

Automédication et recours aux soins alternatifs

Du comportement déviant à la responsabilité de soi.

par Eric Bonvin

Médecin, Psychiatre, Chef de Clinique adj. à l'Unité de Réhabilitation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte,
Site de Cery, 1008 Prilly - Suisse

Résumé

Nous discutons dans cet article de la légitimité des comportements d'automédication et de recours à des méthodes de soins alternatives dans le contexte socioculturel contemporain. Partant du discours de la médecine orthodoxe qui les considère comme des comportements déviants, nous voyons comment les sciences sociales, en s'intéressant au vécu des usagers, nous amènent sur eux un éclairage tout différent. Véritable savoir profane associé à de réelles compétences, ces comportements doivent être compris dans une dynamique de *souci de soi* et de quête du *médecin de soi-même* constitutives des représentations culturelles de notre société qui les légitime donc pleinement. Enfin, nous voyons le danger d'une médecine qui poursuit la relégation de ces comportements à des déviances au sein d'une société basée sur la responsabilité individuelle et l'auto-contrôle.

C'est sous l'égide du *souci de soi* que philosophie et médecine deviennent métaphores l'une de l'autre.

Michel Foucault

Comportements idéaux et déviants pour le milieu médical

Le milieu médical orthodoxe¹ élabore ses concepts thérapeutiques et sa production de soins en supposant un équilibre relationnel implicite entre le malade, la maladie, le médecin, le remède et la médecine. Equilibre relationnel qui sous-entend que le malade adhère de manière exclusive à son diagnostic, à la relation qu'il entretient avec son médecin, au remède qui lui est prescrit et enfin à la seule médecine orthodoxe. La conceptualisation de la relation entre le médecin, le malade et la maladie est maintenant du domaine de la psychologie médicale. La relation entre le malade et la médecine ou le médecin et la médecine ne sont pratiquement pas abordées dans le milieu médical tant elle sont considérée comment allant de soit. La relation entre le malade et le remède prescrit est conceptualisée pour sa part par la notion de compliance². Celle-ci fait référence à un comportement d'adhésion idéal: "Etre malade, c'est se soumettre à des règles, obéir à des prescriptions, respecter des consignes, car il faut être un bon malade pour espérer guérir³". Nous savons pourtant qu'une majorité de patients n'observe pas l'intégralité de la prescription⁴, exprime spontanément sa répugnance à prendre un médicament⁵, avoue avoir eu recours à des méthodes alternatives de soins⁶ ou fait usage de

¹ C'est-à-dire se référant à l'opinion (*doxa*) défendue par ceux qui détiennent l'autorité spécifique du champ médical (Bourdieu 1980).

² Trostle 1988.

³ Herzlich 1984.

⁴ Reynaud 1987.

⁵ Ankri 1995.

⁶ Eisenberg 1993.

l'automédication lors de l'apparition d'un symptôme⁵. Ainsi, un bon nombre d'usagers semblent se comporter bien différemment de ce que le milieu médical orthodoxe attend d'eux. C'est le cas pour les deux phénomènes que sont l'automédication (prise d'un produit thérapeutique sans avis médical) et le recours aux soins alternatifs. Tous deux ont trait à des comportements d'usagers qui divergent de la prescription ou de la pratique médicale orthodoxe qui les considère comme déviants, par excès de consommation ou d'indépendance face au prescripteur.

Face à l'ampleur de l'inadéquation entre les représentations du milieu médical et les comportements déviants des usagers de soins, et pour comprendre des phénomènes tels que l'automédication et le recours à des soins alternatifs, l'outil conceptuel de la compliance / non-compliance dont s'est doté le milieu médical semble dépassé. Nous allons tenter de comprendre pourquoi il en est ainsi. Tout d'abord, l'analyse de la littérature⁷ montre que les études des comportements individuels vis-à-vis des médicaments, centrées sur la compliance, réduisent très systématiquement leur champ d'observation ou d'interrogation à des éléments qui se réfèrent directement à la maladie; tout tourne autour d'elle, comme si la maladie envahissait totalement l'univers temporel et psychologique des malades et comme si leurs conduites vis-à-vis des médicaments constituaient un élément clos, isolé du reste de leur vie quotidienne, ce qui est bien sûr loin d'être le cas dans la réalité vécue par le malade lui-même. Ensuite, bien que nous sachions, par exemple, qu'un non-compliant ne suit pas adéquatement sa prescription médicale, nous ne savons pas ce qu'il fait à la place de cela⁸.

Le point de vue des sciences sociales sur le vécu des usagers

Face à ces constats, les sciences sociales, et en particulier le courant de l'interactionnisme symbolique, ont, depuis les années 1960, commencé à s'intéresser au vécu du patient et à la dynamique propre aux usagers des soins. Le comportement du patient vis-à-vis des médicaments et sa compliance sont, dès lors, apparus davantage en termes d'expérience des malades face au régime thérapeutique: pratiques médicamenteuses (automédication, prise de remèdes non-orthodoxes); autorégulation; itinéraire thérapeutique; pratiques de soins incluant tout ce que l'on fait par soi, ou pour soi, en passant par ses proches, autant que par des soignants⁹. Ce type d'observations a rapidement révélé qu'il n'est pas possible de souscrire à l'idée selon laquelle le malade serait un simple consommateur passif face aux traitements proposés par le corps médical, le guérisseur ou le taleb¹⁰. Il est actif et si il n'agit pas comme

⁷ Ankri 1995.

⁸ Trostle 1988.

⁹ Ankri 1995.

¹⁰ Mebtoul 1995.

on s'attend à ce qu'il le fasse, c'est parce qu'il a de bonnes raisons pour cela. De plus, son comportement, même si il est dit *déviant*, repose sur de réelles compétences. M. Mebtoul¹¹ illustre bien cela, par exemple, par son observation de l'itinéraire thérapeutique de mères pour leur enfant malade. Itinéraire qui indique la prégance¹² d'une véritable gestion profane de la maladie à l'aide d'un savoir empirique défini comme savoir explicite, transmissible et transposable à d'autres contextes. Face aux différents traitements qui lui sont conseillés ou qu'elle connaît déjà, la mère s'inscrit dans une logique relativement autonome où l'important pour elle est d'accéder à la guérison de son enfant, même si il est pour cela nécessaire de multiplier et de diversifier les recours thérapeutiques qui existent dans la société. C'est donc moins en fonction de la pathologie, que de l'état de son enfant (qu'elle perçoit et connaît bien) que la mère va être amenée à juger, à évaluer les résultats d'un traitement.

Du souci de soi au médecin de soi-même

Pour mieux comprendre, au delà de ce savoir profane, ce que qui unit les comportements d'automédication et de recours aux soins alternatifs, nous pouvons, tous deux, les intégrer dans une dynamique constitutive de notre culture: *le souci de soi*. En effet cette qualité humaine a mobilisé la réflexion philosophique du monde occidental de l'Antiquité à nos jours¹³. Et la réflexion contemporaine que propose Michel Foucault sur le *souci de soi* apparaît comme une piste pertinente pour la compréhension de notre sujet.

Pour Foucault¹⁴, le *souci de soi* ne désigne pas seulement une vague préoccupation, mais une véritable *pratique de soi* dont le but serait de parfaire la *gouvernementalité de soi*. Cette *pratique de soi* regroupe un ensemble d'occupations, d'exercices, d'activités diverses (*les techniques de soi*), comprenant par exemple les soins du corps et de la santé, les régimes, les exercices physiques. La *pratique de soi* implique qu'on se constitue à ses propres yeux non pas seulement comme individu imparfait, ignorant qui a besoin d'être corrigé, formé et instruit, mais comme individu qui souffre de certains maux et qui doit les faire soigner, soit par lui-même, soit par quelqu'un qui en a les compétences. De plus, là où le propos de Foucault rejoint celui de l'interactionnisme symbolique, c'est lorsqu'il nous dit que le *souci de soi* "constitue, non pas un exercice de la solitude, mais une véritable pratique sociale" à

¹¹ Mebtoul 1995.

¹² Force, et par suite stabilité et fréquence d'une organisation psychologique privilégiée, parmi toutes celles qui sont possibles.

¹³ Hadot 1996.

¹⁴ Foucault 1984.

travers, par exemple, l'appui requis d'un autre, parent ou ami¹⁵. C'est bien ce que l'on observe dans le comportement d'automédication, motivé par le *souci de soi*, puisque il n'est que rarement pur et fait toujours référence à un savoir extérieur, aux conseils de proches (2/3 des cas), à une expérience et à des connaissances propres (1/4 des cas) ou à des informations médiatisées¹⁶. Il semble en aller de même pour le recours aux soins alternatifs, comme *pratique de soi*, qui se fait généralement sous l'influence du *bouche-à-oreille*¹⁷.

Les comportements d'automédication et de recours aux soins alternatifs s'inscrivent tous deux, sous l'impulsion du *souci de soi*, dans une démarche de *soin de soi*. L'automédication occupe du reste une place primordiale dans la notion de *soin de soi* et surtout dans la genèse du soin. Foucault¹⁸ écrit à ce sujet: "A l'aube de l'humanité, avant toute vaine croyance, avant tout système, la médecine en son entier résidait dans un rapport immédiat de la souffrance à ce qui soulage. Ce rapport était d'instinct et de sensibilité, plus encore que d'expérience; il était établi par l'individu de lui-même à lui-même, avant d'être pris dans un réseau social: *la sensibilité du malade lui apprend que telle ou telle position le soulage ou le tourmente*. C'est ce rapport, établi sans la médiation du savoir, qui est constaté par l'homme sain". C'est ainsi que le *soin de soi* cède le pas à l'idée du *médecin de soi-même* qui, loin de se cantonner à une mythologie d'origine, a pris une place importante et permanente dans le développement de l'art médical et de ses théories. Hippocrate et bon nombre de ses successeurs ont, par exemple, intégré cette notion de médecine immédiate, spontanée, dans la notion de *nature médicatrice* et ils lui ont subordonné le savoir et l'art médical (médecine expectante). Les romains ont vécu plus de six cents ans sans médecin. Ce peuple pratiquait, sans médecin, la médecine empirique qui répondait aux désirs, aux besoins et à l'instinct du malade¹⁹. Pline et plus tard Montaigne et Descartes évoquent le propos de Tibère, deuxième empereur romain selon lequel "tout homme, passé trente ans, ne doit plus avoir besoin de *tendre la main au médecin pour se faire tâter le pouls*" car, passé cet âge, il a appris de lui-même à gouverner sa santé. Le *médecin de soi-même* a ensuite pris une place importante au siècle des Lumières et cela surtout sous l'impulsion de Descartes. Devant l'impossibilité de fonder une médecine rationnelle et aux prises avec le pluralisme médical de son époque qu'il trouvait déconcertant, il a recours au principe naturel de la gestion des maladies. En somme, il valait mieux, pour lui, refuser l'art médical qu'accepter une fausse science, impuissante à nous guérir. Nombreux ont été ceux qui, comme Descartes (Deveaux, Stahl, Hofmann, Gazola, Linné), ont eu en aversion la médecine de leur époque et qui en sont venus à considérer que le seul et véritable

¹⁵ Foucault 1984.

¹⁶ Reynaud 1987.

¹⁷ Bonvin 1996.

¹⁸ Foucault 1993.

¹⁹ Aziza-Shuster 1972.

moyen de se préserver des maladies ou de recouvrer la santé était de se soigner soi-même²⁰. Tout se passe comme si le mythe fondateur du *médecin de soi-même* servait d'alternative aux impasses des tâtonnements et du foisonnement issus du pluralisme médical de l'époque. Mais cette conception *refuge* du *médecin de soi-même* alliée à celle de sa dynamique, la *nature médicatrice*, sont toutes deux à leur tour à la base d'un pluralisme de méthodes de soins important puisque plusieurs courants majeurs y font référence dès le XVIII^{ème} siècle: André Tissot et William Buchan à l'origine de la médecine domestique²¹, mais aussi Samuel Hahnemann en créant l'homéopathie, tout comme Prießnitz, Cœrtel ou Kneipp qui sont à la base des grands courants de la naturopathie²² et cela jusqu'à l'instinctothérapie, l'art de se guérir soi-même et à la thérapie florale de Bach aujourd'hui.

La réflexion sur le *médecin de soi-même* nous rappelle avec pertinence qu'avant le premier recours au médecin, il faut un premier malade qui ne peut trouver de recours qu'en lui-même. La médication immédiate, l'automédication, doit précéder la médication médiata. Le *médecin de soi-même* appartient donc à l'espèce des mythes d'origine. Il est un mythe d'auto-engendrement²³. Il est l'oeuf primordial de l'art médical dans lequel se fonde aussi le mythe chamanique²⁴, l'archétype du guérisseur-blessé ou de l'homme ayant appris à guérir grâce à sa propre blessure. C'est en quelque sorte le médecin de soi-même qui devient le médecin de l'autre en le guidant vers son médecin de lui-même. Mythe chamanique aux sources de la médecine qui, pour sa part, suppose un rapport d'extériorité entre, d'une part, le malade et le soignant, et de l'autre, la souffrance et le remède. La médiation (qui est la médication) entre les deux termes du rapport, c'est la connaissance et l'art du médecin. Médecin de soi-même, médiation du soin par l'autre et par le remède ont de tout temps fonctionné dans une dynamique de synergies et d'oppositions en constante fluctuation dans l'histoire des soins.

Médicament et médecine moderne

Illustrons notre propos par une réflexion sur la médiation du soin par le médicament dans notre société. Philippe Pignarre²⁵ nous dit, par exemple, qu'il nous faut prendre acte d'une sorte de piège dans lequel nous sommes enfermés: plus la connaissance de nos médicaments psychotropes est *objective* (renvoyant à des mécanismes biologiques, à des *évidences* pour les

²⁰ Aziza-Shuster 1972.

²¹ Porter 1997.

²² Jütte 1996.

²³ Aziza-Shuster 1972.

²⁴ Eliade 1983.

²⁵ Pignarre 1995.

seuls chercheurs), plus ils sont entre les mains d'intermédiaires (chercheurs, industriels, économistes, soignants) et plus nous nous privons des moyens d'utiliser nos psychotropes comme porteurs d'une signification accessible aux usagers. Tout indique, par exemple, que les psychotropes mineurs sont utilisés par les consommateurs d'une manière qui pourra être interprétée comme *sauvage*, davantage pour un usage psychologique que pour les caractéristiques biologiques précises, *évidentes*, en fonction desquelles ils ont été mis au point et des pathologies pour lesquelles ils doivent être prescrits. Un clivage de sens s'insinue ainsi entre celui, *médical*, qui n'est plus accessible à l'utilisateur, et celui que lui attribue l'utilisateur par le savoir profane et les compétences qu'il développe comme nous l'avons vu dans le *soin de soi*. Ce sont les techniques de soins porteuses de sens dans l'univers des représentations de la personne souffrante qui sont certainement choisies préférentiellement. Le conseil d'un parent, la rumeur porteuse d'une métaphore évocatrice, l'information *populaire*, seront alors autant de vecteurs permettant le choix d'une technique de soin auto-administrée, alternative, voire orthodoxe mais utilisée de manière sauvage.

Les anthropologues nous ont appris que pour que le médicament, souvent confondu avec son principe actif, effectue le travail qui est attendu de lui, il faut qu'un certain nombre de conditions soient réunies et qu'un certain nombre d'acteurs se conforment plus ou moins à un programme d'action. Ces étapes ne doivent pas être tenues pour des détails que l'analyse mettrait entre parenthèse; bien au contraire, nous dit Madeleine Akrich²⁶, c'est dans ce parcours *social* du médicament que se constitue en partie la relation thérapeutique et que s'élabore petit à petit la signification de l'expérience vécue par le patient. Les médicaments représentent, nous dit-elle, l'un des dispositifs par lesquels les individus qualifient leurs états, éprouvent leurs symptômes, construisent une interprétation de leur souffrance et distribuent des effets et des causes. L'objet médicament disparaît comme objet, il devient impossible à analyser si on ne l'aborde pas comme une multiplicité de sens, de représentations, d'enjeux et d'acteurs sociaux. En dehors de cette multiplicité, l'objet devient fétichisé et devient un mime de la médication contre la médecine.

Sociétés de contrôle et responsabilité de soi

C'est donc bien dans le cadre global de notre société qu'il faut contextualiser l'étude de la pratique de l'automédication et le recours à des soins alternatifs. Il est donc nécessaire de confronter notre propos à la compréhension des dynamiques sociales actuelles. Gilles Deleuze²⁷ a montré le surgissement d'un modèle de société appelé à détruire progressivement le précédent (la société disciplinaire): celui des *sociétés de contrôle*. Ainsi, la norme sociale

²⁶ Akrich 1995.

²⁷ Deleuze 1990.

n'est-elle plus basée sur la culpabilité de l'individu mais sur la responsabilité et l'initiative. L'idéal politique moderne, qui fait de l'homme le propriétaire de lui-même (auto-contrôle) et non le docile sujet d'une société disciplinaire, s'est étendu à tous les aspects de l'existence et bien sûr aux pratiques et représentations de la santé. Le droit de choisir sa vie et l'injonction à devenir soi-même placent l'individualité dans un mouvement permanent. Au lieu que la personne soit *agie* par un ordre extérieur, il lui faut prendre appui sur ses ressorts internes²⁸. Et l'on voit bien la place centrale qu'occupe là le *souci de soi*. Des choses qui dépendent de moi, je dois en avoir souci, parce que j'en suis responsable. Foucault va même jusqu'à parler d'une perspective esthétique du souci contemporain, celle d'une existence que l'on crée comme un objet d'art par le principe qu'il faut *se soucier de soi-même*. Se soucier de soi, c'est se connaître soi-même, se transformer et aller vers une *amélioration* de soi. Pour y arriver, l'individu doit imaginer, innover, prendre le risque des expérimentations individuelles, qu'elles touchent à son activité, à sa vie quotidienne, à sa gestion corporelle ou à ses émotions. Il fait pour cela recours aux *ruses* de la quotidienneté comme les appelle Georges Balandier²⁹. C'est ainsi que le choix du soin, par l'automédication, le recours à des médecines alternatives ou à la médecine orthodoxe, prend place dans la vaste panoplie des ruses de la quotidienneté et des *techniques de soi*. Nous comprenons pourquoi, l'automédication et le recours à des soins alternatifs appartiennent à des pratiques sociales, des ressources, propres aux normes et représentations de nos sociétés de contrôle. Loin d'être des comportements déviants décrits par le milieu médical, ils prennent même une place considérable dans notre société qui leur donne statut de norme.

Il semble donc pertinent d'intégrer aussi la réflexion sur ces comportements dans les complications inhérentes à nos sociétés de contrôle. Sociétés dans lesquelles l'individu est pris dans une confusion des repères: nouvelles sagesses, philosophies, religions, modes, et, bien sûr, nouvelles méthodes de soins (médecines, remèdes, etc.). Mais aussi, sociétés où le souci excessif de soi, l'exigence de l'amélioration permanente de soi, amènent leurs lots de souffrances. Le dépassement de soi et les excès de la mise en scène de soi qui génèrent des pratiques telles que le dopage et l'abus de psychostimulants. L'impossibilité d'être complètement soi qui incite à la recherche de *ruses* amenant à l'amélioration de soi par l'usage de substances psychoactives puissantes, au risque d'en devenir l'esclave. Enfin, la fatigue d'être soi ou d'assumer la responsabilité qui engendre la dépression, maladie de la société de contrôle³⁰.

Médecine pour la médecine ou médecine pour les usagers?

²⁸ Ehrenberg 1998.

²⁹ Balandier 1985.

³⁰ Ehrenberg 1998.

Le milieu médical devrait prendre davantage conscience des mutations en cours dans le champ social. En effet le risque est grand, en reléguant le recours à des soins alternatifs à un comportement déviant, de reléguer dans le même mouvement la majorité des usagers de soins à une marge qui ne confirmerait finalement que l'isolement de la médecine sur elle-même³¹. C'est, par exemple, sous cet éclairage que se comprennent mieux les dangers d'une psychiatrie purement biologique ou *substantialiste*³², qui, après avoir vidé de leur sens les substances qu'elle administre au profit d'évidences athéoriques, hypostasie la maladie et son diagnostic comme seule réalité au détriment du malade qui devient une abstraction. L'exclusivité de l'option substantialiste ne risque-t-elle pas d'évacuer du champ de la psychiatrie sa longue expérience de l'intégration du pluralisme des méthodes et des représentations? Expérience qui devrait justement être promue à un savoir-faire constitutif du paradigme d'une médecine plus adaptée aux réalités de ses usagers.

Bibliographie

- Akrich, M., Petite anthropologie du médicament, *Techniques et culture* 25-26, 1995, 129-157.
- Ankri, J., Disert, D. L. et Henrard, J. C., Comportements individuels face aux médicaments; de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature, *Santé Publique* 4, 1995, 427-441.
- Aziza-Shuster, E., *Le médecin de soi-même*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.
- Balandier, G., *Le détournement*, Paris, Fayard, 1985.
- Bonvin, E. et Guex, P., Un nouveau paramètre dans les relations entre le médecin, son malade et la maladie: "les médecines": rapport intermédiaire, in W. Stauffacher et A. Fischli (éd.), *Roche Research Foundation, 25th Anniversary Annual Report*, Basel, Editions Roche, 1996, 265.
- Bourdieu, P., *Questions de sociologie*, Paris, Editions de Minuit, 1980.
- Dagognet, F., *La raison et les remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1964.
- Deleuze, G., *Pourparlers*, Paris, Minuit, 1990.
- Ehrenberg, A., *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R. et Delbanco, T. L., Unconventional Medicine in the United States, *The New England Journal of Medicine* 328, 4, 1993, 246-252.
- Eliade, M., *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, Paris, Payot, 1983.
- Foucault, M., *Histoire de la sexualité: III - Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984.
- Foucault, M., *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.
- Hadot, P., Histoire du souci, *Magazine littéraire* 345, 1996, 18-23.
- Herzlich, C. et Pierret, J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984.
- Jütte, R., *Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute*, München, C.H. Beck, 1996.
- Martin, J., *Médecine pour la médecine ou médecine pour la santé ?*, Lausanne, Réalités Sociales, 1997.
- Mebtoul, M., Berriche, A. et Cook, J., De l'huile d'olive à la catalgine, *Journal Algérien de Médecine* V, 5, 1995, 228-231.
- Pignarre, P., *Les deux médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, Paris, La Découverte, 1995.
- Porter, R., Les stratégies thérapeutiques, in M. D. Grmek (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Seuil, 1997, 199-223.
- Reynaud, M. et Condert, A. J., *Essai sur l'art thérapeutique. Du bon usage des psychotropes*, Paris, Infomed - Frison Roche, 1987.
- Trostle, J. A., Medical compliance as an ideology, *Social Science and Medicine* 27, 12, 1988, 1299-1308.

³¹ Martin 1997.

³² Dagognet 1964.