains. Il y en a une dans le meuble sous le lavabo, une à côté du lavabo, une en face, trois au-dessus (mais en fait pour deux personnes, c'est la même pharmacie). Un interlocuteur avait seulement quelques médicaments réunis à la cuisine ; après un long voyage, il a installé sa

boîte à pharmacie dans la salle de bains, dans le meuble sous le lavabo. Un dernier interlocuteur a mis sa pharmacie sur une étagère dans sa chambre. Les motifs d'installation sont divers. Pour certains, la logique a guidé cette décision : « Où veux-tu le [le meuble à pharmacie] mettre ailleurs ? C'est à la salle de bains sa place. Y'en a qui le mettent dans la salle à manger ???! » « Ben, c'est la pièce logique, déjà que l'appart' est petit... C'est le plus pratique, y'a le miroir à côté. C'est quelque chose qui se passe à la salle de bains. » « Parce que y'en a qui mettent ça [la pharmacie] à la cuisine ? Tu te rends compte, mélanger ça aux aliments ! » Il m'a souvent semblé que la salle de bains était pour des interlocuteurs, le lieu évident de la pharmacie. L'installation s'est faite « naturellement ». Pour d'autres, on me présente la configuration de l'appartement qui ne permet, de toute façon, pas d'autres choix. Je n'ai pas vu de lien évident entre l'emplacement de la pharmacie familiale et l'endroit où chacun a installé par la suite la sienne. Si une mère avait une étagère dans le couloir, la fille a la sienne dans une commode de la salle de bain. Si une mère avait ses médicaments dans un carton à la cave, sa fille les a dans une armoire murale de la salle de bains. Le lieu de l'intime, du soin, de l'hygiène s'est donc majoritairement imposé. Il y a affinité entre les objets (crèmes, ampoules...) et les actions (prendre soin). A noter que le premier conseil donné dans un livre sur les médicaments quant à leur emplacement est qu'il faut éviter la salle de bain. En effet, les variations de température et l'humidité peut nuire aux préparations (Demirdjian, 1998).

Cet espace est diversement organisé, contrôlé, investi, visité et a demandé plus ou moins d'énergie dans sa création, son maintien.

Une première pharmacie est installée dans l'étagère murale au-dessus du lavabo. Elle est très bien rangée et organisée selon certains critères. Au premier étage depuis le bas se trouvent divers produits de beauté, comme du gel pour les cheveux, du déodorant ou plusieurs parfums. Au deuxième étage, à droite, est installée une section comprenant tout un set

d'huiles essentielles et de l'homéopathie. A gauche, il y a diverses boîtes de pilules. Au troisième étage à droite se trouve la « section cul », recelant par exemple des suppositoires. A gauche quelques boîtes de pilules et des rasoirs ou racle à pied. Au quatrième et dernier étage, une « section pommade », où sont entassés des tubes à indications variées, sans leur emballage d'origine ou leur notice. Au milieu, quelques produits en tube ou en bouteille, mis ici en raison de leur hauteur. A gauche, la section bandes et sparadraps clôt le contenu de cette armoire.

Une deuxième (et troisième) est aménagée dans un meuble ancien en bois, suspendu au-dessus du lavabo. La personne a eu le coup de foudre pour ce meuble qui sent bon la pharmacopée et l'a récupéré ; elle a hésité à en faire un meuble à épices. Cette pharmacie est plutôt bien rangée. Le meuble est compartimenté par des panneaux de bois qui séparent des espaces de hauteur et de largeur différentes. Les médicaments y sont rangés soit selon leur taille, soit par genre ; ceux du couple et du bébé y sont indifféremment mélangés. En ouvrant la porte, on se trouve face à une dizaine de compartiments et deux tiroirs en bas. Celui de gauche renferme des rouges à lèvres, celui de droite des tubes ou bouteilles contenant de l'homéopathie. En bas à droite, il y a une section sparadraps, avec diverses sortes de sparadraps et compresses. En bas à gauche, une section Merfen, avec trois sortes de Merfen. Au-dessus des sparadraps, se trouve un compartiment avec trois Baume du Tigre. Les sections centrales et du haut sont remplies de boîtes de médicaments sans logique apparente. Les quelques tubes de crèmes qu'on y trouve n'ont plus leur emballage d'origine ou leur notice. Quelques feuillets dispensant des renseignements sur la santé procurés par l'hôpital sont conservés dans la pharmacie.

Une quatrième pharmacie est installée dans une grande commode en bois clair qui se trouve dans la salle de bains. La commode comporte cinq grands tiroirs et deux petits au dernier étage. Les deuxième et troisième tiroirs depuis le haut renferment la pharmacie

commune et les deux petits tiroirs du haut appartiennent chacun à un membre du couple pour y ranger ses affaires personnelles, liées ou non à la pharmacie. Les autres tiroirs contiennent des produits de soins ou les linges de bains. Un effort très net a été fait pour organiser le deuxième tiroir pharmacie. Les différentes sortes de médicaments ont été disposées dans des boîtes en toile cirée ou dans des boîtes en plastique. Une boîte carrée en toile cirée réunit les bandages, une autre les divers échantillons (crème, gouttes, pilules) pêle-mêle, une autre plus grande les boîtes de pilules. Une grande boîte en plastique rose, qui était à la base une boîte à couture avec ses compartiments, rassemble des tubes d'homéopathie, ainsi qu'une autre plus petite boîte en plastique rose, avec ses divers tubes et bouteilles. Autour de ces pôles d'ordre, des boîtes, des sacs, des bouteilles variées sont posées à gauche à droite. La tentative d'ordonner la pharmacie est visible, le résultat a été quelque peu corrompu par le maniement quotidien et la disparité des formes. Le troisième tiroir de la pharmacie recèlent les restes d'une nécessité de rangement. En effet, le deuxième tiroir était trop plein et ne suffisait plus à lui seul à accueillir la pharmacie. Il tombait et se déboîtait. Ainsi, quelques éléments ont été transférés un étage au-dessous. Là aussi, deux grandes boîtes en toile cirée réunissent les différents éléments du tiroir, avec quelques objets échoués à l'extérieur. Les médicaments sont ici plus rares, c'est surtout à des produits de soins, recharges de savon ou de shampoing et des brosses à dent que nous avons affaire. Le petit tiroir en haut à droite est celui de mon interlocutrice. Il est aussi ordonné en deux boîtes en plastique et un pot en plastique. On y trouve ses crèmes, lingettes, quelques médicaments, ses bijoux, déodorant, gel et une petite trousse de toilette.

Une cinquième pharmacie est installée dans le meuble sous le lavabo, sur le plateau d'en haut. A gauche on a, pêle-mêle, des bouteilles, des boîtes de médicaments, des tubes, des restes de plaquette de pilules, des vieux parfums, de la solution dentaire. A droite, des shampoings et leur recharge trônent à côté de bandes non enroulées et d'un gobelet en

plastique regroupant des échantillons de parfum, médicaments et autres petits objets orphelins. On ne peut pas y identifier une organisation quelconque. Au-dessous, sont rangés les linges propres et sur le dessus du meuble la poudre à lessive et l'adoucissant.

Une sixième pharmacie est constituée de deux boîtes en plastique avec couvercle, posées l'une sur l'autre entre la baignoire et le lavabo. Les médicaments du couple sont mélangés sans distinction. Une boîte est destinée plutôt au rangement des bandes, des compresses et des sparadraps. Une trousse de pharmacie de voyage y est aussi entreposée. L'autre boîte contient les pommades, pilules et autres médicaments. Ils ne sont pas empilés en ordre, mais en tas ; certains objets n'ont que peu de rapports avec une pharmacie (coussinet chauffant). Il n'y a aucune organisation selon des catégories distinctes. Certains produits ne sont pas dans leur boîte. Cet interlocuteur a, en outre, une pharmacie pour son chien dans le meuble du couloir, où un tiroir est dévolu à cette fonction. Cette pharmacie se trouve dans un sac en plastique et dans une boîte offerte par le vétérinaire, avec la brosse du chien. Dans le tiroir d'à côté ont été rangés ses jouets.

Une septième pharmacie enfin est composée de deux médicaments entreposés dans l'armoire murale du lavabo de la salle de bains, ainsi que d'une pharmacie de voyage – son propriétaire rentrait d'un long périple – fourrée dans le meuble sous le lavabo. Elle se présente sous la forme d'une grande boîte en plastique bleue s'ouvrant comme une mallette, acquise à cet effet dans une pharmacie. Le contenu était fourni avec la boîte, il a été complété pour l'interlocuteur. Les produits s'y trouvent maintenant dans le plus grand chaos, souvent orphelins de leur emballage, autant de seringues, gants en latex, sachets de poudre, pilules, sparadraps etc.

La dernière pharmacie consiste en deux boîtes en carton, sans couvercle, posée sur le haut d'une étagère dans la chambre à coucher. Elles sont peu visibles et rien ne laisse présager que des médicaments y sont stockés. Une étiquette collée dessus indique ce qui s'y était

trouvé autrefois, mais les boîtes ont été assignées depuis à la pharmacie. Aucune tentative de mise en ordre n'a été faite et encore moins d'organisation selon une certaine logique. Les médicaments et autres objets, comme un cintre ou une lampe de vélo, ont échoué dans ces deux récipients, avec ou sans emballage, plus ou moins périmés, au fond de sacs plastiques ou loin du reste de la boîte (emballage et notice), ou encore dans des troussees de toilettes. Des notices traînent ça et là.

Tableau récapitulatif 2 :

Lieu de la pharmacie	Emplacement de la pharmacie	Forme de la pharmacie
salle de bains	meuble sous le lavabo	dans boîte de pharmacie de voyage
salle de bains	meuble sous le lavabo	sur plateau du haut du meuble
salle de bains	à côté du lavabo	deux boîtes en plastique avec couvercle
salle de bains	en face du lavabo	tiroir commun + un tiroir personnel
salle de bains	au-dessus du lavabo	étagère murale
salle de bains	au-dessus du lavabo	étagère ancienne en bois
salle de bains	au-dessus du lavabo	étagère ancienne en bois
chambre à coucher	sur étagère	deux boîtes en carton sans couvercle

En réalité, la pharmacie est un pôle, réel ou théorique, où l'on est sensé ranger tous ses médicaments et dont on sait qu'on pourra les y trouver en cas de besoin. Ce pôle réunit les médicaments bien sûr, mais il attire aussi toutes sortes d'autres choses. Les matériaux liés au soin, à la santé par exemple, même s'ils ne sont pas directement considérés comme des médicaments : sparadraps, bandes élastiques, pincette, gants, autocollants anti-points noirs, parfum, savon, cure-dents, wax, pastilles pour purifier l'eau en voyage, bistouri, anti-moustiques, fil dentaire etc. Des matériaux a priori étrangers s'y trouvent aussi : imperméabilisant, bijoux, cintres, coussinets chauffants, papiers, couteau suisse, lames de rasoir usées... La définition de ce qu'une pharmacie domestique doit renfermer est idéale. Dans la réalité, il s'y trouve des choses qui ne devraient théoriquement pas y être ; et des choses qui devraient y être ne s'y trouvent pas, nous le verrons plus avant. Plusieurs types d'explications m'ont été donnés quant à la présence de ces « objets-alien ». Tout d'abord,

quand cela est possible, on fait un rapprochement avec le monde de la santé. « J'ai le truc, la prise anti-moustiques, parce que, parce que c'est un, c'est destiné à pas être envahi de boutons qui serait le prétexte d'aller à l'hôpital. » Une autre explication insiste sur le fait que la pharmacie est remplie de petits objets qu'on utilise rarement, et que cela attire d'autres petits objets, à la nature différente mais potentiellement source de « chenis », aussi. « Le fil dentaire c'est encombrant, il est jamais au bon endroit, on en a parce qu'il faut passer le fil. Mais pour qu'il dérange pas, on l'a mis dans la boîte. Il devrait être dehors. Le coussinet thermique, je saurais pas où le mettre ailleurs. » « Imperméabilisant pour chaussures. Voilà. Ben si j'avais une armoire à chaussure, mais ça me choque pas, je sais pas, enfin, c'est là... (bégaie) Ça fait partie des produits d'entretien. Si tu regardes, dans une pharmacie, y'a aussi des démaquillants. Pour moi c'est l'endroit le plus logique. A la cuisine, y'a des outils, mais moins. » L'inertie et le hasard font aussi atterrir certains objets dans la pharmacie. En découvrant en même temps que moi le contenu de sa pharmacie, un interlocuteur m'explique pourquoi un savon-douche se trouve là : « Je sais pas, il a atterri là quoi. Peut-être probablement que j'ai vidé d'une trousse de pharmacie d'une salle de bains alors il est parti avec. Ça, j'ai aucune idée de ce que c'est, mais c'est pas un médicament, probablement quelque chose pour faire tenir un vélo, un phare sur un vélo. Voilà. »

L'organisation de la pharmacie est fonction de plusieurs paramètres. Entre autres, elle s'inscrit dans une habitation à la logique propre et est gérée par une personne, ou plusieurs, dont le caractère général se reflétera dans sa pharmacie. J'ai pu le constater en visitant chacun, et plusieurs interlocuteurs me l'ont fait remarquer, une personne gère son espace pharmacie comme elle gère ses autres espaces. Je n'ai jamais assisté à un décalage flagrant entre la tenue d'une maison et celle de sa pharmacie. Une personne très organisée aura une pharmacie complète et contrôlée. Une autre plus désordonnée aura porté peu d'attention à sa pharmacie. Un interlocuteur me dit : « C'est la même chose que, que l'autre qu'on a vu avant qui

s'appelle Cicatrex ou je sais pas quoi. Je me rappelle pas avoir utilisé ce truc, je sais pas ce qu'il fait là [il le jette à la poubelle]. Mais tu vois, c'est comme si on faisait la même chose dans ma voiture, tu vois, y'a toutes sortes de choses. Un couteau suisse. Une lame de rasoir pourrie. »

La thématique du rangement et la thématique de la santé qui se rencontrent dans l'objet-pharmacie ont un point commun qui n'est pas négligeable. La santé a son envers, la maladie, et donc le malheur. La maladie, c'est le désordre du monde, mettre en œuvre le processus thérapeutique, de quelque nature qu'il soit, c'est tenter de mettre en ordre le monde. Symboliquement, on retrouve cette logique dans la pharmacie où les supports, les substances de ces thérapies peuvent être présents ou pas, peuvent être harmonieusement organisés ou pas. Certains interlocuteurs ont comme grand intérêt, voire intérêt central, que leur pharmacie soit bien rangée, certains ont tenu à me la présenter sous son meilleur jour, ont hésité à la ranger avant que je ne vienne. Fainzang suggère une « assimilation des espaces corporels et des espaces domestiques », dans une logique qui ferait que si l'espace thérapeutique est bien rangé, la santé est bien gérée. Alors a-t-on seulement affaire à une tendance au rangement ou est-ce une façon de mettre en ordre au niveau micro le monde macro de la santé ? « Regarde, c'est tellement empilé, c'est juste pour que ça fasse joli dans ma boîte, c'est un peu tetris²⁰, mais je vais jamais aller les chercher au fond. »

Se pencher sur une pharmacie de couple, c'est être témoin d'une part d'intime de ce couple, de sa gestion des différences amenées par chacun, de la dynamique du couple, des tensions, de sa répartition des tâches. L'un d'eux me dit, en me décrivant le fonctionnement général de l'objet : « Comme je t'ai dit, c'est pas du tout moi qui m'en occupe, qui m'occupe du rangement de cette pharmacie, comme du reste de l'appart' d'ailleurs, donc je laisse faire. Mais visiblement y'a une cohérence, y'a un endroit pour l'homéopathie, un endroit pour les

²⁰ Mon interlocutrice fait ici référence au jeu vidéo « Tetris », dont le fonctionnement est le suivant : des briques de toutes formes tombent du ciel, le joueur doit les tourner et les positionner de façon à ce qu'elles forment un mur avec le moins d'espaces possibles.

sparadraps, pis un endroit pour le bordel, suivant la taille du médicament. » J'ai interrogé un couple, chacun comme un interlocuteur propre. Les révélations étaient très prometteuses, cette thématique mériterait une recherche à elle seule. Mais elle m'aurait fait prendre un autre chemin, et m'éloigner de ma problématique. Par contre, la description par chacun d'un même objet et d'un même contenu, avec tout le décalage dont j'ai été spectatrice était particulièrement éclairant. Cette mise en commun de deux univers thérapeutique se fait au niveau technique d'abord : est-ce la fille ou le garçon qui a amené plus de médicaments ? Qui gère la pharmacie, qui a une idée de ce qui s'y passe ? Une interlocutrice qui vit avec son ami me déclare : « Je crois qu'il a plus d'idée, parce que moi je..., ouais. » Au niveau théorique ensuite, car l'utilisation de médicaments est dictée par une habitude, une logique. Être confronté aux habitudes, à la logique d'un autre, c'est potentiellement devoir remettre les siennes en question. « Alors Sébastien lui il aime les Dafalgan moi j'aime les trucs pour les, les Aspégic. Lui il a ses Dafalgan et moi mes Aspégic. » Cette mise en commun donne lieu à des confrontations, désillusions ou échanges. On peut adopter le remède de son conjoint, enthousiasmé par sa conviction ou l'acceptant pour lui faire plaisir.

Chaque pharmacie est organisée ou investie différemment. L'un de mes interlocuteurs, excepté son kit de voyage, ne possédait que deux médicaments. « J'ai pas besoin de pharmacie à la maison, j'achète au fur et à mesure. Si j'ai un lendemain de fête, j'irai à la pharmacie m'acheter de l'Aspirine. Quand j'ai besoin de quelque chose, je demande à ma mère [sa mère est pharmacienne] de m'en envoyer. Je suis pas en traitement, la seule chose c'est les trucs pour le sommeil. » Une autre me décrit le fonctionnement général de sa pharmacie : « C'est une pharmacie donc qui a des petites cases qui sont complètement différentes les unes des autres, qui ont toutes des grandeurs, donc j'ai rangé mes médicaments pas par genre, sauf pour une sorte de médicament que j'ai d'ailleurs oublié de présenter car il est dans un tiroir et je note que j'ai déjà parlé de ce tiroir à Barbara parce que j'ai dit que

j'avais peur d'oublier qu'il y avait ce tiroir. Parce que des fois je les oublie en fait. Y'en a deux. Parce que, justement, quand tu ouvres la pharmacie, tu vois toutes ces caisses qui sont ouvertes et tu as tous les médicaments, mais le tiroir donc, ça cache, c'est fermé ce qui est derrière. - Pourquoi les cacher ? - Parce que c'est des petits tiroirs. Parce que ces putains de trucs, d'homéopathie c'est de la merde, ça roule. C'est donc des tubes ». Un autre : « Ça commence, alors je dois te présenter tout ce qu'il y a. Alors cette étagère est fort bien rangée ma fois ! Sur trois étagères, avec section pour blessures, entorses, avec petites bandes, Dermoplast tout ça. Ah ! quelque chose de pas bien rangé, CuturalC. Là, section tubes aussi avec toutes sortes de crèmes que je n'utilise plus mais qu'on m'a prescrites une fois. [...] Ah ouais on a la section cul au deuxième étage (rires). Section pommade au-dessus de la section cul, à gauche on a "bobos de peau" ! Et aussi un peu de nez là, hein, parce que Vibrocil, simplement ils sont trop grands. Si je pouvais y mettre avec, avec ça je le ferais. [...] Donc là on en arrive aux médicaments un peu plus, plus bio. Voilà. Une section de la pharmacie que j'aime bien, j'ai toutes mes petites affaires... ».

On voit que certains essaient d'organiser la pharmacie par sections. Pour d'autres, la pharmacie est un tas ou alors sa seule organisation tient à l'esthétique : « Y'a une fois quand j'ai voulu ranger, j'ai fait un petit cornet parce que ma sœur m'a dit qu'il fallait donner aux pays du Tiers Monde, mais j'arrivais pas à donner, [je les ai donnés] juste pour que ça rentre dans la boîte. » Certains considèrent la pharmacie comme un lieu qui doit être fourni en un stock minimum de base : « Peut-être que j'achète sans même regarder ce qu'il y a dans ma pharmacie. Les huiles essentielles, j'achète quand j'ai pas besoin. Simplement pour les avoir. Un peu, j'aime bien avoir mon petit stock. Les sparadraps, ça me viendrait pas à l'idée d'en acheter si j'ai pas besoin, mais j'ai mon petit stock. Par contre c'est clair que je pense que tu pourras jamais venir dans ma pharmacie sans qu'il y ait deux boîtes de Dafalgan. » « - Tu les sors d'où ? - Bioflorin parce que je sais pas, c'est hyper connu. C'est parce que, ça fait partie

de ces médicaments un peu, ouais connus, il faut avoir. Merfen c'est connu, Néocitran. Je les range un peu là-dedans, c'est des trucs. Quand tu rentres dans une pharmacie, t'as toujours un, derrière le comptoir, fin derrière la caisse, y'a toujours les médicaments genre Aspirine que tu vois qui sont les médicaments courants. Et y'a Bioflorin dans ces médicaments. En tout cas dans la pharmacie en bas de chez moi. » Pour d'autres, c'est seulement le lieu où l'on range les restes de traitement, parfois pour les réutiliser, parfois en attendant que la date de péremption soit dépassée : « C'est pas une vraie pharmacie, c'est plutôt les restes de mes médicaments de voyage. De temps en temps j'en achète si y'a des problèmes. [...] Plus qu'une pharmacie, c'est un reste de médicaments de voyage. Que parfois j'utilise en cas de problème de santé. Voilà-voilà. Alors, pourquoi ils sont tous là, parce que c'est l'endroit où je réunis mes médicaments. De manière à pouvoir les retrouver sans problème au moment où je les cherche. »

La création de la pharmacie suit donc des stratégies différentes selon les gens. Du plus désinvolte au plus structuré, toute une gamme d'approches est possible. Certains sont insensibles à la question, d'autres moyennement concernés, d'autres peuvent être fiers d'une section ou de l'objet, ou de toute la *création* : « Mais moi par rapport à des périodes où j'avais vraiment rien, le fait d'avoir maintenant ce que je considère comme ouais, franchement pour moi, c'est pas une fierté, non, mais (bégaie), j'ai construit à la force de mon poignet ma pharmacie (rires). » Il y a des médicaments qui sont accessibles librement en pharmacie, d'autres qui ne le sont que sur ordonnance. Dans ces cas-là, plusieurs solutions sont mises en œuvre : soit on ne prend pas entièrement le traitement une fois prescrit par le médecin, pour *économiser* des pilules pour pouvoir les utiliser à un moment qui semble plus important. Soit on se fait prescrire à l'avance par son médecin, ou même le médecin d'un proche, le médicament utile. Beaucoup de médicaments sont là « au cas où ». Soit qu'il y ait peu de chance qu'on en ait un jour besoin, soit qu'on soit sûr de ne jamais réutiliser celui là, parce

qu'on en a perdu la notice ou parce qu'on préférera avoir une boîte neuve à la prochaine indisposition. « C'est un peu ça oui. C'est un peu genre « On sait jamais. », pis pour finir tu les utilises jamais. Non, les seuls que j'utilise vraiment fréquemment c'est Eucéta, Vitamerfen et Aspirine, mais le reste beuh. » En fait, la pharmacie est souvent le lieu de la lente agonie des médicaments, avant qu'ils ne soient jetés ou ramenés à la pharmacie. Ainsi, une interlocutrice me dit, en me présentant son Ponstan : « Là, je l'ai utilisé, j'en n'ai plus besoin, maintenant je le garde dans la pharmacie au cas où. Pis j'irai le rendre quand il faut. », puis de la crème : « On lui [son conjoint] a donné de la crème qu'il n'a jamais mise non plus et qu'il ne mettra jamais et que nous irons également ramener à la pharmacie ».

Les critères qui réunissent des éléments de toutes sortes dans la pharmacie personnelle donnent des renseignements sur les conceptions du médicament. C'est un lieu qui réunit des substances sérieuses, c'est aussi un lieu où échouent toutes sortes d'objets qui se mêlent à ce monde thérapeutique, rappelant que cette sphère thérapeutique n'est pas déconnectée du monde ordinaire. Ces objets peuvent avoir été mis là en raison de leur inutilité, ou de leur aspect « petit bordel encombrant », qui les rapproche de certains médicaments. La pharmacie est le lieu vers lequel on se tourne en cas de maladie, c'est aussi le lieu où de nombreux médicaments finissent de décrépir ainsi que d'autres objets, qui attendent là, comme les restes au frigo, d'être définitivement dépassés pour être jetés.

4.2. Disséminations

La possession de médicaments ne s'arrête toutefois pas à la pharmacie domestique. Cette seconde partie va mettre en lumière les autres localisations du médicament. Les questionnements à ce propos sont nombreux: Est-ce le hasard, est-ce l'inertie, sont-ce les circonstances, serait-ce trop interpréter que de tirer des conclusions du fait que l'on trouve

certains médicaments en certains lieux ? Jusqu'à quel point le lieu où se trouve un médicament est-il significatif ? Des somnifères à côté du lit, des globules anti-stress sur le bureau de révision des examens, des vitamines à la cuisine. Chaque lieu trouve son explication logique ou est le fruit du hasard et de la paresse de ranger ses affaires. En rencontrant tous ces exemples « fortuits », je repense à cette lecture que j'ai faite : la civilisation malaise du centre de l'île de Sumatra possède des pharmacies sous forme de panier tressé « contenant de nombreux sachets et des pochettes garnies de figures tressées représentant des oiseaux, des verroteries, des monnaies, des écorces de fruits et des carapaces d'insectes, etc. » (Hoffmann-LaRoche). Ces paniers sont suspendus au-dessus du lit, de préférence, et doivent protéger autant des maladies que des influences maléfiques. Leur contenu va de drogues à des substances inactives mais utilisées dans certains actes magiques ou comme amulettes.

Après m'avoir présenté leur pharmacie, chaque interlocuteur s'est mis en demeure de me montrer les médicaments dispersés dans son habitat. Quelques-uns avaient une bonne visualisation de la localisation de ses remèdes, d'autres les redécouvraient au fur et à mesure de leurs recherches minutieuses, d'autres ont dû être poussés à prospecter, sûrs qu'ils étaient de ne plus rien avoir.

Ainsi on m'a présenté des médicaments se trouvant à la cuisine : dans l'armoire avec les aliments et les services, sur la table ou une étagère ; dans la chambre : à côté du lit, sur ou dans la table de nuit ; dans la pièce de travail, le plus souvent sur le bureau ; rarement au salon ; dans des sacs à main ou à dos.

La *cuisine*²¹ est un lieu privilégié bien sûr. C'est un lieu où l'on est sûr de passer, donc de voir le médicament, donc de s'en souvenir. C'est aussi le lieu où l'on avale et celui où l'on mange. Souvent, les médicaments doivent être pris avant, pendant ou après le repas. « A la

²¹ Les mots mis en italique au début des paragraphes l'ont été dans un souci de clarté.

cuisine, y'a qu'un truc, Echinaforce, vu que ça se prend avant les repas. Un temps, y'avait d'autres médicaments, mais maintenant je les utilise plus. » C'est aussi le lieu où l'on trouve ce qu'on pourrait appeler des " simili-remèdes ", comme les kiwis, les oranges, les tisanes, *petits médicaments*, premiers pas d'une stratégie face à la maladie. Nous verrons plus loin les circonstances de leur prise. Le frigo, quant à lui, était très peu garni en matière de médicaments.

La *chambre*, c'est le lieu où l'on se repose. Les abords du lit sont souvent occupés par un remède ou l'autre. Des somnifères ou préparations alternatives pour aider au sommeil. Ou des crèmes à mettre avant de se coucher. C'est comme si le sommeil, cette période de repos et de régénération, était spécialement propice à la guérison.

J'ai vu le lieu de la maison où *l'on travaille* accueillir des préparations, activement utilisées ou non, aidant à la concentration ou au calme. « On est dans la salle où je bosse, alors là on voit que y'a deux petites huiles essentielles qui traînent, c'est de l'huile essentielle de Menthe poivrée avec du Citron jaune que je mets, surtout quand j'étudie et que je dois rester des heures assises, je laisse dix minutes mon diffuseur avec un mélange de ces deux choses, beaucoup de Citron très peu de Menthe parce que ça attaque un peu les muqueuses si on en met trop, et c'est un tonique en fait. Ça me tient réveillée. »

On trouve peu de médicament au *salon*. C'est la façade de notre intimité que l'on est prêt à présenter au monde. Pour certains, ce « monde » sera toujours constitué d'amis devant lesquels on n'a rien à prouver ou à cacher. D'autres préfèrent ne pas laisser traîner certains médicaments, en lien avec cette identité en retour qu'ils pourraient projeter sur l'utilisateur. Ainsi, pour un interlocuteur dont le lit se trouve au salon : « Y'a juste le Pevaryle à côté du lit, je viens de finir une mycose, et je le cache quand y'a des invités, parce que Pevaryle ça veut dire mycose et j'avais juste pas envie. » « Non, je n'aime pas cacher, je n'aime pas le secret. [...] Mais je planque le Lexo [antidépresseur] avec mes élèves, ils pourraient en bouffer et si

leur mère reste, ça fait pas sérieux. » Le salon est donc un lieu où l'on est plus conscient de l'identité que donne le médicament, du regard des autres et de ce que certaines maladies peuvent avoir d'infamant.

On trouve souvent des médicaments dans les *sacs*. Certaines personnes ont un kit de médicaments (et autres) qu'elles gardent en toutes situations avec elles. « Alors ça c'est miracle, anxiété-examen [globules homéopathiques], c'est au même niveau que le Carmol ! Celui-là il est vide, l'autre il est dans mon sac. C'est miracle. Et si je change de sac, je le change, y'a mes photos, mon passeport – j'ai pas de carte d'identité –, au cas où je tombe dans les pommes, et ça. Je suis pas névrosée moi déjà. » Et encore : « Oh, nous avons un kit spécial pour dans le sac. - Que tu changes de sac en sac ? - Oui, bien sûr. Oui. Il y a donc, il y a donc, il y a donc (secoue la boîte) Arnica Montana !!!! Il y'a donc un Tampax. Le Tampax sert à... (rires). Je laisse ce soin à l'intervieweuse. Il y a un petit ciseau. The Rescue, yees !, le meilleur médicament du monde. Qu'Hervé a dû fort critiquer, ah non, il a dû l'oublier en fait, comme il est à moi. Ça fait donc partie des Fleurs de Bach²². » Les médicaments que l'on retrouve dans les sacs ne sont pas forcément utilisés. Ils sont là comme sécurité, pour les « au cas où ». Ils se rapportent le plus souvent à des malaises handicapants et qui peuvent survenir à tout moment, maux de ventre, maux de tête, ou à des problèmes spécifiques à une personne dont elle veut pouvoir fournir la parade rapidement, comme l'herpès ou une diarrhée. « Dans mon sac j'ai toujours avec moi le Zovirax, une ou deux pastilles de Claritine en été, et puis un Labello, mais ça c'est plus cosmétique. Ouais, les deux principaux médicaments c'est Zovirax et en été Claritine, et si je suis malade, ça m'arrive de prendre quelques pastilles pour la gorge, voilà. »

²² Sous le nom « Fleurs de Bach », on compte 38 préparations à base de plantes et de fleurs, chacune conçue spécifiquement pour cibler un problème différent relatif aux exigences émotionnelles de la vie quotidienne. Ces préparations ont été conçues par le Dr Edward Bach dans les années 30. Elles visent à encourager « votre retour à l'équilibre en vous aidant à prendre le contrôle de vos émotions, à vous sentir mieux en accord avec votre vie » et sont sensées ne présenter « aucun risque d'accoutumance ou de nocivité » (informations issues du site <http://www.fleursdebach.fr/methode/>).

La sortie d'un médicament de la pharmacie peut répondre à des besoins plus précis. Pendant les périodes d'hiver, où l'on est plus facilement sujet à des refroidissements par exemple : « Dans l'armoire en dessous du lavabo, n'en sortent que ceux qui sont régulièrement utilisés et en général c'est pour un court laps de temps. Il [Alca-C] peut se retrouver sur la table de la cuisine pendant les mois d'hiver, 'fin pendant une période où je sens que je suis toujours un peu « Ah ça va, ouf je sens que ça va passer ce week-end, ouah, euheu », des périodes où tu te sens toujours entre-deux. » Des tournus peuvent se faire en relation avec la saison : « Ouais, ouais, la crème solaire elle migre sur l'étagère en été. Mais maintenant elle est sous le lavabo. Parce que voilà. » Si pour certains, son emplacement ne revêt aucun sens particulier, sa présence ou son absence peut marquer le début ou la fin d'une période : « Comme en hiver, Alca-C traîne sur la table parce que t'as toujours l'impression d'être malade. Ça fait toujours plaisir de les ranger dans la pharmacie, ça fait vraiment « Ça y'est, c'est fini, on n'en parle plus ». »

Une propriété importante dans le fait qu'un médicament soit hors de la pharmacie est qu'il est alors visible. Cette *visibilité* a une double faculté. D'abord se rappeler à notre souvenir, « Ma pilule est là au-dessus du lavabo. Ouais, il faut que je la vois, sinon je l'oublie. », ensuite combattre la maladie. La seule présence du médicament dans la pharmacie peut être rassurante, voire thérapeutique : « Par contre c'est clair que je pense que tu pourras jamais venir dans ma pharmacie sans qu'il y ait deux boîtes de Dafalgan. Je suis pas tranquille si je sais qu'il y a pas de Dafalgan chez moi, t'es sûre que je me fais une migraine. » De même cette visibilité lui donne une efficacité : « Ouais, je l'ai cherchée [une pilule pour la grippe], mais je l'ai pas prise. C'est toujours comme ça. Elle était sur, sur la table et quand j'étais guéri, ben je l'ai rangé. Donc au cas où. » « Euh non dans la cuisine on met jamais de médicaments. Ah si, des vitamines, vitamines que Oscar a achetées et qu'on n'a jamais utilisées. Elles restent sur la table. Je crois que le point fort c'est qu'on a beaucoup de

médicaments mais on les utilise jamais, si y'a un trou dans la Sécu, on saura pourquoi ! » Dans quelle mesure les mécanismes sous-jacents de ces actes peuvent-ils être rapprochés de ceux, plus *exotiques*, des Karo-Batak : ils installent un groupe d'idoles à la maison, qui, après une certaine préparation, doivent empêcher les démons de la maladie de rentrer (Hoffmann-LaRoche) ? Le médicament, dans la place et la visibilité qu'on lui donne, est un marqueur. L'assimilation des espaces corporels et domestiques que suggère Fainzang voudrait ici qu'un médicament qui est dans la maison, a fortiori s'il est bien visible, compte comme s'il était dans le corps. En tout cas, il délimite la situation, et y met symboliquement fin : quand il est dehors il marque une période de maladie ou de prudence, quand il est dedans, la situation est normalisée, on est hors de danger.

Il est une circonstance où le noyau dur de leur pharmacopée, ces médicaments qui les accompagnent de manière vague au quotidien, sont réunis : lors de *déplacements*. Que ce soit pour de petites excursions, mais pas pour tous, ou de grands voyages, une pharmacie de voyage est constituée. On y trouvera les « classiques », les « indispensables », plus les médicaments liés aux aléas du voyage. Chacun prend son jeu de médicaments habituels, pour ceux qui en ont un, plus, selon le caractère et la destination, ce qui semble pouvoir pallier aux petits tracas : beaucoup d'aide à la digestion (elle semble particulièrement mise à contribution en voyage !), des seringues, des scalpels ou des gants (les hôpitaux étrangers n'ont pas toujours la réputation de pouvoir fournir le strict nécessaire) etc.

4.3. Conclusions

J'ai voulu montrer dans ce chapitre que la place, la présence, la visibilité du médicament importent dans l'univers thérapeutique de l'utilisateur. Chacun a eu un pôle « médicament » à me présenter, et à partir de là une dissémination de médicaments dans

l'habitation. Jusqu'où interpréter le sens de ces localisations diverses, l'enjeu est de taille et la réponse n'est pas claire. Si je me fie à mes interlocuteurs, certains ont des analyses presque symbolistes de leur pratiques (« une fois que c'est fini, je le range, ça marque le coup »), d'autres ont des explications très rationnelles (« quand je suis malade je le sors parce que je l'utilise, quand je suis guéri je le range car je n'en n'ai plus besoin »). Par quel sentiment est-on envahi quand on est pris d'un mal de tête et que l'on sait qu'on n'aura pas accès rapidement à un médicament? Quelle conscience a-t-on de la présence sur notre bureau de gouttes anti-stress, alors qu'on y révise des examens ? L'univers autour de nous ne s'ordonne pas au gré du hasard, spécialement quand nous sommes cernés par les angoisses. Ma position est que les médicaments sont des béquilles dans leur fonctionnement et leur présence, des remparts contre nos angoisses, comme l'illustrent les propos de cette interlocutrice : « Mais à la base je sais que c'est seulement une histoire de, parce que j'ai décidé que c'était mon truc qui me sauvait. J'ai peur quand je roule sur l'autoroute la nuit, si je sais que j'ai mon Carmol, ça va, c'est mon truc. Si je l'ai, ça va, et pis je pense à Sébastien, autrement c'est la panique... »

Ce chapitre sur la géographie du médicament va trouver son sens et faire écho dans le chapitre suivant, concernant la pratique du médicament. Nous allons voir comment le médicament est effectivement utilisé, quels sentiments il génère et de quelle nature peut être son efficacité.

5. Utilisation du médicament

On l'a vu en filigrane dans l'identité du médicament et sa localisation, les conceptions et les utilisations subséquentes du médicament sont multiples et ne s'arrêtent pas au soin d'un mal biologique, c'est ce que je m'attelle à montrer ici.

Je ne peux pas dresser un paysage absolument panoramique des emplois du médicament, mais seulement ceux que j'ai pu observer ou qui m'ont été décrits par mes interlocuteurs.

A nouveau, les questionnements auxquels je vais tenter de répondre, dans l'optique d'instruire mon hypothèse, sont nombreux : Comment le médicament survient-il dans l'existence d'un utilisateur (obtention, stockage), quelle place il prend dans cette existence (utilisation technique ou symbolique : présence/absence, prévention, soin, dopage, tentative, lubrifiant social...), quels sentiments il génère (peurs, enthousiasme, prudence, doute, inconstance, impatience...), comment il sort du cercle d'attentions de l'utilisateur (efficacité, refus, oubli, date de péremption...) ?

Je vais d'abord éclairer le rapport de l'utilisateur au médicament (chapitre 5.1.), entre peurs et enthousiasmes. Ceci va nous mener aux stratégies d'utilisation mises en place par mes interlocuteurs, stratégies décrites au chapitre 5.2. Ces stratégies visent un but, l'efficacité, mais cette efficacité n'est pas organico-chimique uniquement, elle se situe à de multiples niveaux, nous allons le voir au chapitre 5.3. Enfin, je vais détailler un pôle particulièrement singulier de ces efficacités, que je décris au chapitre 5.3.1. nommé « Magie et croyance ».

5.1. Le rapport au médicament

Le médicament est un objet, mais il n'est pas un objet banal. En effet, il peut changer le destin des hommes. « Nous sommes tous des récupérés de la médecine » (Theil, 1969). A cet égard, et devant la puissance du médicament, il est normal de rencontrer des dispositions diverses et des sentiments de toutes sortes. Si l'identité du médicament peut être multiple, ces sentiments le sont tout autant. Le médicament peut générer, chez le même personne, inquiétude ou euphorie, indifférence et subordination. D'un point de vue strictement logique, j'ai pu constater, et parfois mes interlocuteurs avec moi, certaines incohérences, entre discours et pratiques, entre pratiques. « Non méthodique, le sens commun compose aisément avec les incohérences et les contradictions » (Massé, 1995: 257). Elles sont le fruit d'une complexité du rapport au médicament et d'un manque de réflexion général à son égard. L'appropriation et l'interprétation du médicament donnent lieu à des émotions hétérogènes et ces émotions à des pratiques. Il est donc important de se pencher sur le rapport de l'utilisateur à ses médicaments.

Lorsque j'ai demandé à mes interlocuteurs de monologuer à propos du médicament, il leur était parfois difficile, et pour certains impossible, de cristalliser leurs pensées, leur attitude face au médicament. Lors de la présentation de la pharmacie personnelle par contre, j'assistais à des envolées de frénésie ou d'hostilité, à la confiance de liaisons intimes avec un médicament. Mes interlocuteurs, mais pas dans leur majorité, avaient un « mon médicament », « médicament magique », « médicament favori », « sauveur ». On m'a aussi présenté « l'arnaque du siècle », le « médicament abhorré », « la potion magique » (avec accent cynique)...

Le médicament, pour ce qu'il peut avoir d'efficace, de néfaste, de décevant ou de salutaire s'avère engendrer toutes sortes de liens affectifs. Ces rapports, de confiance notamment, peuvent s'être forgés au cours du temps : « Parce que ma mère elle m'a toujours

soignée à l'homéopathie quand j'étais petite. Et pis elle a toujours, comme elle avait le bouquin *Homéopathie pour mon enfant*, et qu'elle, elle me lisait le machin en me posant la question si « Est-ce que j'ai ci ou est-ce que j'ai ça ? », alors du coup je sais... » Une première expérience réussie ou ratée peut fortement influencer le rapport futur à un médicament ou à une catégorie de médicament : « Je n'avais jamais pris d'antibiotiques [depuis que je suis petit] et là j'étais super malade, le docteur m'a dit « Prends ça », alors j'ai essayé. C'était l'horreur. Dès que j'avais un peu moins mal au ventre, je devais en prendre le prochain. Je m'étais lancé parce que je savais pas ce que c'était. La prochaine fois, je réfléchirai à deux fois ! » L'état d'esprit entourant une prise ultérieure sera marqué par ce premier essai.

Les sentiments à l'égard du médicament se polarisent d'abord entre anxiété et engouement. On peut véritablement aimer ou détester un médicament. Les peurs liées au médicament sont nombreuses et l'argumentation qui les sous-tend est plus ou moins bien documentée, répond ou pas à des critères de rationalité scientifique.

L'aspect potentiellement nocif du médicament est souvent avancé. Car après tout, on est conscient que le médicament est un inconnu, qu'il reste pour sa plus grande part un mystère : « On me dit « Ben tiens prends Ruacutane, t'auras plus d'acné ! », je prends Ruacutane et j'ai plus d'acné, génial ! Je sais que Ruacutane c'est de la vitamine A qui t'assèche, mais j'en sais pas plus. C'est vrai que pour ça j'ai une confiance, parce que je suis pas chimiste, je suis pas chercheuse, t'es obligé de croire ce qui est écrit sur le papier. » Ce manque de connaissance peut participer à l'aura du médicament, comme il peut rendre méfiant : « Si je peux l'éviter, je l'évite, parce que c'est quelque chose pour moi de chimique sur lesquels j'ai pas de maîtrise. Donc si je peux éviter, j'évite, c'est pour ça que j'aime bien les recettes à ma grand-mère, j'ai l'impression que c'est plus sain, ça va moins me faire du mal. Comme l'Aspirine, je sais que ça va me faire du bien si j'ai mal à la tête, je le prends et ça passe, mais en même temps je sais que c'est très acide et c'est pas très bon pour

l'estomac. » On part souvent du principe qu'un médicament a une « certaine toxicité », cette dernière est source d'appréhension.

On peut craindre la dépendance que pourraient engendrer les médicaments : « Il, ouais, il osait pas en fait parce que les somnifères je pense ça fait partie de l'inconscient collectif qui veut que les somnifères sont des médicaments dangereux dans le sens où tu peux devenir dépendant. Un peu genre drogue. [...] Bon, c'est des somnifères légers. D'après ce que m'a dit la pharmacienne. 'Fin, ils ne peuvent qu'être légers vu qu'ils sont, je peux les acheter sans ordonnance. » « Ouais, j'ai une certaine peur de devenir dépendante, mais de n'importe quoi. [...] Si la pharmacienne me dit de faire attention après cinq jours, je fais trois jours et j'arrête tout parce que j'ai peur (rires). Pis ça me fait marrer, mais en même temps je dépasserais pas les trois jours. » C'est une part d'inconnu que l'utilisateur doit gérer, qui lui laisse une certaine latitude pour interpréter la situation à partir de ce qu'il sait. Parfois, cette gestion peut être résumée par ce proverbe : « Dans le doute, abstiens-toi. »

Les effets secondaires, dont la dépendance n'est qu'un élément, sont appréhendés de même. C'est ici l'imaginaire et la force du document écrit qui sont le plus souvent en cause. « J'ai peur des effets secondaires de ces machins, j'ai peur d'être plus mal que je l'ai été en prenant un médic. » Un lien est parfois fait entre le fait de connaître les effets possibles et de les avoir : « J'hésite [à lire la notice] parce que je te dis, après j'ai les symptômes. Je regarde juste comment je dois prendre, combien par jour, mais j'évite de regarder les effets secondaires. » « J'ai pas voulu lire la notice des antidépresseurs : je sais que ça rend dépendant, je ne veux pas le lire de mes propres yeux. »

La surenchère est un autre désagrément souvent reproché au médicament : « En fait j'ai l'impression que quand tu commences à soigner un truc, c'est comme dans une fourmilière quand tu mets les doigts. Quand t'as mal à la jambe, faut soigner, après tu vas avoir un truc au genou, alors faudra soigner le genou, après ce sera la cuisse, après t'as mal

partout, tu dois soigner. Je préfère ignorer et me dire que si j'ai mal au ventre, à la tête, la nausée, je prends du Carmol. Pour moi un médicament c'est comme la fourmilière, si tu trouves un truc après tu t'en sors plus. Si tu vas chez le médecin, tu trouves tout le temps un truc ». On voit ici comment un reproche formulé à l'égard du médicament le met à l'écart du système thérapeutique personnel. On lui préfère une substance à laquelle on n'attribue pas ces inconvénients ou alors on l'utilisera en dernier recours.

Au-delà de la crainte, on peut ne pas aimer le médicament pour ce qu'il représente ou à cause du système dont il est issu, selon un fonctionnement similaire à celui de l'identité en retour. Une interlocutrice n'aime pas sa pilule parce qu'elle va à l'encontre de ses idéaux féministes : « [...] ah y'a ma pilule quand même ! Le médicament abhorré ! Je la méprise cette pilule, je l'aime pas du tout, ça me, normalement je la cache un peu comme ça... Tous les matins je suis en train de me dire que ça va pas du tout cette histoire. Non, pour moi ça fait, alors ça c'est aussi un médicament la pilule, on s'enfile tous les matins... » L'homéopathie est assimilée à du « sucre cher payé » par certains, méprisant ce système auquel ils n'adhèrent pas. D'autres théories laissent dubitatif, voire médisant : « Non. Non. Je prendrai jamais ça, ça marche pas. La flore intestinale. On dit qu'il faut reconstituer la flore intestinale après des grosses diarrhées parce que tu te vides de tes bactéries. Moi je pense qu'elle se reconstitue toute seule comme une grande. Y'a pas besoin de lui expliquer comment faut faire. La merde, c'est de la merde, les bactéries aiment la merde, tant que tu produis de la merde elles vont être là. Alors je sais même pas quelle est la théorie qui fait que ce médicament existe. Je sais pas. Mais ça, j'utiliserais en aucun cas. Pas parce que j'en ai peur, mais j'en vois objectivement pas la nécessité. » On peut aussi ne pas les aimer pour la maladie qu'ils représentent, toujours dans cette perméabilité entre l'identité de l'interlocuteur, du produit et de la maladie : « Oui, j'ai peur des médicaments, les « vrais ». Pour plein de

raisons, comme je t'ai dit l'escalade, les effets secondaires, mais surtout parce qu'ils représentent la vraie maladie. » Ici, les caractéristiques d'une catégorie déteignent sur l'autre.

Face à un médicament ou une sorte de médicament qui n'est pas aimé, j'ai observé plusieurs attitudes. Certains repoussent au maximum la prise du médicament chimique : « C'est les médicaments chimiques, dans le mauvais sens du terme. Ils me soignent moins bien que mes huiles, ils me soignent sur le moment mais ensuite ils m'empoisonnent. Alors je suis prête à m'empoisonner seulement quand je suis vraiment malade. Quand c'est sérieux, j'hésite pas, c'est chimique. » D'autres mettent rapidement en place des stratégies thérapeutiques basées sur des produits considérés comme non chimiques ou non nocifs : jus de fruits, homéopathie, huiles essentielles... D'autres trouvent comme alternatives une meilleure hygiène de vie (sommeil, alimentation en général...). Dans la gestion de ses médicaments, on pèse les avantages et les inconvénients supposés d'un produit, on fait le rapport bénéfice-risque. La conclusion de ce rapport n'est pas la même pour tous, tout le monde n'étant pas prêt à prendre le même risque, ne considérant pas les désavantages avec la même gravité...

De l'autre côté, nous avons, parfois chez les mêmes personnes, des sentiments beaucoup plus positifs. Quelques-uns de mes interlocuteurs m'ont présenté leur thérapeutique préférée avec enthousiasme. Il ne s'agit plus d'une simple substance, mais d'une substance qu'on aime prendre, pour le geste, pour ce qu'elle représente, pour ce qu'elle a de radicalement efficace, pour ce qu'elle a de rassurant ou pour son goût. « [Son visage s'illumine] Les Ponstan ! Donc ça c'est la Roll's des médicaments pour moi, je les respecte tellement que j'en prends quasiment jamais. Vu que c'est pas en vente libre, dès que je me fais opérer ou qu'on me les prescrit, je tente de les garder précieusement, de les réserver pour les cas de grandes douleurs, qui sont des douleurs de dos. Si vraiment une fois j'ai beaucoup plus mal que d'habitude j'en prends un. Si j'ai vraiment quelque chose d'important à faire, je

me dis « Autant ne pas avoir mal pour faire ces choses bien ». Je prends un Ponstan. Mais c'est vraiment mon petit trésor et j'en prends vraiment vraiment très rarement, j'essaie de les garder. » « Voilà. Une section de la pharmacie que j'aime bien, j'ai toutes mes petites affaires. [...] Chez moi ça fonctionne vachement les huiles essentielles. J'aime bien, c'est ma petite sorcellerie. » « Ça c'est du sirop pour la toux que j'adore depuis mon enfance, d'ailleurs rien que de le voir j'ai envie de la prendre. » « Là y'a les Néocitran, ça je suis un fan aussi. Ça j'adore. J'adore le goût, j'adore l'effet que ça fait. Dès que j'ai un petit refroidissement, j'en prends un, dès que ma copine a un petit refroidissement et qu'elle s'en fait un, je m'en fais un aussi pour l'accompagner. Je trouve ça, vraiment très bon. »

Entre amour et haine, en passant par l'incrédulité, la prudence, et l'inconstance, il est évident que le médicament n'est pas une marchandise banale. Il a la capacité de changer un destin, à court ou à long terme, d'influencer les humeurs, la perception de son corps, d'abrégé les déboires, et il est à ce titre investi de sentiments divers.

Maintenant que nous en savons plus sur la complexité et la richesse du rapport au médicament en général, nous allons voir de quelle manière il est effectivement utilisé. Nous avons déjà épaissi le sens du médicament et élargi son univers, le chapitre suivant va casser cette vision linéaire de la pratique thérapeutique qui va du problème organique à la réplique chimique.

5.2. Stratégies

L'homme faillible, dans son corps et dans sa tête, devant une maladie éventuelle ou avérée, se trouve face à un éventail d'options et va développer des stratégies et des procédures standards de réaction. La situation de pluralisme thérapeutique fait que l'individu se trouve devant un choix de traitements, un choix de thérapeutes, un choix de substances. Ces choix ne

vont pas être dictés exclusivement par l'efficacité thérapeutique de ces alternatives, mais à travers « les possibilités d'interprétation multiples, nullement mécanistes et dépendant des circonstances, [de la maladie], des rapports de force et de l'identité sociale des partenaires en présence » (Augé, 1986: 86). L'interprétation des maladies est un phénomène social qui n'est pas seulement le fait du spécialiste, mais d'absolument tout le monde (Laplantine). Le médicament, objet de guérison, appartient au monde médical (dans la globalité de ses différentes pratiques et approches), mais ce monde n'est pas à l'abri de constructions et de représentation et ne peut prétendre à une neutralité mécaniste. La marge d'incorporation, d'interprétation et d'appropriation est grande et donne lieu à diverses stratégies, procédures. Les itinéraires thérapeutiques sont nombreux, comme nous allons le constater.

J'ai pu reconstituer, à travers les explications et présentations de chacun, un mode d'action standard en cas de maladies. Les procédures se mettent en place souvent automatiquement, naturellement dans leur système. Ce sont des « procédures standardisées » déployées en cas de maladie plutôt familière : « Ensuite y'a, parce que j'ai souvent mal à la gorge, des choses que je garde, que j'ai en stock en fait si j'ai une angine qui passe pas. [...] Ah ben pour les maux de gorges, ça vient de ma mère, depuis que je suis petite. C'est des choses où je vais pas consulter, je vais moi toute seule à la pharmacie. » « Aspirine ! (rires) Je prends Aspirine-effervescent-vitamineC, le grand paquet. Dès que je sens que j'ai un petit refroidissement, pas la grippe parce que la grippe t'es terrassée, mais que tu te sens un peu, t'as des frissons, je prends direct une Aspirine, en général, ça va pas plus loin. »

Face à une maladie, une éventualité de maladie ou une angoisse de maladie, ces procédures sont souvent progressives. Elles s'échelonnent dans le temps, dans la puissance du médicament telle qu'ils la considèrent – le plus souvent du plus naturel au plus chimique - et dans les doses. « Je n'ai pas une résistance particulière aux médicaments. Mais j'essaye toujours par d'autres moyens d'abord. » « Là j'ai décidé de faire quelque chose parce que

j'avais jamais eu aussi mal à la gorge, je sentais que c'était un peu sans retour. Mes petits Alca-C, mes petits Mébucaine, ma petite automédication allait pas faire le poids. » On peut passer de la biomédecine à des médecines dites douces. Le Breton explique qu' « à l'inverse des sociétés occidentales, où le recours aux guérisseurs vient après les échecs de la médecine, dans les sociétés du Tiers Monde, c'est plutôt l'insuccès rencontré auprès des guérisseurs qui mène au cabinet des médecins » (1990 : 200). Un interlocuteur qui souffre de maux de dos chroniques et que la visite de plusieurs médecins n'a pas soulagé me dit : « Maintenant, j'ai presque envie d'aller voir un acupuncteur. J'y crois pas, mais en désespoir de cause je vais essayer les médecines indiennes, chinoises. »

Dans cette optique, il est une sorte de produits que je n'ai pas encore détaillée, mais qui s'insère particulièrement bien dans cette dynamique de stratégies progressives : les aliments. Il ne s'agit pas toujours d'aliments (aliments présentés comme bénéfiques pour la santé) et pas de médicaments (médicaments pris de façon désinvolte, comme c'est parfois le cas avec les sirops pour la toux) (Fainzang, 2001: 60). Plusieurs personnes ont fait état de leur prise de produits d'alimentation - kiwis, oranges, miel, tisanes – dans une optique thérapeutique. Les fruits sont principalement mis à profit, avec le potentiel de vitamines qu'on leur prête. « Je sais qu'en hiver je fais une cure de jus d'orange. C'est bête mais jus d'orange je me dis « Y'a des vitamines c'est bon ». J'ai appris dernièrement qu'il y a plein de vitamines C dans la salade verte, j'étais très surpris. » Il ne s'agit pas, dans l'idée des interlocuteurs qui en ont fait mention, de médicaments, mais ils sont pris sur un mode alternatif, préventif ou curatif et on en a, à ce titre, certaines attentes, que l'on n'a pas en mangeant un mouton rôti au miel. « Je détecte le moment de la maladie bénigne pour agir. Donc je mange des kiwis, parce que kiwi égal vitamines. Pour le plaisir et la santé. » On a à nouveau affaire à cette idée que tant qu'on peut éviter le médicament il faut l'éviter. Les aliments sont alors une alternative possible : « Tandis que j'ai l'impression que si je prends

quelque chose de naturel, genre des oranges quand j'ai besoin de vitamines C, du vinaigre pour les verrues des trucs comme ça, j'ai l'impression que ça va me guérir sans avoir ces effets mauvais ». Cela nous ramène aux sentiments qui nous lient aux médicaments, dont cette méfiance face à un inconnu. L'utilisation thérapeutique des aliments est une stratégie qui permet, temporairement au moins, de faire la part des choses entre la peur de la nocivité qu'on suppose au médicament et la volonté d'agir face à la maladie.

L'approche progressive qui a été décrite vaut pour une majorité de mes interlocuteurs. Toutefois, certains ont une approche différente : ils n'agissent pas, mais prennent les choses en main de façon radicale quand ils le font. « C'est vrai que, du moment où je décide que j'en ai besoin, à ce moment-là j'hésite pas, généralement je fais pas les choses à moitié. Donc si j'ai besoin de, si j'ai mal à la tête par exemple, [...] alors y'a un moment où je décide de prendre des médicaments, mais j'en prends à bonne dose. Tu vois dans le sens où j'hésite pas, je me pose pas trente-cinq questions. Je connais les doses et je sais au-delà de quelle dose je peux pas aller, mais je prends les doses maximales généralement. »

L'appel à un tiers pour des conseils, nous approfondirons ce sujet au chapitre 6., se fait habituellement du proche – famille ou ami –, à l'étranger – pharmacien, médecin.

Pour les « petites maladies », on observe l'utilisation de fonds de culture pseudo-médicale populaire, de bouche à oreille (Nunez Perez, 1980) . Il y a peu de dons de médicaments, mais plutôt des échanges de conseils. Face à ces conseils, bon nombre de mes interlocuteurs adoptent une approche expérimentale. Dans le domaine de la pharmacopée perçue comme naturelle – et donc supposée sans danger ! – les tentatives se font facilement, mais l'état d'esprit qui préside à ces tentatives, et donc à son efficacité et incorporation éventuelle à l'arsenal thérapeutique personnel, est très différent. On est prêt à le laisser fonctionner : « Ça, c'est de l'homéopathie contre l'herpès, une tentative qui n'a absolument pas marché. Rien ne remplace le Zovirax, qui est toujours dans mon sac. Donc j'ai essayé et

j'en avais partout sur la bouche (rires). » On ne laisse aucune chance au médicament, comme cet interlocuteur qui me présente une série de tubes d'homéopathie : « Ledum 5CH. Ah oui, elle avait essayé, vu que j'ai très mal au dos, de me faire faire une cure d'homéopathie, pour lui faire plaisir j'avais tenté. Mercurius 5CH. Ça avait pas marché, bien sûr. Machesis 5CH. Pour mon plus grand plaisir, je voulais pas que ça marche, Roustoxico 5CH. » « Tout ce qui est à base de plantes comme ça, je tente le coup. Mais tout ce qui est des petits bouts de sucre, blancs, sans rien dessus, où c'est de la dilution, ça j'y crois strictement pas. Si c'est à base de plantes et que ça a une tête normale, je peux peut-être y croire. » On voit ici comment la disposition dans laquelle on se trouve face à un nouveau médicament est fondamentale. Elle ne peut, à elle seule, faire marcher ou échouer un traitement, mais elle l'influencera grandement. Les thérapeutiques dites plus naturelles nécessitent une acceptation de base pour être prises dans des circonstances qui favorisent leur efficacité. Les thérapeutiques conçues comme étant plus chimiques, dont les antibiotiques semblent être ceux qui marquent le plus les esprits, nécessitent une sérénité par rapport aux craintes que peuvent susciter les effets secondaires éventuels : « Ah, en parlant de médicament, y'en a un qu'est pire que tout, c'est le Lariam²³. Ça s'est passé dans ma tête l'effet secondaire. Je suis partie en Afrique. A l'hosto, on m'a dit que, que le Lariam. Les gens autour de moi étaient horrifiés. J'ai lu la notice, l'horreur. Un million d'effets secondaires et tout. Parano totale, je vais devenir dépressive (rires). Du coup l'horreur. Je l'ai pris quand même. Le paludisme toute une vie : j'ai pesé le pour et le contre, je me suis dit « On verra bien ». Mais du coup, on m'aurait donné un bout de plastique, j'avais les mêmes effets secondaires. C'était totalement mental. Je pouvais rien faire c'était plus fort que moi. Des cauchemars hallucinants où tu te sens mal quand tu te réveilles, j'arrivais pas à m'en remettre. Le premier, t'attends les effets secondaires. Evidemment qu'ils arrivent. Mal au bide, no motivation... La cata ! »

²³ Le Lariam n'est pas un antibiotique, mais un médicament anti paludique.

Ainsi, les interlocuteurs sont capables de verbaliser le fait que leur état d'esprit influence la prise du médicament. Les exemples qui m'ont été donnés, comme je l'ai illustré plus haut, se rapportaient à une efficacité potentielle pour les traitements perçus comme naturel et aux effets secondaires pour les médicaments perçus comme chimiques.

Pour un de mes interlocuteurs, cette latitude quant au fonctionnement du médicament n'existe pas. La logique "j'ai mal – je prends un médicament – ça marche-point" est celle qu'il m'a décrite et qui préside à sa relation avec les médicaments. Elle se déroule apparemment sans émotion, se veut très rationnelle. Je n'ai pas réussi à définir, sur la base de ses descriptions, quelle part d'interprétation, quelle latitude d'utilisation s'insinuerait en effet dans son vécu du médicament.

Lorsqu'on demande une définition du médicament, c'est l'élément du soin qui est mis en avant. C'est à travers la description des pratiques que l'utilisation préventive a été exposée. Aux premiers signes d'une éventualité de maladie, on déploie une stratégie de défense : « C'est le truc (bégaie), ça fait partie, moi ma principale maladie, c'est les refroidissements. En hiver, si je sens que je suis malade, la méthode hard c'est Alca-C (rires), sinon la méthode, ouais traditionnelle, genre « Je préviens » c'est Echinaforce le matin, au lieu du thé vert je prends le truc dégeu à la sauge et bain d'eucalyptus. » Un picotement au coin de la bouche, des douleurs dans les articulations, le ventre barbouillé sont autant de signes avant coureur d'une période de désagrément, voire d'incapacité totale. Ces signes rappellent des épisodes douloureux et les interlocuteurs se doivent d'agir pour éviter que ces épisodes ne se reproduisent.

Le médicament a été situé dans l'espace, il faut le situer dans le *temps* aussi. Quelle est la temporalité du médicament, quelle est son occurrence, quelle est sa durée ? Les actes entourant les médicaments sont plus ou moins longs, plus ou moins emprunts du « sérieux thérapeutique » : le moment entre les premiers symptômes et la décision de prendre quelque

chose ; le moment entre la décision de prendre quelque chose et la prise effective ; le temps de la prise avec l'ouverture du paquet (« Ça [pommade contre l'herpès] c'est le truc, juste pour ouvrir, faut avoir fait l'uni ! »), la lecture de la notice (« La notice, ah j'adore ça, je la lis du début à la fin avec toutes les contre-indications. »), regroupement des outils nécessaires (verre, eau, cuillère, mouchoir, bain, etc.) ; l'attente des effets, la durée des effets ; la fréquence de la prise, comment elle rythme la journée. Le médicament peut être circonstanciel, pour un mal de tête événementiel ou une soudaine diarrhée. Il peut être pris sous forme de traitement, son espace temporel est alors différent. Pour mon échantillon, qui ne vit pas le médicament dans sa facette réellement dramatique n'ayant pas de douleurs insoutenables ou de maladies mortelles, la temporalité du médicament est plutôt éphémère. On a vu comment la fréquence de la prise du médicament influe sur l'image qu'on en a, en en faisant une substance plus ou moins sérieuse. C'est un acte spécifique dont on considère en théorie qu'il doit rester occasionnel.

Quand le médicament n'est pas circonstanciel, il s'insère dans le quotidien et instaure une temporalité cyclique, à travers le traitement par exemple. Dans mon échantillon, j'ai rencontré la prise de la pilule et de quelques « cures de vitamines » qui peuvent s'étaler sur une certaine période. Autrement, la prise régulière d'un médicament est un fait plutôt rare. La journée peut être marquée par la prise du médicament, par exemple la tisane « bon sommeil » qui en atteste la fin. Le moment précédant le sommeil est un moment privilégié pour l'absorption d'un médicament ou l'application d'une crème : la période de repos semble favorable à la guérison. La pilule contraceptive rythme, avec son décompte des jours, de façon très stricte le mois. Un rituel de rappel et de contrôle peut s'instaurer au sein du couple. J'ai pu observer un cycle plus annuel, avec la sortie des traitements d'hiver, saison qui amène son lot de rhumes et autres refroidissements.

L'impatience est une autre caractéristique qui entoure la prise du médicament. « Le malade, en règle générale, méprise le timoré, le lent à se manifester » (Dagognet, 1964: 11). Cette impatience varie selon la substance, mais l'attente de l'effet d'un médicament ne semble pas souffrir le passage de plus de quatre jours. Au-delà, la personne abandonne le traitement ou le modifie : changement de substance, augmentation des doses, ajout d'autres produits. Il semble que la prise de l'antibiotique, dont la charge thérapeutique est forte, se fasse de manière assez systématique. On m'a souvent expliqué qu'un antibiotique « doit être pris jusqu'à la fin ». Le temps que l'on est prêt à laisser au médicament pour agir varie selon les prédispositions que l'on a à l'égard de la catégorie dans laquelle on l'a placé. Ainsi, un interlocuteur me présente les pilules contre le rhume des foins que sa mère lui a donné : « Ouais, fallait le prendre tous les jours deux-trois fois et moi si après un jour et demi ça marche pas, je laisse tomber. Mais je laisse tomber parce que c'est un truc homéopathique. Si c'était une cure d'antibiotiques, je laisserais pas tomber ». Cette impatience devant le médicament vaut-elle pour la maladie ? Le Breton le pense : « Le produit intégré est supposé supprimer la durée de l'obtention du résultat et procurer l'état voulu au moment voulu, sans effort particulier de l'individu qui a seulement à tendre la main vers l'armoire à pharmacie » (1985: 137). Une de mes interlocutrices ne le voit pas ainsi : « Je peux m'automédicamenter dans le sens où j'arrive à, j'ai pas besoin d'aller chez le médecin pour trouver un médicament qui puisse me convenir, mais que ce soit prescrit par le médecin ou pas, j'essaie toujours de faire en sorte de m'autoguérir toute seule en fait, j'attends, en fait je suis patiente plutôt. [...] Et pis, qu'est-ce que je voulais dire, pourquoi en fait, voilà parce que je suis patiente et ça me dérange pas d'être malade en fait. Voilà. Je considère pas ça comme étant grave. » Pour une autre – je développerai cet aspect plus tard –, le fait d'être malade est même l'occasion de faire une pause : « Quand j'étais petite, à l'adolescence j'ai aimé être malade, attirer

l'attention, souffler. Me faire cocoler. Aujourd'hui, je suis grande. On ose moins être malade, on se laisse pas le temps. »

« Le médicament est le moyen essentiel de la petite maladie » (Theil, 1969: 151) et les stratégies dans lesquelles il s'insère sont souvent des procédures standard que l'on applique « automatiquement » en cas de maladie. En effet, chaque interlocuteur ou presque a ses affections familières, affections contre lesquelles chacun a une méthode habituelle, plus ou moins éprouvée. On peut apparenter ces stratégies aux procédures routinisées, répétitives et standardisées dont Garfinkel parle et qui modèlent l'activité sociale des membres. Dans ces procédures, le rapport à la temporalité est important, ainsi que les sensations, les signes du corps, d'après lesquels on réinterprète sa maladie au fur et à mesure et rectifie le traitement en conséquence. Ces stratégies ne suivent pas forcément des critères de grande rationalité telle que Jarvie la définit, où quelqu'un agit rationnellement sur la base de croyances rationnellement fondées, mais d'une petite rationalité où l'on agit rationnellement, dans son univers si l'on peut dire, avec comme outils les signes de son corps, ses connaissances, ses habitudes, et les conseils alentours. Ces stratégies sont rationnelles en ce qu'elles sont orientées vers un but défini et qu'elles sont reconnues par l'acteur comme le moyen le plus efficace pour atteindre ce but (Massé, 1995: 263). C'est ainsi que se mettent en place des conduites machinales que l'on applique dans certaines situations. Peut-être ne font-elles pas sens dans un monde scientifique, cartésien et rationnel, tel que se réclame celui de la biomédecine, mais elles font sens dans le monde de l'utilisateur ; le fait qu'elles soient mises en œuvre montrent qu'elles répondent le mieux à une demande, aux attentes et besoins de l'utilisateur. L'un de mes interlocuteurs fait une sieste en cas de mal de tête, et prend un Aspégic en cas de fièvre. A moins que des circonstances spéciales ne l'y poussent (situation dans laquelle il devrait être efficace de suite, non-disponibilité de « ses » substances...), il ne prendra pas d'Aspégic pour un mal de tête ou d'Aspirine en cas de refroidissement. Un autre

aura l'habitude, pour un mal de tête, de prendre tardivement, mais directement des Ponstan, une autre prendra de l'Arnica... Chacun a ses produits, ses actions qu'il applique dans l'idéal, et adapte au cas par cas, au besoin. Toutes ces procédures standardisées relèvent de l'automédication. Soit que le médecin ait une fois conseillé d'agir ainsi, soit que la maman ou le papa (plus rarement) aient soigné ainsi la personne étant enfant, soit que cette technique ait fait ses preuves antérieurement. La décision de visiter le médecin se fait après échec des stratégies habituelles ou en cas de symptômes différents (plus forts ou maladie inconnue). L'automédication répond à un besoin, une volonté de se responsabiliser, d'avoir prise sur sa santé d'une part : « J'aime bien tout contrôler, c'est un peu un défaut. J'aime tout contrôler. Le fait de pouvoir moi-même choisir mes médicaments, quels mélanges je vais faire, comment je vais me soigner, c'est quelque chose que j'aime bien faire ». Elle est limitée d'autres parts par la peur de ne pas savoir, ainsi certains capitulent devant le mystère que représente et renferme le médicament : « Je suis obligée. A moins de faire des études de chimie, de tout analyser pour voir que ce qui est écrit est juste et les effets. T'es obligé de faire confiance ou alors tu prends aucun médicament ». La latitude de jugement et d'action par rapport à son corps, à la maladie et aux médicaments, est large et l'utilisateur peut ou non en faire usage, en multipliant par exemple les sources d'informations ou en s'en remettant à un spécialiste.

Voilà quelques-unes des stratégies thérapeutiques que j'ai pu relever. Les buts que ces stratégies poursuivaient ont déjà pu transparaître, je vais maintenant clairement les définir.

5.3. Efficacités

Nous avons cerné l'identité du médicament et ses mécanismes à travers les critères abordés par les interlocuteurs. Nous avons pisté le médicament à travers ses différentes

localisations, l'organisation et la logique de ces emplacements. Nous venons de voir les différentes stratégies mises en œuvre face à une maladie réelle ou potentielle. Nous arrivons maintenant à un point très important de ce travail, celui de l'efficacité du médicament, car toutes ces informations forment un réseau qui demande à définir cette notion fondamentale. En effet, la recherche d'efficacité est au cœur des stratégies, des utilisations, des localisations du médicament. Et il apparaît clairement que cette efficacité ne se situe pas uniquement au niveau organique ou au niveau chimique, mais que mes interlocuteurs instrumentent le médicament selon divers objectifs et peuvent se satisfaire d'une présence ou de la prise d'un produit qu'eux-mêmes ne jugent pas pharmacologiquement efficace. C'est que l'efficacité, telle qu'elle est vécue et estimée par les individus, est (aussi) ailleurs. Ce chapitre va mettre en lumière ce que peut être l'efficacité, dans le monde de mes interlocuteurs, comment ils l'évaluent, en quoi elle consiste ?

Le médicament est efficace de plusieurs façons. Il est efficace dans sa *désignation* pour commencer. Tous les produits n'accèdent pas au statut de médicament, ne sont pas désignés ou utilisés comme tel. « Néocitran, c'est un médicament, ou une potion pour le thé. Ah c'est même pas vraiment un médicament. Bon, j'avais dit le contraire la dernière fois. Allez, c'est un médicament ! Ah moi c'est dès que j'ai un tout petit refroidissement je me précipite dessus. Un médicament très léger. Du thé qui soigne un peu. » Considérer une substance comme un médicament, c'est la prendre (un peu) au sérieux et avoir certaines attentes à son égard.

Il est efficace par sa *capacité à être pris*. « Les études montrent que les patients ne consomment que 40% des prescriptions » (Célerier, 1999: 55) et les affirmations de nombreux interlocuteurs vont en ce sens, où le décalage entre les médicaments que l'on possède et ceux que l'on prend effectivement est grand. Considérant la présentation qu'elle vient de faire, une interlocutrice conclut : « Je crois que le point fort c'est qu'on a beaucoup de médicaments

mais on les utilise jamais ». Massé écrit : « La non-fidélité à la médication s'explique par le savoir populaire véhiculé dans la population quant à la nature, aux fonctions, aux dangers et à l'efficacité des médicaments prescrits » (1995: 235). Nous allons voir toutefois que les médicaments n'ont pas besoin d'être techniquement pris pour avoir une efficacité. C'est la nature de cette dernière qui varie.

Il est efficace dans l'*action* qu'il entraîne. Face à une maladie réelle ou éventuelle, il faut agir, et agir avec les moyens qui semblent les plus appropriés. L'impuissance devant une maladie est un mal en soi, source d'angoisse : « Ces émissions où tu vois la carte du monde et tu vois l'épidémie qui se répand et toi tu te dis que tu peux rien faire, cette espèce d'impuissance. Tu vois que la maladie prend du terrain et qu'il n'y a pratiquement aucune recherche qui est faite dessus qu'il y a pratiquement aucun médicament, que les médecins peuvent pas te dire « On peut vous guérir » ». Alors face à une maladie ou à son éventualité, il faut faire quelque chose, même si cette action ne va pas changer le cours biologique des choses : « Ça [Zovirax] c'est, théoriquement ça sert à rien. Moi j'en ai utilisé, en ayant l'impression que ça marchait, pis probablement que ça m'a aidé aussi parce que je m'imaginai que ça marchait, je sais pas mais objectivement, il y a des études scientifiques qui montrent que c'est pas, c'est pas... Je vais le garder tout en sachant que gniangnian [ce n'est pas chimiquement efficace]. Mais je vais le garder parce que, ouais parce que c'est vrai que, en plus je l'ai déjà payé. Comme ça, ça va être une dépense de moins. Pour le prochain. Je mets toujours, j'ai besoin de mettre quelque chose. » Les individus ont besoin de pouvoir donner une réponse immédiate et pragmatique aux événements ; le fait d'être conscient que cette réponse n'est pas parfaite n'est pas grave, il suffit qu'elle soit la plus adéquate.

Il est efficace par l'effet *biochimique*, bien sûr. Il convient de ne pas oublier la réalité chimique, au-delà de toutes les circonstances qui influencent la prise et que nous nous appliquons à mettre en avant ici.

Le médicament est efficace par la *sensation* même, l'idée qu'on s'en fait et pas seulement pour sa capacité à guérir. On peut rapprocher cette efficacité de l'action. La sensation du médicament est la preuve par le corps que quelque chose a été mis en place face au symptôme. L'identité du médicament par son goût, son odeur, sa texture, la sensation qu'il procure à un niveau très superficiel est une efficacité en soi. « La prise doit être perceptible par le patient lui-même, [quitte à introduire] des traductions sensorielles artificiellement produites » (Akrich, 1995: 154). Un interlocuteur affirme, parlant de sa consommation d'aspirine : « J'ai l'impression que ça va m'aérer le cerveau ». Un interlocuteur à qui je demande de me parler de l'efficacité des médicaments me dit tout de suite : « Moi, un médicament plus il est mauvais, plus je pense qu'il est efficace. Je me dis que pour qu'ils fassent un truc aussi mauvais, il faut que ça marche vraiment. Là je me contredis parce que Néocitran je trouve ça hyper bon, je le prends et ça me fait du bien, mais je peux pas expliquer cette contradiction. C'est une exception. Si avec toute la technologie, ils arrivent pas à faire un truc bon et qu'ils le laissent mauvais alors que c'est anti commercial, ça veut dire que ça marche, qu'il est excellemment bon ». Un interlocuteur qui évalue à haute voix l'efficacité de son bain à l'eucalyptus : « Avec de l'eucalyptus dedans ça peut avoir des vertus préventives (rires). En tout cas où t'as l'impression de te faire du bien, de te soulager. Ouais, c'est presque, ouais, ça rejoint « Je prends soin de moi, je prends mon petit bain à l'eucalyptus parce que j'ai les bronches un peu comme ça ». Je pense pas que ça va avoir un effet super, voilà, mais au moins, 'fin y'a déjà l'odeur qui est l'odeur du, enfin quelque chose qui soigne. [...] Mais rien que le fait que ça me fasse du bien sur le moment, pour moi je le considère déjà comme une efficacité ». Un interlocuteur me montrant une bouteille achetée en

pharmacie contre les maux de tête me dit : « Roll-on rafraîchissant au poivre et à la menthe, quand t'as mal à la tête, sur les tempes, trop cool, je sais pas si ça marche mais c'est agréable ». Cette « sensation » est importante et intéressante en « ce qui produit des effets vifs et soudains frappe moins la maladie que l'imagination du malade qui favorise le puissant et l'efficace » (Dagognet, 1964: 11). Cet ascendant sur l'esprit a une efficacité surprenante, de l'avis même de mes interlocuteurs. Au-delà de toutes les stratégies, de toutes les efficacités, la sensation primaire que procure le médicament est centrale, car elle est un des seuls éléments concrets auquel l'utilisateur peut se fier pour interpréter l'évolution de sa situation. Dans l'attente des effets attendus, ce premier, et parfois unique, signe est fondamental.

Cette sensation peut être clairement agréable ou vraiment déplaisante. Selon les personnes, cela accentuera l'efficacité ou en sera une preuve, ou les détournera de son utilisation : « Moi j'ai largement plus confiance si je me fais mal à l'alcool qui pique. Pour moi, si ça fait mal c'est que c'est positif ». A propos de son Baume du Tigre, un interlocuteur explique : « Ça m'est arrivé d'utiliser ça, parce que je trouve marrant la sensation. Ça guérit pas pour moi mais ça donne une sensation marrante. C'est pas quelque chose qui guérit, ça déplace la douleur, ça brûle à la place d'avoir mal ». « Ça [médicament effervescent contre la toux], j'en ai pris une fois mais j'ai trouvé ça tellement dégueulasse que j'ai arrêté. »

Il faut reconnaître, en sus, l'*efficacité symbolique* du médicament, tant est forte « la porosité du corps à l'action du symbole » (Le Breton, 1990: 191). Le médicament est, entre autres, le produit de la médecine (toujours au sens large de ses diverses écoles), « or la médecine, parce qu'elle est un sous-système culturel, parce qu'elle est aussi affaire de relation, de communication, de signification, d'échanges (de mots, d'ordonnances, de produits, de manipulation, de manifestations de satisfaction ou d'insatisfaction, etc.), parce qu'elle est affaire de pensée et de raisonnement, est une activité hautement symbolique. Et les symboles ont aussi leur efficacité » (Erny, 1985: 44). Quand on en vient à évoquer l'efficacité

symbolique, la capacité du médicament à faire sens dans l'univers du patient, à faire le lien entre les différents éléments de l'événement-maladie, c'est toujours le texte de Lévi-Strauss sur l'efficacité symbolique qui s'impose. Il y décrit la cure shamanique qui apporte du sens à la douleur d'une parturiente et la place dans sa communauté et sa mythologie : « La cure consisterait donc à rendre pensable une situation donnée d'abord en termes affectifs : et acceptables pour l'esprit des douleurs que le corps se refuse à tolérer. Que la mythologie du shaman ne corresponde pas à une réalité objective n'a que peu d'importance : la malade y croit et elle est membre d'une société qui y croit » (Lévi-Strauss, 1958 : 121). Pour certains, l'esprit de mes interlocuteurs n'est pas fermé à ces symboles, d'une part, et est de plus désireux de rester ouvert, de se laisser la chance d'être guéri ou rassuré, par des symboles. Ceux qui évitent de prendre des substances qu'ils conçoivent comme chimiques et donc potentiellement nocives, sont tout prêts à laisser agir le symbole qui n'a pas, a priori, d'effets secondaires. Il faut ajouter que la biomédecine joue de ces symboles à sa façon, où sa facette scientifique fait aussi de l'effet sur l'esprit de l'utilisateur. Rien n'empêche par ailleurs, que l'efficacité technique s'associe à une efficacité d'un autre ordre pour augmenter son champ d'action.

Le remède est un objet hautement culturel. Le médicament, quelque substance active qu'il renferme, doit prendre sens dans sa forme et dans son principe pour l'utilisateur. « Un même mal peut être soigné de multiples manières selon le raisonnement que l'on adopte, et est soigné de fait de multiples manières d'une tradition culturelle à l'autre. Dans l'Occident moderne, nous avons des choses une conception très matérialiste. Nous croyons que c'est l'absorption de telle substance médicamenteuse ou l'application de tel traitement physique qui guérit. Cette croyance correspond à notre système de pensée » (Erny, 1985: 44). L'utilisateur est un être culturel, qui a certaines attentes et certains réflexes face au médicament. C'est ainsi que certains traitements s'imposent et prennent sens pour certaines personnes qui les

acceptent dans leur principe. Pour les autres, cette thérapeutique constitue une agression ou un non-sens, et son efficacité en sera limitée. Le choix d'un traitement n'est pas directement fonction de l'efficacité technique – « Ainsi, la rationalité des comportements de recherche d'aide n'est pas une fonction directe de l'efficacité thérapeutique effective, qu'il s'agisse de médecines parallèles ou officielles » (Massé, 1995: 260) –, l'efficacité symbolique a son importance, que je définirais comme la capacité du médicament à faire sens dans l'univers thérapeutique d'un individu, voire à donner sens à une maladie qu'il a interprété avant d'opter pour un remède.

Le discours des utilisateurs sur leurs pratiques thérapeutiques m'a mené plus loin encore dans l'exploration du fonctionnement de cette aire d'efficacités. Cette aire est à la fois mystérieuse et prometteuse, je lui ai consacré le chapitre suivant.

5.3.1. « Magie et croyance »

C'est une suite logique de l'efficacité symbolique que d'aborder maintenant deux thèmes largement mentionnés par mes interlocuteurs. Magie et croyance sont des termes qu'il est inhabituel, et même malvenu, d'appliquer aux médecines ayant cours dans la sphère occidentale. Alors que les « primitifs » croient, nous savons ; quand les « sauvages » font de la magie, nous laissons agir une substance chimique découverte par un père fondateur de la science médicale et synthétisée grâce à la dernière technologie en mode.

Puis Latour déconstruit le mythe où nous nous obstinons à vouloir être sortis de la croyance pour pénétrer dans le savoir, Brun insiste sur le besoin de croire en celui qui soigne et ce qui soigne, et mes interlocuteurs me font des déclarations en ce sens. Qu'est-ce à dire ?

Je pense qu'il existe effectivement, dans l'utilisation de médicaments, le fossé dont a parlé Karl Jaspers entre les réalisations scientifiques modernes et des formes de pensées

moins rigides, moins cartésiennes. Le progrès est difficilement assimilé par le public, et la tradition a tendance, comme argument soutenant le médicament, à rassurer plus (Akrich, 1995). En effet, l'utilisateur n'a pas besoin que de science, bien que ce soit aussi un puissant moteur d'efficacité par l'aura qu'elle confère aux substances qu'elle produit. L'utilisateur a besoin de croire, il a besoin de lien social, de métaphore, de symbole. Souvent, il en est lui-même conscient, il est prêt à se laisser entraîner dans ce système : « J'y crois. Je sais que c'est pas vrai, je sais que c'est que de la connerie, mais comme ça marche, entre guillemets, comme j'arrive à me calmer, en me disant avec mes granules homéopathiques. C'est débile, d'un côté tu sais que c'est de la connerie, d'un côté tu t'imagines des médicaments, et d'un côté ça marche, mais c'est un peu contradictoire, tout ça est très contradictoire ». La construction de l'univers thérapeutique peut se faire très consciemment, dans la croyance, et sans que cela ne porte préjudice à l'efficacité. Une interlocutrice conclut ainsi : « Ben voilà, j'ai mes petits remèdes à moi, alors je prends mes petits remèdes à moi ».

Nous parlons d'un produit, le médicament, issu d'une sphère scientifique, scientifiquement argumentée, fruit de longues recherches. Dans ce monde, du côté de l'utilisateur au moins, la croyance, la magie trouvent leur place. Aux yeux de certains interlocuteurs, l'état d'esprit et la croyance sont des notions qui font sens dans le monde du médicament. Leur rôle est plus ou moins central et appréciable, ils peuvent être décrits par l'intéressé, mais difficilement analysés. Dans le discours de mes interlocuteurs, il est souvent question de croyance ou d'autres concepts (miracle, magie) qui ne trouvent pas, *a priori*, leur place dans le domaine médical. Et pourtant, en me présentant une substance ou une autre, on précise souvent « j'y crois » ou « j'y crois pas ». Un interlocuteur, me parlant d'un médicament homéopathique contre la grippe, me dit : « Je croyais dur comme fer à ce médicament, parce que c'était le seul qui pouvait me sauver. Sauver mes vacances ». Une autre annonce : « Les machins pour avoir la pêche, j'y crois pas. C'est des médicaments, mais j'y

crois pas ». A quoi mes interlocuteurs font-ils référence quand ils parlent de « miracle », « produit miraculeux », « magique », « croyance » ? Quelle est la nature, les effets de cette croyance ?

Le fonctionnement de cette croyance n'obéit, en tous cas, pas à des critères courants de logique. Le fait de croire n'est pas suffisant à faire l'efficacité : « Ça marche absolument pas les suppo contre la toux. J'avais essayé ça, j'avais bien fait ça et pis j'étais absolument convaincu. Ben c'était passé comme d'habitude quoi, pas plus vite ». Mais il semble y contribuer : « Maintenant pour que ça [les médicaments en général] marche, il faut avoir de la patience quelque part. Et pis se donner les moyens d'y croire et pis ça nécessite une disponibilité d'esprit pour ça. » Le fait de ne pas croire condamne facilement le médicament à l'inanité : « Mmmh, si je suis pas convaincu, ça marche pas ». Dernier exemple, lorsque je demande à un interlocuteur s'il a essayé les gouttes pour dormir qu'il me montre, il me répond : « Non, ah oui, je crois que j'avais essayé une ou deux fois, mais j'y crois pas trop ». Je le relance en lui disant que ce n'est pas parce qu'il n'y croit pas que ça ne va pas marcher. Il s'exclame d'un air entendu « Quand même ! », témoignant que si, précisément.

Le discours général qu'on me fait sur les médicaments se veut d'habitude plutôt rationnel. C'est en me décrivant les substances au cas par cas, dans leurs utilisations effectives, que des notions plus subjectives s'insèrent. Les pratiques décrites vont des plus cartésiennes aux plus fantaisistes, bricolées. Mais de cette sphère extravagante, l'humour et la lucidité ne sont pas exempts, non plus que le recul. Les interlocuteurs qui se sont constitués un médicament face à une maladie ou à une éventualité peuvent parler du côté artificiel et inventé de la situation, sans que cela ne porte préjudice à la stratégie. Le fait d'être conscient de la croyance, de sa centralité, ainsi que du fait que la situation n'est absolument pas scientifiquement argumentable n'ôte rien à l'efficacité. D'autres ont besoin d'ignorer le processus, tout en sachant au fond ce qui est ou peut être à l'œuvre : « Ah oui, l'épisode du

Ponstan. A l'époque j'habitais avec mon coloc, il était médecin, et une fois j'avais très mal à la tête et je suis allé voir dans son tiroir où il a tous ses médicaments. Y'en avait plein, mais pas de boîtes ou de notices. Alors j'ai pris celui qui ressemblait à un Ponstan, ça devait être un Ponstan. Et une demi-heure après, j'avais plus mal à la tête, monstre pêche, bonne après-midi et tout. J'ai appris plus tard que c'était des vitamines. Alors oui, je suis sensible au placebo. Mais faut pas qu'on me dise que c'est un placebo autrement ça va pas marcher ».

En essayant de comprendre ce que la croyance avait affaire dans le domaine du médicament, voilà le dialogue que j'ai eu un jour avec un interlocuteur : « - Si je résume, l'Aspirine marche pas trop mais tu aimes et tu en reprendras. L'Arnica ça marche pas trop et tu en reprendras pas. - Ouais, j'étais sûr. Mais Aspirine ça marche un petit peu quand même, l'Arnica non. - C'est quoi la différence ? - La têtêtêtêtête. Ouais c'est clair, je pense que je suis sensible, je suis assez sensible à ça. Car y'a des choses auxquelles je crois et d'autres auxquelles je crois pas. C'est peut-être pas des arguments convaincants, mais moi je suis construit comme ça, enfin j'ai été influencé par mes amis à droite à gauche et maintenant c'est assez bien ancré. Dans ma tête l'homéo marche pas et les médicaments normaux ça marche. Je suis carré à ce niveau sans que ce soit construit au niveau argumentatif. - C'est quoi croire dans un médicament ? - Pas comme croire en Dieu parce que normalement t'as une preuve que ça marche. C'est croire qu'il va faire l'effet pour lequel tu le prends. C'est croire qu'il va enlever ta maladie, ou faire passer ta douleur. - Si tu te motivais pour croire en l'homéo ? - Mais tu peux pas te motiver, à moins que t'as une preuve énorme. Si ça marchait vraiment ça aurait un effet, t'as pas besoin d'y croire... - Non, tu m'as dit le contraire. Comment ça marche ? - Moi si un vrai docteur me prescrit un médicament, je crois en ce médicament. - Et si un vrai docteur en blouse blanche te prescrit de l'homéo ... ? - Ça c'est pas un vrai médecin. Pour moi un vrai médecin il a fait des études de médecines. C'est pas la blouse blanche, c'est le diplôme... » Il est très difficile aux interlocuteurs qui ont parlé de croyance d'aller plus avant dans leur

explication. Le système est plein de contradictions, dont ils sont conscients sans pouvoir les expliquer, et sans pouvoir expliquer que malgré tout, cela fonctionne. Ceux pour qui la croyance n'a rien à faire là-dedans sont agacés ou perplexes devant mes questions, ceux pour qui cela peut faire sens sont incapables de clarifier le processus.

Dans cette sphère médicale, le mot *magique* a aussi été utilisé plusieurs fois. Du point de vue de la médecine, ce terme est un non-sens. Du point de vue de l'anthropologie, ce terme est un concept largement surdéfini et surdiscuté. Le poids des théories qui ont été faites quant à la magie et au « magique » est ici handicapant. Pourtant, j'ai pris la décision de m'attacher aux dires et théories de mes interlocuteurs, de ne pas censurer ou minimiser leur point de vue. « C'est magique » m'ont dit certains informateurs, et il me faut interroger ce magique-là.

Le magique dont il a été question l'a été sous deux approches : la première, celle du mépris, la seconde, celle de l'objet-salvateur. « Non, j'ai pas pris de poudre magique. » La poudre magique dont il est question est abordée avec le ton de l'ironie et les personnes qui en ont prise semblent marquées du sceau de la naïveté, comme nous l'avons vu dans le processus d'identité en retour. Pour cet interlocuteur, ce qui fait la valeur du médicament c'est que « quand j'achète un médicament ici, je sais que c'est fait par une grosse boîte pharmaceutique qui a fait de la recherche là-dedans et qui a testé ses médicaments pour voir si ça fonctionnait et tout ». Son univers thérapeutique personnel ne peut accepter ce genre de substances, justifiées par ce genre de théories : il montre, à travers son discours, un rapport très cartésien au monde, à la médecine et au médicament. Le magique d'aucune sorte ne peut trouver sens ici.

Pour d'autres, le « magique », c'est le salvateur. Un antibiotique ne sera pas magique, il est scientifique : son efficacité par contre, dont on ne comprend pas vraiment le fonctionnement mais qui éblouit, peut être « magique ». Un médicament qui, *a priori*, n'a pas un pied fort et légitime dans la sphère médicale, sera, s'il est efficace et très efficace, magique. « Carmol c'est magique parce qu'il a un large spectre et il peut s'attaquer à toutes les maladies

imaginaires. Je sais que j'ai mes petites phobies, mais j'ai mes remèdes magiques. C'est au même niveau. Ça marche alors tant mieux. » « - C'est quoi ce remède miracle ? -Ça fait tout. - Pourquoi c'est plus magique ? - Parce que ça peut pas faire de mal. » La désignation comme étant « magique » s'observe peut-être dans les cas où une substance est efficace sans qu'on puisse justifier cette efficacité par une argumentation scientifique, ou un processus de recherche. Magique, c'est peut-être leur façon à eux de nommer les substances alternatives, qui guérissent, l'aura de mystère, qui soulage, le spectre large et inoffensif, qui soigne ; de nommer ce qu'ils sont incapables d'expliquer dans les termes que la société met légitimement à leur disposition, avec la science et ses principes actifs. Magique, c'est peut-être enfin le nom que l'on donne à la relation privilégiée qui peut s'instaurer entre une substance, une procédure qui marche et l'utilisateur.

Enfin, peut-être que l'efficacité du médicament dit scientifique, ou pas, est toujours une source d'étonnement et d'émerveillement, devant la puissance de cette petite pilule. Le scientifique est magique en ce que l'on n'en comprend pas les mécanismes.

6. Vecteur

Nous venons de passer en revue quelques efficacités du médicament, comprenant la richesse de son fonctionnement concret. Mes entretiens ont mis en lumière un autre processus encore, qui peut s'ajouter à ces utilisations et à ces efficacités, processus qui se trouve au niveau communicationnel. Je vais le décrire dans ce chapitre.

Le médicament tel que j'ai voulu l'appréhender possède trois facettes : le médicament substance, le médicament support, le médicament action. Du médicament tel que mes interlocuteurs ont pu le décrire, j'ai relevé deux mouvements, entre action et support. D'une part le mouvement qui mène le médicament des gens – d'une acceptation large comme les on-dit à une acceptation étroite comprenant la famille –, à l'interlocuteur ; d'autre part le message qui ressort du maniement et de l'utilisation du médicament.

La description de ces deux mouvements devrait achever de démontrer à quel point les facettes du médicament et ses effets sont multiples. Il s'agit ici de voir l'influence du discours extérieur sur la conception et l'usage du médicament. Je postule en effet que la personne par qui le médicament est survenu dans l'existence de l'utilisateur, autant que les circonstances par exemple, importe beaucoup. Il s'agit ensuite de voir quels messages peuvent être apportés à travers le médicament.

6.1. Médicaments médiatisés

« La matière, pour se révéler, demande une manière et corrélativement, la façon de donner [et la personne qui donne] peut changer ce que l'on donne » (Dagognet, 1964: 12). Le médicament tel qu'il est décrit au cas par cas est souvent rapproché d'une personne et d'un

événement. Cette personne et cet événement ont une influence sur l'appréciation du médicament, l'état d'esprit avec lequel on l'accueille et son efficacité potentielle. Ils donnent une *couleur* au médicament. En effet, le médicament ne sort pas de nulle part : il est amené par la publicité, par des collègues, des amis, la famille ou des professionnels. Le rapport qu'on entretient avec ces diverses entités importe sur la nature de la future relation avec le médicament. « Les discussions entre collègues, amis, proches qui portent sur les problèmes de santé constituent une autre voie importante par laquelle les individus peuvent situer leurs expériences et qui peut permettre de se constituer une expertise médicale distincte de celle que proposent les médecins » (Akrich, 1995: 138). Ces discussions, ces mises en commun d'expériences, ces conseils, qu'ils émanent du corps professionnel ou pas, permettent de contextualiser le médicament et son absorption.

On peut partager les gens auxquels on s'adresse, pour ce qui relève de la santé, en deux catégories distinctes : la catégorie professionnelle (dont la profession relève de la santé) et la catégorie non professionnelle. Chacun aura le réflexe de se tourner vers certaines personnes dans un certain ordre selon ses affinités. Certains auront directement et rapidement recours à un interlocuteur professionnel, d'autres préféreront n'user de cette possibilité qu'en dernier recours et iront plus facilement demander conseil à un proche. Il y a une hiérarchie dans l'échelle de compétence et dans celle de la confiance, qui est socialement proposée et individuellement aménagée.

Dans la catégorie non professionnelle, la famille tient une place prépondérante. La mère est un pôle important, peut-être parce que, traditionnellement, c'est elle qui a soigné la personne étant enfant. Certains garderont toujours le réflexe, même après avoir quitté le cocon familial, de s'adresser à sa mère. Cette remarque est générale, elle a bien sûr ses exceptions : l'un de mes interlocuteurs par exemple a été plutôt soigné par son père, et c'est de lui qu'il me parle au détour de ses souvenirs. Ces premières expériences issues de la bulle familiale, où un

mode de se soigner s'est imposé, seront reproduites ou contestées plus tard (elles seront particulièrement questionnées lors de la mise en commun de deux univers thérapeutiques personnels, lors d'une cohabitation de couple ou la survenue d'un enfant). Les conseils donnés en famille, par la sœur, la tante ou la grand-mère pour l'utilisation de telle ou telle substance sont des pratiques courantes. Ce sont souvent des interlocuteurs féminins qui sont cités pour ces pratiques. La famille est le lieu dans lequel on a grandi et où l'on a eu ses premières maladies, le lieu de l'intime et du quotidien où l'on a été soigné. C'est le lieu de la confiance aussi, des qualités qui en font un pôle important de conseils quant à tout ce qui touche à la santé. Les amis peuvent être des sources de recommandations aussi, voire des collègues²⁴ lors de discussions fortuites, mais c'est souvent la famille vers qui on a le réflexe de se tourner.

Le pôle professionnel est constitué par le pharmacien, le praticien (réflexologue, ostéopathe, masseur, homéopathe...) et le médecin. On fait plus confiance à l'un ou l'autre, de par le domaine dont il est issu, et on s'adressera aux différents acteurs dans un ordre qui reflètent en général ses affinités et qui coïncidera facilement avec son utilisation des médicaments. Ce pôle n'est plus celui de la confiance, comme c'est le cas pour les proches, mais celui de la compétence. La médiatisation est particulièrement importante ici, comme nous l'avons découvert au chapitre sur l'identité du médicament : le discours du médecin peut faire ou défaire le médicament. En effet, le professionnel – on peut partir du principe qu'à partir du moment où on le consulte c'est qu'on adhère un minimum aux principes qui sous-tendent sa pratique –, possède le savoir, ainsi que l'autorité. « Or, ignorant tout de la composition et de l'action pharmacodynamique du médicament prescrit, le consommateur occidental ne perçoit pas celui-ci autrement que comme une sorte de potion magique prescrite par son « sorcier » socialement et légalement légitimé » (Massé, 1995: 235). De nombreux

²⁴ Pour Akrich, « il y aurait une véritable ethnologie des conversations « santé » à faire [...] » (1995: 127).

articles se penchent sur le malaise qui est observable depuis quelques décennies, où les patients sont insatisfaits de leur prise en charge, se plaignant de l'insuffisance de la prise en compte du côté *âme*, psychique²⁵. Mes interlocuteurs ne se sont jamais exprimés en ces termes, mais ont souvent stigmatisé la part relationnelle de leur rapport au médecin qui est vécue comme abrégée et déficiente, fondamentale et ratée. Le médecin, car c'est lui qui est le plus souvent montré du doigt, plus que le pharmacien par exemple, ne prend pas assez de temps, il ne montre pas de signes de compréhension suffisants ou d'empathie. « Chez le médecin je réfléchis toujours à l'avance pour bien expliquer combien j'ai vraiment hyper mal. Mais je suis toujours frustré, j'ai pas l'impression d'avoir été compris. Chez le physio, ils me disent « Maintenant vous devriez plus avoir mal », mais j'ai toujours mal. Mais il a l'air tellement sûr de son truc. » On ne sait pas si on a réussi à faire passer son message, on n'a pas l'impression qu'il soit concerné, on n'est pas sûr qu'il ait pris le temps nécessaire à nous comprendre. La relation au médecin semble très importante et les exemples que donnent mes interlocuteurs montrent que souvent, aller chez le médecin constitue un acte thérapeutique en soi et que cette visite est parfois suffisante. Ainsi, il arrive souvent qu'on ne juge pas nécessaire de prendre le médicament prescrit après la consultation. Le médecin nous a rassuré, par son discours et son attitude, son écoute, on peut, à partir de là, laisser à la maladie le temps de se guérir. Il arrive aussi que les médicaments prescrits ne soient pas pris pour d'autres raisons : on n'est pas très en confiance avec le médecin, on n'est pas sûr d'avoir été bien compris, donc on n'est pas sûr qu'il a bien pu choisir ses médicaments pour nous.

« Parmi toutes les professions de la santé, c'est le pharmacien qui est le plus facilement abordable, le plus directement en contact avec le public » (Theil, 1969: 143). Le pharmacien semble être placé dans un espace de communication plus égalitaire. Lui en demande-t-on moins et est-on plus facilement satisfait de sa réponse et de sa disponibilité ?

²⁵ Notamment dans certains des articles réunis par Benoist dans *La dimension culturelle de la maladie* (1990).

On n'a jamais mis en doute les conseils d'un pharmacien lors des entretiens, et cela même s'il œuvre en fait dans une sphère commerciale qui pourrait teinter d'ambiguïté ses recommandations.

Les praticiens enfin, dont les activités sont multiples et dont le point commun est de ne pas faire partie de la médecine dominante, sont souvent considérés comme une alternative : ils peuvent être consultés dans l'espoir de ne pas à aller voir un *vrai* médecin ou ils peuvent être consultés après l'échec (à soigner, à communiquer, à convaincre) des praticiens classiques. Comme l'identité du médicament peut déteindre sur son consommateur, l'identité du médecin peut déteindre sur l'utilisateur ou son mal : « Si je vais chez un *vrai* médecin, ça veut dire que je suis vraiment malade, que c'est grave. Ça me fait peur. Tandis que si je vais me faire masser, c'est que du bien ! » Toujours dans cette logique de perméabilité des identités et des caractéristiques, le fait d'aller chez un *vrai* médecin fait penser qu'on a un *vrai* problème. « C'est pas mon genre d'aller voir ces rebouteux avec leur poudre magique. » Le ton employé suggère le mépris : ce n'est pas sérieux, les gens qui vont voir ces praticiens ne sont pas sérieux. La pratique et l'image qu'on en a déteignent sur l'utilisateur.

De manière générale, le principe de confiance est accordé aux proches et celui de compétence aux professionnels de la santé. Quand ces deux sphères se rencontrent, l'efficacité et la sollicitude sont alors maximales. Parmi mes interlocuteurs, une personne est issue d'une famille de pharmaciens, une personne a une sœur pharmacienne, certains ont des amis médecins, l'un a une sœur qui a étudié la médecine chinoise. De ces personnes, compétentes et de confiance, il a été beaucoup question au cours des entretiens, elles sont des protagonistes centraux dans la gestion de la santé de mes interlocuteurs, même si à des degrés divers. Elles fournissent des conseils, sur lesquels on peut compter, ainsi que des produits. Elles ont fourni de nombreux médicaments, ont amorcé de nombreuses habitudes. La sœur d'une de mes interlocutrices est pharmacienne, elle a été mentionnée tout au long de

l'entretien. Elle procure pratiquement tous ses médicaments à mon interlocutrice ; soit que cette dernière vienne se plaindre d'un mal, soit que sa sœur prenne l'initiative de lui donner quelque chose, soit qu'elle procure les médicaments prescrits par un médecin non sans les avoir commentés et expliqués et avoir collé dessus une étiquette explicative. Les médicaments que la sœur donne sur demande ou de son propre chef appartiennent plutôt à la sphère des médecines dites alternatives (ici Fleurs de Bach ou homéopathie), mais pas exclusivement. Les conseils qu'elle donne sont suivis et les médicaments pris. Souvent, ils deviennent centraux dans l'univers thérapeutique de mon interlocutrice. En fait, sa sœur est un acteur principal dans l'avènement et l'organisation de cet univers. Un autre de mes interlocuteurs a une sœur qui, de par sa formation en médecine chinoise et sa sensibilité (mon interlocuteur en dit qu'« elle s'y connaît » et elle est décrite comme ayant un côté maternel), est souvent sollicitée en cas de maladie. C'est vers elle qu'il a le réflexe de se tourner quand il ne sait pas quoi faire face à une affection. Les personnes qui connaissent des médecins les sollicitent soit avant de consulter un médecin pour leur demander quoi faire en cas de problème (sorte d'"auscultation sauvage"), soit après la consultation, pour demander confirmation ou explication. Dans le cadre de ces "auscultations sauvages", des médicaments sont recommandés (préparations relevant généralement de l'aire biomédicale) ou quelques pilules sont données. Très rarement, l'ami-médecin a pu faire une ordonnance, en général il ne fait que dissiper les angoisses. J'ai pu relever le souci de recourir à sa compétence dans les situations importantes seulement et pas à tout bout de champ.

En tous les cas, ces personnes ont les deux qualités nécessaires à en faire des personnes de référence pour ce qui relève de la santé. En effet, l'interlocuteur recherche une médiation positive pour son médicament, car il sait ou sent que cela contribue à le rendre plus efficace. La double casquette de ces proches professionnels maximise les virtualités du médicament : ils « s'y connaissent » et on peut leur faire confiance. L'état d'esprit qui

réceptionne leurs recommandations est idéal en termes d'efficacité. Pour cela, ils sont particulièrement sollicités.

Nous venons d'approfondir le processus qui mène le médicament d'un cercle de protagonistes à l'utilisateur. Nous allons maintenant voir comment un message peut être transmis par l'utilisateur à son entourage à travers le médicament.

6.2. Médicaments médiateurs

Si le médicament est médiatisé comme nous venons de le voir, il permet aussi de délivrer un message ou d'agir sur une relation. La parole est ici très importante. Il faut pouvoir exprimer son malaise, être écouté et cru, être conseillé. La parole est même considérée par certains comme un soin en soi, la parole de réconfort, les mots chuchotés à l'oreille de l'enfant malade, pour le calmer, ou la parole libératrice des démons internes. Une interlocutrice me parle de « médicament oratoire », décrivant la force de la parole dans une de ses guérisons²⁶, vraisemblablement sur le modèle du « performatif » d'Austin, où l'on accomplit un acte par le fait de parler.

Fainzang défend l'hypothèse, dans son article « Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste » (1989) que la maladie est un langage, notamment celui de la tension entre les individus, qu'il peut être aussi une mise en accusation : « Dire sa maladie, c'est énoncer son rapport aux autres, le jugement que l'on porte sur la nature de ses relations avec les autres ».

Je n'ai pas été témoin de ce genre de langage, pas de mise en accusation chez mes interlocuteurs, à part parfois une diatribe contre la société et ce qu'elle a de néfaste pour l'équilibre de l'humain. Nous avons vu, dans le chapitre sur l'identité du médicament,

²⁶ Cette facette du processus thérapeutique rejoint la psychanalyse, dépassant l'objet de cette recherche. C'est à un autre niveau de communication que je veux faire allusion dans ce chapitre.

comment il peut délivrer un message de légitimité quant à l'état d'une personne. Certaines affections sont douloureuses, physiquement et psychiquement, mais invisibles au regard externe. Le médicament atteste le fait que cette personne est *vraiment* malade.

La maladie, et le médicament qui la légitime, qui montre qu'elle n'est pas feinte, est une possibilité de dire sa faiblesse, une manière d'exprimer son mal-être, sa tension. En maniant un médicament, on peut donner des messages sur son état de fatigue, de fragilité. « Toutes les maladies qu'on a actuellement c'est beaucoup à cause de l'entourage comme dans notre famille où t'arrives pas à extérioriser, à dire les choses « c'est noir – c'est blanc », tu gardes tout, faut bien que ça ressorte quelque part, donc inévitablement t'inventes une maladie quand t'as envie d'aller te faire cajoler un moment, qu'on te prenne au sérieux. » « La maladie est un signifiant facilement accessible pour exprimer le mal de vivre, les insatisfactions sociales [...] » (Massé, 1995: 268).

Il est, dans la même dynamique, la possibilité de dire, souvent face à soi-même, « stop », de se reposer. Ainsi une interlocutrice me dit : « On a besoin parfois d'avoir des petites maladies, pour rester couchée ».

C'est aussi le moyen de se faire remarquer, d'attirer l'attention, de signifier sa présence, son besoin de sollicitude : « Quand j'étais petite, à l'adolescence j'ai aimé être malade, attirer l'attention ». Cette attention peut venir tant d'un proche que d'un professionnel, semble-t-il : « L'année dernière j'ai dépassé la franchise de mon assurance et tout d'un coup je prenais plaisir à ce que quelqu'un prenne soin de moi et pis, d'un côté ça me fait peur et d'un côté j'aime toujours bien me sentir pris en charge, que quelqu'un se soucie de moi ».²⁷

Inversement, le médicament est la possibilité de montrer son intérêt, sa bienveillance, dans la logique "Tu es malade – je m'occupe de toi, je te dispense des soins.", "Tu es malade

²⁷ Cette citation met par ailleurs en lumière un aspect qui a été abordé courtement au point 1.2.3. et qui ne sera pas développé ici. Il concerne les pratiques des consommateurs en lien avec leur assurance maladie et son fonctionnement, et les stratégies que cela peut mettre en œuvre.

– je mets à ta disposition ma pharmacie." Un interlocuteur me fait remarquer, si un invité à mal à la tête : « Ouais si tu lui dis « Ouais ça va passer », ça fait un peu j'en ai rien à foutre, alors que si tu lui proposes quelque chose, ben ça veut dire que tu te soucies de son mal ». Une interlocutrice m'a déclaré : « Pour Oscar, j'ai pris [le fascicule], c'était pour les maux de voyages. Je le donne à Oscar genre « Tiens j'ai trouvé un truc, j'ai pensé à toi ». Une petite attention quoi ». On fait plaisir autant en donnant le médicament qu'en l'acceptant : « Souvent, je lui dis « Ah j'ai mal ! » et elle court à la salle de bains. Ça fait plaisir ». « Des fois Martine me donne des médicaments, mais on n'a pas du tout le même système, des fois je prends pour lui faire plaisir. »

Dans la même logique mais plus spécifiquement, le médicament est la possibilité d'exprimer des sentiments que l'on a du mal à énoncer tels quels ; il se fait vecteur de la parole intime. Il est des choses que l'on ne dit pas directement, mais de façon détournée, à travers le médicament. « C'est pour justement qu'il y ait plus d'attention, pour que tu puisses en parler, que t'aies un sujet de conversation un peu personnel qui fasse entrer dans ta vie. C'est juste on est comme ça, on n'arrive pas à s'exprimer, on n'arrive pas à dire ses sentiments. » Le médicament, qui fait le lien avec la maladie, événement intime, est instrumenté pour donner un accès à son intimité, sans qu'on ait à trop se dévoiler.

Le médicament peut être, enfin, instrumenté pour faciliter les relations, les détendre. Il sert alors de « lubrifiant social » et équivaut à une gestion chimique des relations, avant la gestion chimique de l'humeur dont nous allons parler de suite. « La relation qu'on a avec notre père, lui il est assez tendu tu sais. Lui prend des trucs pour être plus calme, plus ouvert, pour être plus ci, plus ça. Pis nous ma foi, on nous donne des trucs pour être plus compréhensifs, moins agressifs envers lui, moins, donc oui, ça va dans les deux sens. »

Le médicament, nous l'avons vu, peut être le support d'émotions ou le support de relation, d'une communication. Par sa nature spécifique, sa nature grave, il renvoie à la

maladie et à la finitude, il introduit une charge spéciale dans la relation, dans la conversation. Il est aussi une clef pour rentrer dans une sphère plus intime sans avoir à trop s'avancer. La logique du "Si je te demande si tu as pris ton médicament c'est parce que je veux que tu sois en bonne santé, donc je me fais du souci pour toi, donc je t'aime" permet de montrer ses sentiments sans trop s'exposer, d'avoir accès à une sphère, celle de la maladie et de son angoisse, avec ce que cela a d'intime et de protégé.

Comme tout objet, le médicament se retrouve donc instrumenté dans la valse des relations. Il est utilisé comme support ou prétexte de communication, comme alibi. Mais ce à quoi il touche est plus dramatique que pour la plupart des objets, il renvoie à la maladie et à la mort, il touche à l'intime. Il permet de faire passer des messages spécifiques, c'est ce que j'ai voulu montrer dans ce chapitre.

7. Conclusion générale

En entamant cette recherche, j'ai posé plusieurs objectifs. Pour reprendre mes propres termes, j'ai voulu « démontrer, à travers la pharmacie personnelle de mes interlocuteurs, leurs possessions médicamenteuses et leurs exemplifications, que l'univers du médicament est bien plus vaste, bien plus complexe et bien plus subtil que les évidences ne le laissent entrevoir » (p.2). Je pense avoir atteint cet objectif en répondant à ma double hypothèse : la première concernant sa nature, la seconde son utilisation.

Nous avons découvert, dans le chapitre 3., que le médicament est bien une substance chimique, mais que cette substance prend une forme singulière pour chaque utilisateur, au gré des connaissances, expériences, échanges et lectures. L'identité du médicament telle qu'elle est appréhendée par l'utilisateur est en décalage, de façon plus ou moins marquée selon l'individu, avec sa réalité pragmatique : formule chimique, posologie, notice... La localisation du médicament telle que je l'ai étudiée au chapitre 4. nous en apprend plus sur les conceptions des utilisateurs et esquisse déjà les contours d'une utilisation complexe de la substance. De l'identité du médicament découle plusieurs phénomènes. Une identité en retour, comme je l'ai illustré au point 3.2., où les caractéristiques des différentes parties en présence – utilisateur, médecin, médicament, maladie – déteignent et renseignent les unes sur les autres. Cette identité telle qu'elle est perçue induit aussi un rapport au médicament et une utilisation spécifique. Ainsi, j'ai montré à travers les citations de mes interlocuteurs que le médicament ne laisse pas indifférent et que les réactions sont aussi nombreuses qu'hétérogènes. L'utilisation du médicament est aussi vaste qu'on l'aurait crue simple : ses efficacités sont nombreuses et vont au-delà d'une simple visée chimique, les chapitres 5. et 6. l'ont démontré. La dialectique " Demande organique, Réponse chimique et guérison subséquente " existe,

selon les personnes ou selon les situations, mais elle n'est pas la seule en la matière, c'est le propos qui a été tenu ici.

7.1. Quelle Réponse à quelle Demande ?

Je soutiens donc que le champ du médicament va bien au-delà de la guérison d'une maladie biologique. Parce qu'une maladie n'a pas besoin d'exister pour être vécue, parce qu'un mal-être est vécu comme une maladie et que le patient ne sera en rien rassuré ou soulagé d'apprendre qu'il n'a rien, parce que la peur d'une maladie, de la plus plausible à la plus farfelue, demande aussi la mise en place d'une procédure. Et enfin, comme nous l'avons vu au chapitre 6., parce que le médicament est un objet de communication et peut devenir le support du lien social.

Presque toutes les personnes que j'ai interrogées m'ont fait part de « paranos » qu'elles pouvaient avoir. Les connaissances sur le corps humain semblent être inadéquatement organisées : les individus ont quelques notions, de quoi se faire du souci à l'apparition d'une tache, ou à l'écoute de statistique sur la progression de la méningite, mais pas assez d'informations pour écarter le doute quant à leur cas. « [...] l'individu, qui doit agir tout en ne disposant que d'informations incomplètes, ne peut évoluer que dans un cadre de rationalité limitée » (Massé, 1995: 268). Je me permets ici d'introduire une longue série de citations, de manière à rendre compte des diverses angoisses auxquelles les gens peuvent être confrontés : « Ça [le Sida et le cancer] moi ça me fait peur, parce que j'ai peur de la mort et je me dis « Ça peut me tomber dessus n'importe quand » et pis j'ai pas envie de mourir comme ça, et pas tout de suite ». « Ouais avec Frank on est un peu hypocondriaque, alors faut toujours qu'on ait des petites infections ou autre. » « Quand j'ai mal à la tête, je suis pas angoissé. Par contre, c'est vrai que, avec la connaissance que j'ai au stade où j'en suis, c'est

clair que le moindre symptôme, tu peux pas t'empêcher de l'interpréter et pis de l'intégrer dans une maladie ou une autre. Et pis là, le profil psychologique de chacun détermine dans quelle catégorie de maladie tu te trouves. Typiquement maintenant, j'ai une tache sur l'ongle, sous l'ongle, dont je sais qu'elle pourrait tout à fait correspondre à une maladie très grave. Et pis c'est sûr que c'est à ça que j'ai pensé en premier. » « Ça [Aspégic] c'est pour liquéfier le sang, des fois que je ferais un anévrisme du cerveau, on sait jamais (rires). » « Je m'invente toutes sortes de maladies. Je suis vachement influençable par ce que j'entends, vois, ce que mon entourage a... » « Je suis seulement touché par des petits refroidissements, des rhumes. Au niveau psychologique, j'ai souvent l'impression d'avoir d'autres maladies, mais la médecine n'est pas assez forte pour les découvrir. » « C'est quelque chose qui, ouais y'a quelques maladies sur lesquelles je me fais régulièrement des trips hypocondriaques (rires), je suis sûr d'avoir attrapé la mononucléose parce que je suis fatigué pendant deux jours. » « Ça peut être une maladie vraie et moi c'est juste une maladie imaginaire, que je n'ai pas et que je m'invente. Ça me dérange pas dans ma vie. »

Dans cette dynamique, le médicament se doit d'être efficace à plusieurs niveaux : il doit rassurer, par sa mise en place d'une action, par sa présence, par ses potentialités face à des virtualités angoissantes. « Mais ça par exemple, je suis heureux de savoir que j'ai des sparadraps à la maison, même si ça c'est carrément utile parfois. Ouais y'a un truc sécurisant. » C'est aussi le rôle que remplit, dans de nombreux cas, le médecin, comme Theil le décrit ici : « Tous les consultants ne sont pas de vrais malades...heureusement ! Souvent c'est l'inquiétude qui fait la maladie. Angoissé par un symptôme anormal (que l'on songe seulement à la phobie du cancer), le malade consulte son médecin. Celui-ci l'examine, le rassure : et pour compléter sa consultation, il prescrit un médicament bénin, sédatif ou fortifiant. En rentrant chez lui, le malade est encore sous le coup de l'émotion et fait exécuter l'ordonnance ; mais déjà il se sent plus léger. Très vite, maintenant, l'inquiétude s'efface, les

symptômes s'évanouissent » (1969: 190). Ainsi une interlocutrice : « Si t'analyses ça, je sais pas si c'est un besoin. Ok, t'es allé chez le médecin, j'ai pris rendez-vous, j'ai été prise en main, quelqu'un sait que je suis malade, ok c'est bon je suis guérie j'arrête ». Le premier « médicament » contre ces angoisses, c'est la visite au médecin et son écoute.

Le médicament, on le voit, s'inscrit donc dans une logique de *rempart*, où, face aux agressions du monde, il est un bouclier, virtuel ou effectivement utilisé. Le médicament, dans son efficacité et dans ses potentialités est là pour rassurer. Il est le fidèle compagnon de l'homme aux prises avec son imagination, ses tourments. C'est « une réserve de sens dans laquelle il [l'homme] peut puiser pour maintenir le mal à distance et désamorcer l'anxiété » (Genest, 1990:194). Il est un des seuls dispositifs mis à disposition de l'individu par cette société pour dire son mal et pour se protéger des germes de la peur et de la maladie. C'est le langage socialement sanctionné pour dire sa détresse, petite ou grande. Il peut soutenir l'utilisateur dans les moments difficiles : « Là c'était plus en relation avec le décès de mon oncle, ça a quand même vachement ébranlé la famille, il avait 45 ans, même si on était en mauvais termes, c'est le frère de mon père, c'est quand même assez tragique. Et du coup on a quand même été plus ou moins perturbés par ça. Donc elle [ma sœur] avait fait un cours sur les Fleurs de Bach et y'en avait un pour les émotions, pour gérer les émotions, pour que ça sorte ou que ça reste, un truc comme ça. Et puis tout le monde a pris sa petite goutte ». « Mais j'ai dû prendre ça parce que probablement tout le monde dans des périodes de dèche et de stress se sent faible. Mais pas forcément à cause du manque de vitamines, parce que c'est une fatigue qui s'accumule, pis probablement qu'en prenant ça je me sentais plus apte à affronter les difficultés. »

Quand j'affirme que le médicament peut rassurer, cela s'applique à l'individu même et à son entourage, à l'imaginaire de l'individu ou à celui de son entourage. Ainsi de cet interlocuteur qui est parti pour un long voyage et à qui la famille inquiète a fourni une trousse

à pharmacie couvrant un nombre de maladies invraisemblable. Probablement aussi invraisemblable que les peurs qu'ils ont dû ressentir face à ce départ. « Noon, c'est plutôt mes parents qui avaient la trouille quoi. Je pense que je prendrai beaucoup moins la prochaine fois. Je sais aussi ce qu'il faut prendre. » L'inconnu aiguisera moins douloureusement l'imagination, la réussite de cette première expédition aura apaisé les esprits (très peu de médicaments ont été utilisés, tandis que la boîte « prenait vraiment beaucoup de place »), le nombre de médicaments sera probablement moins important, comme les angoisses.

On a vu dans la localisation du médicament que certains d'entre eux suivent de très près les déplacements de leur propriétaire ; le médicament doit rester « à portée de main ». La potentialité d'avoir « quelque chose » hors de chez soi est angoissante, et le fait de pouvoir y remédier avec des médicaments dans son sac, rassurant. Sa présence est une sécurité et dans certains cas a un effet thérapeutique en soi. « Il [le médicament] est devenu le compagnon inséparable de l'homme : non seulement il préserve et rétablit sa santé, mais il disperse ses moindres malaises et ses angoisses » (Theil, 1969: 43). Le médicament doit rassurer, et en cela, sa présence est nécessaire. D'ailleurs souvent, sa présence est suffisante : « Ouais, mais du fait que je l'ai sur moi, le fait que j'aie mon spray d'asthme sur moi. Si j'ai de l'asthme je vais guérir, mais quand je l'avais pas, je mourrais, parce que je l'avais pas. J'ai moins d'asthme quand je l'ai sur moi. Du coup j'ai arrêté d'en avoir ».

Benoist, qui a introduit cette notion de la demande et de la réponse en médecine²⁸, évoque le malentendu souvent observé : le patient va chez le médecin avec une demande de réconfort. Le médecin donne une réponse sous forme de médicament.

Le médicament peut soigner, prévenir, soulager, il rassure, mais on attend de lui, aussi, qu'il rende performant. « En d'autres termes, la médication de la vie quotidienne n'est plus nécessairement soutenue par un impératif de restauration médicale. Elle participe de

²⁸ In *La dimension culturelle de la maladie*, 1990.

manière grandissante à la maintenance du normal ou à une accélération de son rythme ou de ses performances, sans que le seuil pathologique soit même effleuré. Elle ne vise plus une restauration des fonctions ou la lutte contre la maladie, elle utilise les principes actifs des médicaments pour mieux assurer une relation ordinaire au monde ou anticiper sur des circonstances vécues comme problématiques par l'individu » (Le Breton, 1985: 136). « Ouais, mais je me dope, je me dope un peu, par des huiles essentielles, mais d'avoir au moins l'impression que je fais quelque chose pour être tonique, quand j'étudie, seulement quand j'étudie. » « Non j'ai pas acheté ça [tisane paraguayenne torréfiée achetée en pharmacie] parce que je veux perdre du poids, bien que ça m'a fait plaisir de me lire ça. C'était surtout pour me... [fait signe avec le poing de se fortifier, se ragaillardir]. »

Le « tuteur pharmacologique » remplit ainsi le rôle de « doping », de « boostant ». La gestion de soi prend un tour plus technique, avec l'utilisation courante de fortifiants, de vitamines, de magnésium... Je regrette ici d'avoir dû faire le choix – par souci de rester dans le cadre de mes objectifs de départ, de ne pas m'éparpiller –, de ne pas me pencher plus en avant sur les vitamines. C'est un élément que j'ai très souvent rencontré, qu'on en parle sous sa forme « naturelle » ou médicamenteuse. Aucune autre substance ne semble faire pareillement l'unanimité quant à ses bienfaits et à la nécessité d'en prendre. Si l'on m'a parfois parlé de magnésium (le calcium même semble être passé de mode), jamais on ne m'a loué les avantages des lipides ou des glucides. Il serait très intéressant d'étudier la construction de l'image des vitamines, son décalage avec une réalité mesurée et l'utilisation qui en est faite.

7.2. Univers Thérapeutique Personnel

Foucault a dit que la manière de soigner révélait l'esprit d'une époque. Qu'est-ce qui a été révélé ici ?

L'univers thérapeutique personnel semble être la clef conclusive de ma recherche. Dans cette facette de la modernité où chaque individu se bricole une identité, du sens, des relations, un fonctionnement (Le Breton), le médicament, au même titre que d'autres éléments, est instrumenté, individualisé selon les sensibilités et la logique de chacun. « Pis en plus c'est agréable à prendre [Néocitran], tu le bois comme une tisane, moi qui aime bien les tisanes, ça entre tout à fait dans ma vision des médicaments. » Les huit mondes auxquels j'ai eu accès, à travers ces récits et ces pharmacies, sont autant d'univers thérapeutiques personnels, où l'on retrouve des traits récurrents agencés et personnalisés selon chacun : généralité culturelle des éléments à disposition et singularité personnelle de leur association, acteur agi et agissant. Nous avons découvert ces éléments tout au long de ce travail : les critères qui font et défont le médicament, comment il intervient dans l'identité de l'utilisateur ; les substances possédées et utilisées, leur localisation, du pôle fixe à la dissémination ; les sentiments et réflexes liés au médicament, les utilisations qui en sont faites, les buts recherchés, du soin isolé au besoin d'être rassuré ou d'agir ; le médicament et la communication, celle qui l'amène et celle qu'il transmet. Ces éléments sont aménagés de façon à atteindre, plus ou moins consciemment, avec une efficacité maximale, certains buts, et chacun se laissera convaincre par des arguments différents. Les entreprises pharmaceutiques l'ont bien compris, qui mettent par exemple à la disposition du public plusieurs versions de la même substance : sirop, poudre à diluer, comprimé effervescent, pilule à croquer, gélule ou gouttes. Chaque version trouvera grâce auprès de groupes d'utilisateurs différents, motivés par des conceptions différentes.

Au sein de cet univers thérapeutique personnel, la vie du médicament n'est pas aussi prévisible que le monde médical et la notice ne le laisseraient prévoir : quand est-il acheté, pris, jeté, pourquoi et comment, les réponses que ce travail a fournies montrent que l'on ne doit pas s'attendre à une logique linéaire symptôme-médicament-guérison. « En effet, les recours thérapeutiques peuvent répondre à des enjeux divers que ne résume pas la seule recherche d'efficacité [...] » (Desclaux, Lévy, 2004).

L'univers thérapeutique personnel ne regroupe pas forcément les seules substances possédées : il comprend les substances connues et reconnues, qu'on a l'habitude d'utiliser, vers lesquelles on a le réflexe de se tourner, celles dont le rapport avantages/inconvénients semble le plus avantageux, celles que les événements ont mis sur sa route. La facette idéale et la facette actualisée de l'univers thérapeutique personnel ne se recouvrent pas exactement. L'attention portée au médicament et à la santé ne permet pas une pratique parfaitement en accord avec son idée d'un univers thérapeutique idéal.

Je pense qu'une dernière analogie est nécessaire pour illustrer le fonctionnement de cet univers thérapeutique. J'ai parlé à plusieurs reprises de bricolage, et ce paradigme me semble tout à fait approprié à la description de l'itinéraire suivi par l'utilisateur-consommateur. Lévi-Strauss décrit ainsi le bricoleur à l'œuvre : « [...] excité par son projet, sa première démarche pratique est pourtant rétrospective : il doit se retourner vers un ensemble déjà constitué, formé d'outils et de matériaux ; en faire, ou en refaire, l'inventaire ; enfin et surtout, engager avec lui une sorte de dialogue, pour répertorier, avant de choisir entre elles, les réponses possibles que l'ensemble peut offrir au problème qu'il lui pose. Tous ces objets hétéroclites qui constituent son trésor, il les interroge pour comprendre ce que chacun d'eux pourrait « signifier » [...]. Mais ces possibilités demeurent toujours limitées par l'histoire particulière de chaque pièce, et par ce qui subsiste en elle de prédéterminé, dû à l'usage originel pour lequel elle a été conçue ou par les adaptations qu'elle a subies en vue d'autres emplois »

(1962: 28-29). De même retrouvons-nous notre "bricoleur thérapeutique" excité par un projet, empêcher la maladie qui arrive ou celle qui est déjà installée. Il se tourne vers son « trésor », cet ensemble constitué « d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment [...], mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions ou destructions antérieures. [...] les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que « ça peut toujours servir » » (1962: 27) : matériaux et outils – autant de substances et de conseils –, issus de divers systèmes médicaux et rencontres, restes d'anciens traitements, le tout réuni en un lieu-pharmacie. Il dialogue avec les éléments de cet ensemble, qu'ils soient physiquement présents ou pas, interroge leur histoire particulière avec ses connaissances, ses expériences et ses croyances. Il choisira les substances qui répondront le mieux aux objectifs qu'il s'est fixé, les combinera de même. Cette assemblage, qu'il peut compléter par des éléments qui manquent physiquement au stock présent, constituera la synthèse la plus efficace dans la circonstance affrontée.

L'univers thérapeutique personnel est la cadre dans lequel des médicaments sont acceptés, interprétés, utilisés. Il est très important car c'est dans ce cadre que des substances trouveront et leur sens et leur efficacité, à travers cette acceptation ; les autres seront rejetées ou pas absorbées assez longtemps ou assez sérieusement pour montrer leur efficacité. En bref, l'univers thérapeutique est la sphère qui regroupe les médicaments et les utilisations de ces médicaments qui font sens pour l'utilisateur et trouvent, à ce titre, une place dans sa pratique thérapeutique.

7.3. Limites et pistes

Le thème de cette recherche, à la fois proche et peu connu, a été approché ici d'un point de vue général. Je ne me suis pas arrêtée à une relation (le couple), à un lieu (la cuisine), à une substance (les antibiotiques). J'ai embrassé toutes les facettes de l'utilisation domestique du médicament. Les sujets n'ont pas été approfondis pour eux-mêmes, mais comme éléments participant à une thématique plus vaste. Au fur et à mesure des entretiens, j'ai dû faire le choix de ne pas creuser plus avant des pistes et cela même si j'en pressentais le potentiel. J'ai voulu rester sur une ligne et ai dû sacrifier des sujets prometteurs. Ces sujets sont autant de questions qui mériteraient une recherche à part entière. Je pense aux vitamines, à l'imaginaire et au discours qui accompagnent la prise de vitamines sous forme alimentaire (par exemple fruits) ou pharmaceutique. Je pense à la pratique de la lecture de la notice, les buts visés, ce que l'on en retire et retient. Je pense à la mise en commun de deux univers thérapeutiques personnels, avec leurs substances, leurs logiques et leurs pratiques, au sein du couple, aux pratiques de soin et d'acceptation du soin et à l'univers thérapeutique appliqué dans les faits à l'enfant. On y approcherait en effet l'univers thérapeutique par ses limites, ses confrontations avec l'extérieur. Je pense encore à l'imaginaire, aux discours entourant l'homéopathie et les antibiotiques, deux catégories très souvent abordées et qui polarisent les avis, ainsi que la pratique que les gens en ont.

Des limites ont déjà été introduites au début de ce travail, concernant la nature et l'étendue de mon mémoire, et la prudence et le recul avec lesquels il faut apprécier les pistes données. Une limite qui m'est apparue après le déroulement de mon mémoire est l'angle sous lequel le sujet a été abordé, et le travers que cela pourrait induire. C'est l'utilisateur, le consommateur de médicament dont on a découvert l'univers. Si cela nous a permis de concentrer notre attention et de creuser de manière positive un objet, cela peut aussi donner de

fausses impressions, en creux pourrait-on dire. Je pense notamment au chapitre 5., avec la description d'utilisations du médicament qui ne sont pas scientifiques, mais font appel à une efficacité et un raisonnement différents. Tous les aspects moins rationnels, artificiellement instaurés, relationnels, relevant d'affects tels que l'angoisse, de la crédulité, de rapports de forces etc. semblent alors « logiquement » trouver un terrain fertile en la personne de l'utilisateur. Qu'en est-il des autres pôles ? Que ce mémoire ne laisse pas croire qu'ils sont exempts de tous ces aspects, de l'humain en somme avec ce que sa pratique peut avoir de politique, de stratégique, d'irrationnel, de machinal, de traditionnel, d'inventé, de contraint ; qu'il ne laisse pas croire qu'il y a d'un côté « le comportement généralement scientifique et standardisé de la part des médecins et un comportement au contraire irrationnel et aléatoire de la part des patients » (Desclaux, Lévy, 2004). Cette question, délicate à traiter sur le terrain pour les raisons que nous avons vues au début de ce mémoire, mérite aussi une recherche, pour ne pas laisser supposer que la sphère du médicament est le fruit d'aménagements du seul côté des utilisateurs.

Bibliographie

- [OMS], 1990, *La situation pharmaceutique dans le monde*, Genève : [OMS]. 135 pp.
- ACKERKNECHT Erwin H. R., 1971, *Medicine and ethnology. Selected essays*, Bern : Huber. 195 pp.
- ADAM Philippe, HERZLICH Claudine, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan. 127pp.
- ADAM (J.-M.), BOREL (M.-J.), CALAME (C.), KILANI (M.), 1995, *Le discours anthropologique. Description, narration et savoir*, Lausanne : Payot.
- AKRICH Madeleine, 1995, « Petite anthropologie du médicament », in *Techniques et culture*, n° 25-26, Paris : Editions de la maison des sciences et de l'homme. pp. 129-157.
- ALÈS Catherine, CHIAPPINO Jean, 1983, « Approche de la maladie et thérapie chamanique chez les Yanomani (Vénézuëla) », in *Cahiers ORTSOM*, vol. XVIII, n°4, Médecine et Santé, Paris : ORTSOM. pp. 531- 542.
- ALI Ben H., ROESE Peter M., 1998, « Children's diseases and curing methods in a population of shendi area (Sudan) », in *Annals of the Naprstak museum*, Prague : Naprstak museum.
- AUGÉ Marc, 1986, « L'anthropologie de la maladie », in *L'Homme*, n°97-98, Paris : EHESS. pp. 81-90.
- AUGÉ Marc, HERZLICH Claudine, 1984, *Le sens du mal*, Paris : Ed. des Archives contemporaines.
- BENOIST Jean (sous la dir.), 1990, *La dimension culturelle de la maladie*, Toulouse : Ed. A.M.A.D.E.S.
- BONNET (D.), 1991, « Thérapeutique », in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Izard Michel, Bonte Pierre, Paris : PUF. pp.707-708.
- BOURRET Dominique, 1983, « Les raisons du corps. Eléments de la médecine traditionnelle autochtone en Nouvelle-Calédonie », in *Cahiers ORTSOM*, vol. XVIII, n°4, Médecine et Santé, Paris : ORTSOM. pp. 487-508.
- BRUN René, 1958, *Les hommes et les médicaments. La psychologie de l'officine*, Paris : Editions Néret.
- CÉLÉRIER Marie-Claire, ORESNE Catherine, JANIAUD-GOUITAA Florence, 1999, *La rencontre avec le malade*, Paris : Editions Dunod. pp. 55-60.

- CERLETTI Aurelio, 1969, *Médicament, personne et société*, Bâle : Pharma information. 13pp.
- CHAUVET Stéphen, 1936, *La médecine des peuples primitifs*, Paris : Ed. Maloine. pp. 46-54.
- CHAUVIER Eric, 2003, « Restitution et réception du texte anthropologique », in *Ethnologie française*, vol. XXXIII, n°3, Paris : PUF. pp. 502-512.
- CLAPIER-VALLADON Simone, 1990, *Les modes médicales*, in *Histoire des Mœurs*, tome III, Paris : Gallimard. pp. 775-830.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, 1990, « Approche méthodologique et théorique », in *Anthropologie et sociétés*, Québec : Laval. pp. 115-124.
- COULON Alain, 1987, *L'ethnométhodologie*, Paris : PUF. 128pp.
- CROS Michèle (textes rassemblés par), 1994, *Les maux de l'autre. La maladie comme objet anthropologique*, France : l'Harmattan.
- DAGOGNET François, 1964, *La raison et les remèdes*, Paris : PUF.
- DEMIRDJIAN Sylvie, SAUVAGEOT Marie-Hélène, SCHENCKERY Juliette, 1998, *Le médicament*, Paris : Nathan. 159pp.
- DESCLAUX Alice, LÉVY Joseph-Josy. « Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? », in *Cultures et médicaments. Site de Anthropologie et sociétés*, [en ligne]. <http://www.fss.ulaval.ca/ant/2003-2-pres.html> (Page consultée le 24 mars 2004)
- ERNY Pierre, 1985, « Aspects culturels de la maladie et de la médecine », in *Cahiers de Sociologie économique et culturelle*, Havre : Chambre de Commerce et d'Industrie du Havre. pp. 35-65.
- FAINZANG Sylvie, 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste*, Paris : EHESS.
- FAINZANG Sylvie, 2001, *Médicaments et société*, Paris : PUF.
- FAINZANG Sylvie, 1994, « D'une société ouest-africaine à un groupe d'anciens buveurs. Présentation d'une démarche de recherche en anthropologie de la maladie », in Cros Michèle (textes rassemblés par), *Les maux de l'autre. La maladie comme objet anthropologique*, France : l'Harmattan, pp.19-27.
- FOUSSARD-BLANPIN Odette, 1996, *Les médicaments usuels*, Paris : PUF. 126pp.
- FOUSSARD-BLANPIN Odette, 1998, *Les médicaments de confort*, Paris : PUF. 127pp.

- GENEST Serge, 1978, « Introduction à l'ethnomédecine », in *Anthropologie et Sociétés*, vol.2, n°3, Québec : Université Laval. pp. 5-28.
- GENEST Serge, 1990, « Un, deux, trois...bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération », in *Anthropologie et Société*, vol. 14, n°1, Québec : Université Laval. pp. 9-24.
- GONSETH Marc-Olivier, MAILLARD (N.), 1987, *Histoires de vie. Approches pluridisciplinaires*, Neuchâtel : Editions de l'Institut d'ethnologie de Neuchâtel.
- GUIRDHAM Arthur, 1974, *Les facteurs cosmiques de la maladie*, Paris : Fayard. 192 pp.
- HANOTEAU Louis-Adolphe, LETOURNEUX Aristide, 1972, « Maladies et médecines », in *La Kabylie et les coutumes kabyles*, Tome I, Paris : Imprimerie nationale. 512pp.
- HARANT Hervé, 1951, *Médicaments et médications*, Vendôme : PUF. 128pp.
- HERZLICH Claudine, 1996, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris : Ed. EHESS. 210pp.
- HOWES David, 1990, « Les techniques des sens », in *Anthropologie et sociétés*, vol.14 n°2, Québec : Université de Laval. pp. 99-115.
- JUÈS Jean-Paul, 1988, *L'industrie pharmaceutique*, Paris : PUF. 128pp.
- JUILLIARD (O.), 1991, « Toxicomanies. Alcool, tabac, excitants et euphorisants », in *Histoire des Mœurs*, tome II, Paris : Gallimard. Pp 699-801.
- KILANI Mondher, 1983, *Le culte du cargo mélanésien*, Lausanne : Editions d'En-bas.
- KILANI Mondher, 1989, *Introduction à l'anthropologie*, Lausanne : Payot.
- LAPLANTINE François, 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris : Payot.
- LATOUR Bruno, 1991, *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris : Ed. de la Découverte.
- LE BRETON David, 1985, *Corps et sociétés : essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris : Librairie des Méridiens.
- LE BRETON David, 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : PUF.
- LE BRETON David, 1992, « La gestion de l'humeur quotidienne », in *Technologies du quotidien. La plainte du progrès*, Paris : Ed. Autrement. Pp 134-143.
- LEMOINE Patrick, 1996, *Le mystère du placebo*, Paris : Editions O. Jacob. 237pp.
- LÉVI-STRAUSS Claude, 1958, « L'efficacité symbolique », in *Anthropologie structurale*, Paris : Plon. pp. 205-226.

- LÉVI-STRAUSS Claude, 1962, *La pensée sauvage*, Paris : Plon.
- LOUX Françoise, 1990, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris : Interéditions.
- MASSÉ Raymond, 1995, *Culture et santé publique*, Montréal : Gaëtan Morin.
- MEYER (F.), 1991, « Maladie », in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Izard Michel, Bonte Pierre, Paris : PUF. pp. 436-438.
- NATHAN Tobie, 1995, *Médecins et sorciers*, Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond.
- NUNEZ PEREZ Maria G., 1980, *Quelques aspects de la représentation sociale du médicament*, Genève : Département de Sociologie. 141pp.
- RIVERS William H.R., 1924, *Medicine, Magic and Religion*, Londres : Kegan, Trench, Trubner. 147 pp.
- ROCHE S.A., (sans date), *Rites et magie dans la médecine des peuples exotiques*, Bâle : Roche. Feuilletés libres.
- SARGENT Carolyn F., JOHNSON Thomas M. (sous la dir.), 1996, *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, Westport : Greenpress.
- SÉVIGNY Odile, 1999, « L'efficacité technique et l'efficacité symbolique. La perspective des homéopathes », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n°2, Québec : Université de Laval. pp. 41-60.
- THEIL Pierre, 1969, *Le médicament : mission humaine et fonction sociale*, Paris : A.M.P.S. 215pp.
- WALTER Annie, 1983, « Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives », in *Cahiers ORTSOM*, vol. XVIII, n°4, Médecine et Santé, Paris : ORTSOM. pp. 405-414.

Annexes

Photos

Listes du contenu de quatre pharmacies

Interlocuteur A.

Produits et objets présentés dans le cadre du premier entretien.

Entre parenthèses, descriptif du médicament ou commentaires faits²⁹.

²⁹ Je présente les éléments de cette pharmacie dans les termes utilisés par les interlocuteurs.

Pharmacie (45 éléments)

Alca-C (médicament de base)
Zovirax (contre herpès)
Crème solaire
Pevaryle (crème anti mycosique)
Echinaforce (cure pour meilleure résistance physique et psychique)
Claritine (goutte pour les yeux, rhume des foins)
Tisanes
Baume du tigre
Homéopathie contre rhume des foins
Treupel (mal de tête)
Aspégic
Spray pour chaussures
Lames de rasoir
Pilule pour la gorge
Colublache (au moindre picotement dans la gorge, pshit)
Bandes pour tentative d'enlever les points noirs
Antibiotiques
Homéopathie contre herpès
Immodium (préventif pour diarrhée)
Merfen orange
Parfum Jean-Paul Gaultier (pas considéré comme médicament)
Echantillons de parfum (se retrouvent là dans tentative de rangement)
Aspégic pour la fièvre
Echantillon pour angine
Anti-cerne Yves-Saint-Laurent (utilisé comme cache boutons)
Un crayon noir, un blanc
Etui à brosse à dent
Perles pour un t-shirt
Pendentifs
Boutons pour pantalon
Vieux tube de Zovirax
Colliers
Clefs
« Truc » pour le col des chemises
Echantillon bain de camomille
Imperméabilisant pour chaussures
Flamazin (pour cheville foulée)
Bouteille de parfum vide
Sirop pour la toux (que j'adore depuis mon enfance)
Savon au miel avec pousse mousse
Echantillon de fond de teint
Parfum
Shampoing de rechange
Brosse à dent
Sparadraps
Parapic pour les tiques

Sur une étagère dans la salle de bains (14)

Exipial (crème pour la peau)

Crème solaire

Mousse à raser

Déo

Vitamerfen

Lubex (ça aussi j'aime bien avoir à la maison)

Coupe-ongles

Cure-dent

Peigne

Crème après rasage

Elmex

Bijoux quotidiens

Wax

Bain à l'eucalyptus (truc que je considère moitié comme un médicament)

Sac (4)

Claritine

Zovirax

Labello

Pastilles pour la gorge (en hiver)

Interlocuteur B.

Produits et objets présentés dans le cadre du premier entretien.

Entre parenthèses, descriptif du médicament ou commentaires faits.

Pharmacie (66 éléments)

Lapis 5CH (tous les éléments suivants sont des produits homéopathiques)

Arnica, un 5CH et un 9CH

Arsenic

Chamomilla 5CH

Aconitum 5CH

Ledum 5CH.

Mercurius 5CH

Machesis 5CH

Roustopico 5CH.

Ridonia 5CH

Belladonna 5CH

Ferum 5CH

Lachesis 5CH

Nux vomica

Oscilloccinum (contre les états grippaux)

Similasan pour la grippe

Similasan pour le rhume

Similasan pour les voix digestives

Rouge à lèvres

Pansements avec les petits dessins

Compresse de gaze

Médicaments contre l'acné

Petits ciseaux

Sparadraps

VitaMerfen

Médicaments homéopathiques contre les hémorroïdes

Pommade à l'Arnica

Alcool à 96°

Petits Merfen, un rose et un bleu.

Pulmichorespul (pour les bronchiolites)

Baume du Tigre, plusieurs marques

Perubar, pour inhalation

Detensor (somnifère léger)

Ponstans

Benuron (suppositoires pour faire baisser la fièvre)

Crème de jour

Accotip 50 (pour les bronchiolites)

Dafalgan

Sérum physiologique (pour mettre dans les yeux, dans le nez)

Bioflorin (pour la flore intestinale)

Vidé3 (vitamine pour les enfants)

Echinaforce

Suppositoires à la glycérine

Préservatifs

Spray contre les aphtes, pour les maux de bouche.

Carmol

Spray pour le nez

Ventolin (pour les bronchiolites)

Domistalin (allergies, rhume des foins ; médicament homéopathique)

Cubes de Fruits'n'fibres (constipation)

Néocitran,

Sirop pour la toux

Brufen

Anti-moustiques

Terre de Sommière (pour enlever les taches)

Alcool désinfectant

Resyl plus (gouttes contre la toux)

Fleur d'oranger (aide à faire dormir)

Anti-moustiques (encore)

Petites crèmes

Crème solaire

Neutrogena (crème pour les mains)

Petrol-Hahn (pellicules)

Crèmes

Tampons

Bain à la mélisse (pour se détendre)

Cuisine (3)

Juvamine antistress

tisanes

boîte de médicaments contraceptifs

Interlocuteur C.

Produits et objets présentés dans le cadre du premier entretien.

Entre parenthèses, descriptif du médicament ou commentaires faits.

Pharmacie (80 éléments)

Echantillons divers

Maux de tête

Sparadraps

Crème solaire

Crème

Fond de teint

Laxatif.

Laxatif (encore)

Crème pour raffermir la peau

Echantillons de Vitamerfen

Antibiotiques (à large spectre)

Maux de gorges

Motilium (nausée)

Immodium (diarrhée)

Carmol

Itinerol B6 (maux de voyage)

Solmucol (contre les glaires)

Dafalgan

Aspégic

Truc pour constiper

Trucs pour la tête

Truc (ne sait pas ce que c'est)

Crème pour les mycoses

Maux de gorges

Echantillon médical gratuit

Gel pour application buccale

Pommade (ne sait pas à quoi ça sert)

Zyrtec (allergie)

Pastilles à la menthe (mal au cou)

Douleurs de bouche

Vaselin

Pastilles

Crème pour allergies de la peau

Sirop pour la toux

Aspirine

Gomme pour la constipation

Echantillons de merde (= pas intéressant)

Solutions lavables

Perkinsol pour massage (échantillon de bain)

Laxatif

Crème pour avoir une jolie peau

Aphtes

Boîte à homéopathie (pour maux de gorge, aphtes, rhume)

Resyl plus (gouttes pour la toux)

Piqûres d'insectes
Pilules pour perdre du poids
Mycose vaginale
Homéopathie pour stress
Dent de lion
Tournesol
« Truc » miracle contre les aphtes
Petites gélules
Bandes
« Trucs » pour mal de dos
Sportusal
Mycoses
Piercing
Petite trousse d'échantillons
Sparadraps
Trousse de premier secours
Hémorroïdes
Carmol
Spray pour l'asthme
Démaquillant
Crème pour décolorer les poils
Crème pour bronzer
Crème dépilatoire
Talc pour les pieds
Pilule pour douleur et fièvre
Produit pour lentilles
Baume du tigre
Crème pour les cheveux
Vaseline
Lentilles
Déodorant
Gel
Produits de douche
Recharges

Cuisine

Trucs pour liquéfier les glaires

Chambre

Aspégic
Citronnelle
Baume du tigre
Crème pour mycoses du pied
Sportusal

Sac

Déodorant
Maquillage
Homéopathie

Interlocuteur D.

Produits et objets présentés dans le cadre du premier entretien.

Entre parenthèses, descriptif du médicament ou commentaires faits.

Pharmacie (2 éléments)

Valverde (problème d'insomnie)

Vermox (nettoyer estomac contre vers)

Pharmacie de voyage (27 éléments)

Bruxelles (pour épines)

Anti diarrhéique

Gel pour nettoyer estomac

Gouttes pour les oreilles

Emplâtres (si jamais je me casse quelque chose ou je sais pas quoi)

Motilium (ça doit être un truc anti-diarrhée je crois)

Poudre contre déshydratation en cas de choléra

Petites aiguilles (pour se piquer)

Stérilstrip (si tu tombes et tu veux te recoudre)

Zyrtec (anti-allergie)

Brufen (antidouleur)

Petites seringues

Analgésique

Analgésique (encore, je sais pas pourquoi j'en ai tellement)

Voltaire crème (anti douleur)

Vitamerfen (crème désinfectante)

Bande élastique

Merfen spray (désinfectant)

Autocollant pour points de sutures

Gouttes pour les yeux

Quatre seringues et aiguilles

Pastilles contre la malaria

Riopan

Gants en caoutchouc

Sparadraps

Petite bande.

Sparadraps (encore)

Salle de bains (3 éléments)

Crème après soleil (je considère pas ça vraiment comme un médicament)

Préservatifs (je considère pas ça vraiment comme un médicament)

Verres de contacts (je considère pas ça vraiment comme un médicament)

Méfacin (tablettes anti malaria)