

RÉFLEXIONS ANTHROPOLOGIQUES SUR LES MÉDICAMENTS

UN TERRAIN «TRÈS PROCHE»

BARBARA MULLER

Cet article a deux objectifs. Son intention première est de poser un regard réflexif sur les enjeux d'une enquête ethnologique de terrain portant sur les médicaments, et en particulier sur les problématiques d'intériorité, de distance et de perspective d'une chercheuse partageant le même univers culturel et social que ses interlocuteurs. Dans un second temps, pour illustrer cette démarche et aborder plus concrètement le sujet, il montre comment ont été construits, de manière progressive et en se basant sur les «indications» des interlocuteurs, les contours d'une définition de l'objet médicament¹.

BUTS DE LA RECHERCHE

Alors que – chaussant mes lunettes d'ethnologue et enfilant la cape –, je me lançais sur mon premier vrai terrain, point de plumes ou de sagaies, encore moins de pirogue ou de hutte en terre. Point d'exotisme tape-à-l'œil pour moi. Décidée à étudier le mode de manier et consommer l'objet médicament de ma société, je me trouvais, débutante et consciencieuse, immergée dans le «très proche». La matérialité et l'esthétique de cet objet, de même que son universalité, sa puissance, ses enjeux et ses liens avec les peurs et les limites de l'humain avaient

suscité mon intérêt: les potentialités du médicament en termes d'ouverture réflexive sur de nombreuses problématiques étaient importantes.

A travers la recherche que j'ai menée, j'ai souhaité soumettre le médicament – produit de systèmes médicaux aux mains de leurs utilisateurs – et son utilisation aux outils analytiques de l'anthropologie pour dépasser le fait purement chimique et voir comment le médicament est en effet investi, vécu et utilisé au quotidien, quelles stratégies l'entourent, ce qu'il représente pour ses utilisateurs et leurs proches. En effet, le médicament n'est pas un objet existant hors de l'utilisateur, il est le fruit d'un bricolage permanent à travers son incorporation, son interprétation et son appropriation par le consommateur. Mon but a été d'en rendre compte non tel quel, mais dans les figures qu'il prenait pour l'utilisateur. Au-delà, c'est le rapport de l'individu à son corps, à la maladie, à la souffrance et à la mort qui est interrogé.

LE TERRAIN: JEUX DE PROXIMITÉS

Considérant aujourd'hui la construction et la gestion de ma recherche, je réalise combien toutes mes réflexions et mes stratégies lors du déroulement de l'enquête ont servi à éva-

¹ L'entièreté de cette recherche, *Regard anthropologique sur les médicaments: quelles réponses à quelles demandes? Conceptions et efficacités*, est disponible sur le site Internet de l'Université de Neuchâtel, à l'adresse suivante: http://doc.rero.ch/lm.php?url=i000,41,4,20050426144050-MW/1_mem_MullerB.pdf (page consultée le 9 juillet 2008).

luer, établir et gérer une bonne distance avec différents éléments de mon terrain. La science anthropologique, de par sa nature et sa méthodologie, est confrontée à la problématique de la distance entre chercheurs et objets d'étude, et a généré une réflexion importante sur le sujet. Ma thématique de recherche ne possédait pas l'altérité radicale et la distance données *a priori* par des enquêtes menées dans des contextes étrangers et éloignés – géographiquement et culturellement. Mais la proximité avec un terrain n'est pas fonction d'une distance géographique uniquement. Une plongée dans l'existence d'une communauté rurale des montagnes nidwaldiennes ou dans les rangs de l'extrême droite genevoise peut être plus dépayante et insolite qu'une recherche sur le milieu académique sud-africain ou sur l'utilisation d'Internet dans les métropoles brésiliennes. Le processus de globalisation, avec ses flux de migrants, de capitaux, de marchandises, de techniques, ainsi que la quantité et la diversité des moyens d'information et de communication et l'intensification de relations sociales planétaires, ont rapproché des individus physiquement éloignés. La proximité est plus une question de relation et de contexte qu'une question d'échelle et d'espace (Appadurai 2000). Elle peut être intellectuelle, cognitive, professionnelle, émotionnelle, référentielle, confessionnelle, de genre, de classe, etc. Elle se matérialise à travers des modes identiques de faire, de penser et de s'organiser d'individus et de communautés physiquement éloignés. L'identification et l'appartenance d'un «je» à un «nous» ne sont plus dépendantes de l'espace. Les perceptions du proche et du lointain s'en trouvent complètement transformées.

Dans le cas de ma recherche, la proximité était tant géographique que cognitive, référentielle et émotionnelle. Mon terrain était autour de moi, depuis toujours, et en moi, dans la mesure où je «pratiquais» moi-même le médicament. Il était «très proche» (Pastinelli 2004: 19). Dans le but de dépasser cette intériorité, mon attention première fut de produire les ingrédients d'un dépayement heuristique, de générer «artificiellement» cette distance en interrogeant ma perspective et en faisant émerger mes *a priori*.

Les sources écrites

Les sources écrites furent à la fois matière et outil. Pour me rapprocher du sujet médicament, je me suis plongée dans la lecture de matériaux variés: essais de pharmaciens ou de

médecins, réflexions sociologiques, anthropologiques et historiques, comptes rendus ethnographiques, sites Internet, presse, dépliants publicitaires, etc. Le but était de me familiariser avec la réalité du médicament, les modalités de sa présence dans notre société et les réflexions qu'il suscitait.

Paradoxalement, cette boulimie textuelle s'attachait aussi à établir une distance par rapport à mon terrain: découvrir les différents modes de produire, penser et gérer le médicament pour en faire émerger les allants de soi et permettre la rupture, c'est-à-dire un éloignement et un étonnement générateurs de réflexion et de discernement. A défaut de m'exporter moi-même, j'ai importé un peu de l'Autre. Dans un jeu de miroir en retour, j'ai fait un détour par l'Autre lointain pour permettre un retour éclairé sur le moi et l'Autre proche.

L'anthropologue «anthropologisée»

A ce jeu de miroir, il m'a semblé indispensable d'ajouter une facette: dans le but d'informer ma posture, tant celle de chercheuse que celle que je pourrais avoir en tant qu'informatrice, et de dégager les caractéristiques de «mes» médicaments, je me suis glissée dans la peau d'un de mes interlocuteurs, demandant à une collègue de m'«anthropologiser». Je lui ai présenté, décrit et commenté, comme je le demandais à mes interlocuteurs, chacune de mes possessions médicamenteuses.

Inévitablement, j'étais le pivot, l'aune de mon terrain; cette expérience me permit de me décentrer et de réaliser par exemple combien l'attribution d'une aire d'efficacité, d'un potentiel d'espérance et de confiance à un médicament étaient des choses personnelles. Mes propos, les commentaires puis l'interaction avec mon intervieweuse permirent en particulier de mettre en lumière la cartographie de ma définition du médicament, ancrée en moi avec la force du naturel. Les entretiens devaient montrer plus tard comment la mise en ménage d'un couple et la consécutive mise en commun des pharmacies produisait ce même décentrement, faisant apparaître les conceptions et pratiques respectives: «Alors Sébastien, lui, il aime les Dafalgan², moi j'aime les trucs pour les... les Aspégic³. Lui il a ses Dafalgan et moi, mes Aspégic.»⁴

Enfin, cette expérience fut l'occasion d'expérimenter le rythme de l'entretien (avec une lassitude possible après une heure de monologue), la discrétion, de part et d'autre, sur

² Dafalgan est un antalgique antipyrétique (Paracétamol).

³ Aspégic est un antalgique antipyrétique (Acide acétylsalicylique).

⁴ Toutes les citations entre guillemets et qui ne sont pas suivies des références d'un auteur sont des citations tirées de mes entretiens.

certains produits «gênants»⁵ et les effets d'un discours prolongé sur le sujet. Une interlocutrice devait l'exprimer ainsi à la fin de l'entretien: «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.»

CARTOGRAPHIE IDENTITAIRE DU MÉDICAMENT

Forte de ces réflexions et de ces expériences, c'est avec une grande prudence que j'ai manié les notions rencontrées. J'ai commencé par mettre de côté la définition du Petit Robert – «une substance active qui est employée pour prévenir ou traiter une affection ou une manifestation morbide» –, par trop élémentaire et réductrice, et me suis mis en demeure de dresser méthodiquement le portrait du médicament. C'est par exemple une démarche que Sylvie Fainzang avait appliquée à ses réflexions concernant la maladie: «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).

Le médicament est un objet très complexe et s'inscrit, comme l'a souligné Madeleine Akrich (1995), 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, scientifiques et techniques, psychologiques, financiers, et d'autres comme le rapport à la mort, à la douleur, à l'autorité, au savoir, etc. En réalité, chaque médicament ou catégorie de médicaments fait l'objet d'une appropriation personnelle et circonstancielle, fruit d'événements passés et de connaissances éparses. J'ai demandé à une série de personnes – mes interlocuteurs – de me montrer et commenter toutes leurs possessions médicamenteuses et, au cours d'une seconde rencontre, de parler de manière très libre de leur rapport à la sphère de la santé en général – maladies, médecins,

médicaments, etc. C'est à partir de ces entretiens, à partir de leurs tentatives de définition, ainsi qu'en me basant sur les exemples et les anecdotes racontés, que j'ai fait émerger les grandes lignes d'une définition du médicament – sa cartographie identitaire. C'est à partir de ces «médicaments particuliers» que j'ai construit un «médicament général», à travers la mise en réseau des composantes récurrentes et déterminantes, des types d'agencement et une certaine armature, liée au contexte culturel qui est le nôtre.

Éléments de définition et de délimitation

L'élément premier que j'ai rencontré dans tous les entretiens est l'idée qu'un médicament est fait pour *soigner* – plus rarement *prévenir* –, que ce soit les symptômes ou le mal même, le corps ou la tête. Le *mode d'incorporation* est central dans l'image que nous avons du médicament. Il est prioritairement quelque chose qu'on avale: «Bouffer des pilules, s'enfiler des pilules, les ingurgiter, les avaler...» On retrouve fréquemment une hiérarchie dans ces modes d'incorporation où, par exemple, les substances passant par la bouche seraient plus puissantes que celles passant par la peau. Ainsi la pommade, d'incorporation cutanée, peine à se faire admettre dans la catégorie des médicaments: «Il [l'utilisateur] dénigre souvent la tendre pommade, trop externe» (Dagognet 1964: 12).

Dans la même optique, la forme du produit – pilule, gélule, poudre effervescente, gouttes... –, ce qu'on appelle la *galénique*, importe dans son acception comme médicament. Le sirop est souvent associé au monde de la confiserie, nous peinons à lui accorder du crédit. À l'opposé, le suppositoire – quand il n'est pas exclu pour son côté anal – peut être décrit comme le «remède radical».

La littérature se penche abondamment sur la symbolique du *nom*, son influence. On m'a peu parlé du nom, sinon pour dire qu'il était souvent difficile à retenir et potentiellement stigmatisant. Une interlocutrice, à propos d'une crème, me dit: «Alors je l'ai mis là parce que je le trouve moche et je préfère qu'il soit enfermé que sur la tablette. Surtout que c'est marqué Accnilox, alors ça a tendance à faire acné, voilà, j'aime pas trop.»

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*: «Et pis y'a le côté pharmacie parce que par

⁵ Au cours des entretiens, les médicaments destinés à soigner des maladies de peau (herpès, mycoses) et certaines parties du corps (génétales, anales) ne manquaient pas de provoquer une réaction spécifique: gloussements, accélération du débit ou austérité dans les commentaires, ou au contraire profusion de détails.

exemple, les bonbons Ricola, mais si je les vois à la Coop je 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.» Ou encore: «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. Nous supposons qu'un produit vendu seulement en pharmacie doit avoir une efficacité spécifique. Le lieu rassure car des conseils y sont donnés et on peut dialoguer plus librement que dans le cabinet du médecin. Mais il peut aussi intimider: «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.»

Dans une logique 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 peut, par son discours et son attitude, valoriser le produit, donner espoir, motiver la personne à bien le prendre. Dans la perception des interlocuteurs, le fait d'aller voir un médecin est parfois thérapeutique en soi: «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 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 [tu n']as plus mal et tu sais plus comment lui dire, c'est chiant. Après il trouve autre chose.»

Dans cette relation, l'*ordonnance* que le médecin prescrit – et qui valide un état pathologique (Fainzang 2001) – a une charge forte et distinctive. L'ordonnance, avec son écriture souvent illisible, personnalise et participe à la puissance du produit. «Quand on s'est fait prescrire un médicament, c'est du sérieux», affirme un interlocuteur. L'ordonnance fait l'objet de négociations, pendant la consultation et à la pharmacie, elle peut clore et valider 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.»

Dans cette cartographie de l'objet, on se rapproche encore du «noyau dur» de ses traits distinctifs avec les médicaments qui se procurent «sur ordonnance uniquement» et qui sont perçus par beaucoup comme indéniablement plus forts. La prescription 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 Ponstan⁶, c'est que sur ordonnance, donc c'est béton!» Cet attribut, à l'opposé, peut être un motif de refus, de peur ou de méfiance, la puissance étant associée alors à la nocivité.

Les entretiens font émerger aussi, dans cette sphère de l'écrit, l'importance de la *notice*, message du fabricant à un collectif flou. 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). Certains consultent la notice en détail par sécurité ou par plaisir: «Mais Hervé adore la lire, alors il la lit quand je prends le médicament et il me résume.» D'autres l'évitent, ayant peur des informations qu'elle contient, peur de mal en interpréter le contenu, ou seulement par désintérêt. Les phobies qu'elle pourrait occasionner ou la réalité qu'elle donne à une situation sont aussi redoutées: «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.»

Les *cinq sens* sont abondamment mis à contribution. Dans une société où le visuel est hégémonique, l'emballage du médicament, sa «mise en scène», est très importante. Il y a des conditionnements qui inspirent, d'autres qui font douter: «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.» Un autre me dit, à propos d'une boîte de pilule pour la digestion: «Ça a pas une tête de médicament qui marche.» Les individus examinent et interprètent l'aspect extérieur du médicament, apparence censée refléter la *personnalité* du médicament: «alternatif», «naturel», «normal», «sérieux», etc.

On mentionne rarement l'*odeur* et le *goût* dans la description d'antibiotiques, de médicaments sur ordonnance, ou pour la catégorie décrite par certains comme des médicaments «lourds», mais seulement pour une autre variété de médicaments, appelés parfois «petits» médicaments. Deux

⁶ Ponstan est un antalgique, anti-inflammatoire et antipyrétique. Sur prescription uniquement.

produits ont été largement décrits à travers leur goût et leur odeur, Carmol⁷ et Baume du Tigre⁸. La stimulation de ces deux sens – puis de la peau lors de l'application cutanée – constitue parfois la principale efficacité d'une substance.

Mes interlocuteurs se sont montrés peu sensibles au prix du médicament. Ils rechignaient cependant à jeter une préparation périmée au motif qu'elle était coûteuse. Cela nous rappelle que cet objet complexe est aussi une marchandise et qu'à ce titre, il fait partie du monde de la consommation, avec ses habitudes et ses logiques quant aux dépenses et au gaspillage. L'achat d'un médicament est un investissement pour la santé ou la sérénité.

La *temporalité* du médicament enfin est constitutive de son identité: l'attente de son obtention, 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. 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. Comme le médicament est censé être quelque chose de rare et d'événementiel, celui que l'on peut prendre trop facilement perdra de son sérieux: «L'Aspirine c'est un médicament qui est tellement entré dans les mœurs que tu le considères d'avantage comme de la Nutella.»

A ces éléments s'ajoutent d'autres thèmes encore, comme l'idée qu'un médicament est «chimique» ou «naturel», le système médical auquel on le rattache (le système biomédical étant celui qui possède la plus forte charge de scientificité et de rationalité, et aussi celui à qui certains reprocheront de ne pas respecter le corps et de proposer des substances nocives), la charge traditionnelle ou religieuse qu'on leur suppute.

Médicaments en action et en mots: poursuite d'une réflexion

Comme nous l'avons vu, mon terrain a nécessité la mise en place de différents dispositifs pour gérer les distances que j'ai jugées adéquates pour approcher la réalité du médicament du point de vue des utilisateurs. Ces derniers ont été eux-mêmes confrontés à une situation nouvelle et insolite, celle de l'entretien, de par ma sollicitation. Ils ont été amenés à réfléchir à du quotidien, du banal et de l'in-signifiant, à leur régime familier du médicament et de la gestion de symptômes et de maux divers. Ce cheminement intellectuel, ils l'ont fait entre tâtonnements et balbutiements, parfois étonnés, amusés ou alarmés par leurs propres pratiques. C'est à travers l'expérience de divers événements maladie (Augé 1984), la manipulation de différents objets médicament et l'apport de proches significatifs (à commencer par la mère) que les individus ont mis au point des stratégies et construit des repères dans la situation de pluralisme thérapeutique qui prévaut dans nos sociétés (Rossi 2000). En présentant les éléments de leur univers thérapeutique personnel, en discutant leurs modes de concevoir et de gérer leur corps, la maladie, la santé et leur relation au monde à travers le médicament – car c'est de cela, en dernier lieu, dont il est ici question –, mes interlocuteurs ont eux-mêmes été amenés à prendre de la distance et du recul sur ce qui semblait jusqu'alors aller de soi. Le médicament, entre matérialité et puissance, pouvait dès lors prendre des dimensions nouvelles, à la fois substance, axe d'actions et «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.» (Desclaux et Lévy 2003: 5)

⁷ Carmol est le nom d'une ligne de produits à usage externe (huiles de massage en friction) ou interne (gouttes) à base d'huiles essentielles extraites de onze plantes médicinales.

⁸ Baume du Tigre est présenté comme un produit élaboré en Chine. C'est une pommade analgésique à base de camphre et de menthol recommandée, entre autres, pour les douleurs des articulations et contre l'état grippal.

BIBLIOGRAPHIE

AKRICH Madeleine

1995. «Petite anthropologie du médicament». *Techniques et culture* 25-26: 129-157.

APPADURAI Arjun

2000. *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

AUGÉ Marc

1984. «Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement», in: Marc AUGÉ et Claudine HERZLICH (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, p. 35-91. Paris: Ed. des archives contemporaines.

DAGOINET François

1964. *La raison et les remèdes*. Paris: PUF.

DESCLAUX Alice, LÉVY Joseph-Josy

2003. «Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?». *Anthropologie et sociétés* 27(2): 5-21.

FAINZANG Sylvie

1989. *Pour une anthropologie de la maladie en France: un regard africaniste*. Paris: Editions de l'EHESS.

2001. *Médicaments et société*. Paris: PUF.

MASSÉ Raymond

1995. *Culture et santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin.

PASTINELLI Madeleine

2004. «Les limites floues de l'ethnologie du contemporain. Quelques réflexions autour d'une enquête sur la sociabilité électronique». *Ethnologies* 26(2): 221-255.

ROSSI Ilario

2000. «Pluralisme culturel et social, quelles implications pour la pratique de la médecine?». *Revue médicale de Suisse romande* 120: 1025-1028.

AUTEURE

Barbara Muller est chargée de recherche à l'Institut d'anthropologie et de sociologie de l'Université de Lausanne. Elle travaille actuellement sur la problématique des thérapies complémentaires et alternatives en oncologie.

barbarajlamuller@gmail.com