

# Cultures et pluralisme médicamenteux

## Colloque interdisciplinaire (603)

sous la responsabilité de Christine Thoër-Fabre et Joseph Josy Levy  
74<sup>ème</sup> congrès de l'ACFAS – Université McGill

**Le 16 mai 2006**

### Thème :

Les systèmes de soins actuels sont caractérisés par la co-existence des secteurs biomédical, populaire et traditionnel, donnant la possibilité aux individus de recourir à différents types de thérapeutiques, allant des médicaments modernes ou bio-médicaux aux médicaments traditionnels et alternatifs, quelquefois en combinaison. Ce pluralisme médicamenteux prend différentes formes car les substances médicamenteuses sont investies de multiples significations qui varient selon les ancrages socio-culturels et les modèles étiologiques et thérapeutiques auxquels les individus se réfèrent. Les rapports qui se jouent entre les médicaments modernes, traditionnels et alternatifs semblent également façonnés par les contextes de pratique, les modes de relation existant entre les acteurs de la chaîne du médicament et les logiques de distribution de ces produits.

Comment les individus se représentent-ils ces différentes thérapeutiques et leurs effets ? Dans quelles circonstances y ont-ils recours ? A quels modèles étiologiques et corporels renvoient ces pratiques et comment sont-elles combinées ? Y a-t-il métissage des savoirs ? Enfin, quelle évolution des rapports entre les acteurs de la chaîne du médicament le pluralisme médicamenteux révèle-t-il ? Ce colloque, qui a sollicité des contributions de champs disciplinaires variés (anthropologie, sociologie, psychologie, médecine familiale, psychiatrie, pharmacologie), a pour objectif d'explorer ces questions.

**Organisé dans le cadre du programme des Grands  
travaux de recherche concertée du CRSH sur la  
chaîne des médicaments**



**UQÀM**

Pour information : Christine Thoër-Fabre : 987-3000 poste 4566

[thoer.christine@uqam.ca](mailto:thoer.christine@uqam.ca)

Inscription : [www.acfas.ca](http://www.acfas.ca)

# Programme

8h30 : accueil des participants et café

8h50-9h10: ouverture

9h10-9h50 : **Conférencier d'ouverture : Raymond Massé**, Département d'anthropologie, Université Laval, ***Le statut des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique.***

## Session 1 : Pluralisme médicamenteux dans les pays du Sud

Président de séance : Joseph Levy

9h50-10h10 : **Annette Leibing**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Institut de gérontologie sociale du Québec, MÉOS - Université de Montréal, Québec, Canada, « ***Les temps nouveaux : négociation du traitement pour la souffrance psychique dans un village brésilien*** »

10h10-10h30 : **Louis-Robert Frigault**, Chercheur associé, Département de sexologie, UQAM, Qc, Canada. « ***Le médicament dans le culte d'Umbanda au Brésil*** ».

10h30-10h50 : Discussion

10h50-11h10 : Pause café

11h10-11h30 : **Laplante, Julie** Anthropologie, Université de Montréal, Canada. « ***Le médicament préventif humanitaire par excellence : la société qui s'exprime à travers son (non) recours au vaccin*** ».

11h30-11h50 : **Marie-Ève Blanc**, Université de Montréal, **Canada** « ***Pluralisme médicamenteux au Vietnam : aspects culturels, politiques et institutionnels*** ».

11h50-12h10 : discussion

Déjeuner

## Session 2 : Pluralisme médicamenteux dans les pays du Nord

Présidente de séance : Christine Thoër-Fabre

14h00-14h20 : **Joseph-Josy Lévy**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada, **Mylène Fernet**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada, **Lyne Massie**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada **Isabelle Toupin**, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, **Joanne Otis**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada **Johanne Samson**, Centre Maternel et Infantile sur le Sida (CMIS), **Normand Lapointe**, Centre Maternel et Infantile sur le Sida (CMIS), **Trottier Germain**, Ecole de service social, Université Laval, **Robert Bastien**, Laboratoire d'écologie humaine et sociale, Direction de la santé Publique de Montréal-Centre, **Marie Harerimana**, CRISS (Centre d'intervention en Santé Sexuelle), **Marlène Rateau**, GAP-vies, **Marc Boucher**, CHU mère enfant, hôpital Ste-Justine, « ***Traitements antirétroviraux et pratiques thérapeutiques complémentaires chez des femmes montréalaises vivant avec le VIH/SIDA*** ».

14h20-14h40 : **Virginie Vinel Long**, Université Paul Verlaine, Laboratoire 2L/2S, Metz, France. « ***Pluralisme thérapeutique de femmes françaises en période de ménopause*** ».

14h40-15h00 : discussion

15h00-15h20 : Pause café

### Session 3 : Approches culturelles des représentations et des usages du médicament

Présidente de séance : Julie Laplante

15h20-15h40 : **Groleau, Danielle**, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Institut de recherche médicale Lady Davis, Hôpital Général Juif-SMBD. Montréal, Québec, Canada.  
***Culture et rationalité : représentation de l'infarctus et de l'adhérence à la médication chez les Canadiens-français.***

15h40-16h00 : **Christine Thoër-Fabre, Francine Dufort, Louise Beaulac-Baillargeon, Catherine Garnier**, Programme de recherche concertée sur la chaîne du médicament, GEIRSO, UQÀM.  
***« Représentations de médecins français et québécois à l'égard de l'hormonothérapie et des phytoestrogènes »***

16h00-16h20 : Discussion

16h20 : Clôture

## Résumés des communications

**Raymond Massé**, Département d'anthropologie, Université Laval

***Le statut des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique.***

S'il est largement reconnu que les savoirs populaires ne sont aucunement réductibles à une fraction domestiquée du savoir savant, la question de leur statut, de leur crédibilité, est loin d'être réglée dans le champ des thérapeutiques. Qu'en est-il réellement de ces savoirs au-delà des revendications hégémoniques d'une *evidence-based medicine*, mais aussi au-delà des discours naïfs sur les médecines «traditionnelles»? Des éléments de réponse à ces questions seront apportés ici à la lumière de deux projets de recherche. Un premier projet visait à analyser le processus de négociation des modèles explicatifs de la pertinence de l'hormonothérapie de remplacement pour des femmes périménopausées au Québec. La question de la «négociation» des savoirs étiologiques et des pouvoirs dans le cadre de la relation thérapeute-patiente sera alors abordée? Un second projet réfère à la cohabitation aux Antilles de trois secteurs de soins, soit ceux de la biomédecine, des médecines traditionnelles (quimboiserie et *obeah*) et des missions de guérison des Églises fondamentalistes. Se posent alors les questions du statut à accorder aux multiples prises en charge religieuses et magico-religieuses des souffrances physiques et mentales, mais aussi celle, délicate, du mensonge et des rapports à la «vérité» dans le cadre de la relation thérapeutique.

**Annette Leibing**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Institut de gérontologie sociale du Québec, MÉOS - Université de Montréal, Québec, Canada.

***Les temps nouveaux : négociation du traitement pour la souffrance psychique dans un village brésilien.***

Prendre un médicament est un acte bio-culturel. Biologique au sens où l'effet des molécules est basé sur la rencontre entre la spécificité chimique d'une molécule et le corps d'un individu, et culturel puisque cet effet se produit dans un contexte défini qui joue sur la prise médicamenteuse et la réaction corporelle. Cette présentation montrera ces interactions. Nous nous appuyons sur les résultats d'une recherche réalisée auprès de femmes d'un village brésilien aux prises avec différents problèmes psychosociaux, basée sur une observation participante dans un village isolé de la côte est du Brésil et des entrevues informelles. Elles ont identifié que la maladie la plus fréquente était ce

qu'elles nommaient « les nerfs ». On reconnaît là l'association femmes/maladies nerveuses, un phénomène souvent abordé dans la littérature anthropologique des années 80 où les « maladies nerveuses » sont interprétées comme le reflet d'une souffrance psychosociale. Dans notre cas, la maladie des « nerfs » est un malaise qui traduit la souffrance de vivre dans un monde avec des valeurs plutôt traditionnelles, alors que les hommes sont souvent plus en contact avec la modernité. Dans la plupart des maisons de ces femmes, se retrouvaient des psychotropes (surtout des tranquillisants), que la majorité d'entre elles ne prenait pas. Choisir de ne pas consommer les médicaments prescrits peut-être interprété comme une conséquence du peu de pouvoir qu'ont les femmes dans ce village et de leur perception du corps comme un « corps faible ». Ce refus est également associé à la peur des effets secondaires, notamment la baisse de libido. La consommation de psychotropes dans ce contexte spécifique dépend d'une négociation entre des valeurs « traditionnelles » et modernes.

**Louis-Robert Frigault**, Chercheur associé, Département de sexologie, UQAM, Montréal, Canada. ***Le médicament dans le culte d'Umbanda au Brésil***.

L'usage des médicaments est souvent modulé par des croyances culturelles ou religieuses qui proposent des alternatives pour gérer la maladie. C'est le cas du Brésil où co-existent de nombreuses mouvances religieuses qui proposent des alternatives aux traitements pharmacologiques. Le cas de l'Umbanda au Brésil permet de réfléchir sur les mécanismes d'intervention thérapeutique proposés et de dégager les points de lutte et de contestation qui l'oppose à la pratique médicale scientifique moderne. Cette présentation repose sur les données d'une étude terrain réalisée au Brésil entre 1997 et 1998, au cours de laquelle nous avons côtoyé des adeptes et des clients du culte de l'Umbanda et assisté à quelques rituels de cure. Comment expliquer que des individus recourent encore à la sorcellerie pour faire face à leurs problèmes de santé dans le Brésil contemporain ? Quelques éléments de réponse à cette question résident, selon les participants du culte d'Umbanda, dans le fait que la biomédecine et l'intervention rituelle ne s'entendent pas sur les conceptions du corps et de la personne. Si la biomédecine s'intéresse principalement au corps biologique, les religions comme l'Umbanda, qui fondent leur pratique dans la croyance en la possession par des esprits des morts, admettent aussi la présence d'un corps énergétique et spirituel. Ainsi, le corps malade est double : un corps biologique sur lequel la biomédecine est en droit d'intervenir et un corps spirituel qui est l'objet d'intervention des cultes de possession. Le recours aux médicaments n'est toutefois pas complètement évacué, mais leur usage ne saurait se passer d'une intervention complémentaire recourant à une pharmacopée traditionnelle et soutenue par des pratiques rituelles complexes.

**Laplante, Julie** Anthropologie, Université de Montréal, Canada.

***Le médicament préventif humanitaire par excellence : la société qui s'exprime à travers son (non) recours au vaccin.***

Les anthropologues de la santé sont impliqués dans les pratiques d'intervention internationale depuis leurs tout débuts. Du décryptage de codes culturels au social marketing, l'anthropologie de la santé s'est développée en une étude plus critique de la biomédecine. J'adopte une telle perspective dans mon ethnographie multi-site des formes de savoirs et de pratiques qui entourent la biotechnique clé de santé globale pour prévenir ou contrôler les épidémies. Je propose une revue des bio-politiques de la vaccination telles qu'elles émergent à travers une étude de cas de la manière par laquelle les vaccins sont internalisés (ou non) à l'intérieur de réalités locales de différents groupes d'acteurs concernés par l'hépatite C au centre-ville de Montréal (Canada). Je défends la thèse que les savoirs/croyances locales en santé provenant de l'expérience avec la vaccination et avec des techniques immunitaires parallèles, indiquent des changements plus larges en science et dans nos relations avec la science et que ces tendances sociales et culturelles ont l'avantage d'être prises en considération dans le contexte d'épidémies contemporaines.

**Marie-Ève Blanc**, Université de Montréal, Canada.

***Pluralisme médicamenteux au Vietnam : aspects culturels, politiques et institutionnels.***

Problématique : Un des problèmes principaux dans la prise en charge du VIH/sida au Vietnam fut l'absence de médicaments appropriés, efficaces et accessibles. Curieusement même la médecine traditionnelle vietnamienne ne s'est pas adaptée, ni n'a développé de produits spécifiques. Pourtant,

l'OMS favorise et incite les thérapeutes traditionnels à participer et à proposer des solutions et pas seulement pour des soins complémentaires ou palliatifs. Parfois même on a pu observer des attitudes plutôt répressives de la part des autorités vietnamiennes à l'égard d'un médicament traditionnel qui n'était pas passé par l'*evidence based medicine*. Par contre, contrairement à la Chine, le Vietnam s'est orienté vers une production locale de génériques pour répondre aux besoins locaux et baisser le coût de la prise en charge du VIH.

**Méthodologie :** À l'aide d'une analyse de contenu de la presse vietnamienne sur le sujet nous tenterons de comprendre les enjeux politiques, économiques et culturels derrière le faible développement de médicaments traditionnels dans le cadre de la prise en charge du VIH/sida.

**Résultats :** Nous montrerons que l'occidentalisation pendant la période coloniale, l'ouverture du pays depuis le début des années 1990, la globalisation (vue ici comme la multiplication des échanges avec les pays occidentaux et l'intégration du Vietnam au reste du monde et à l'ASEAN) et la chaîne de production du *biomédicament*, sont en train de modifier les pratiques de pluralisme médicamenteux voire même de la culture, la politique nationale, l'identité du pays, avec des implications à plus ou moins long terme sur les pratiques populaires en matière de soins de santé.

**Joseph-Josy Lévy**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada, **Mylène Fernet**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada, **Lyne Massie**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada **Isabelle Toupin**, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, **Joanne Otis**, département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. UQÀM, Canada **Johanne Samson**, Centre Maternel et Infantile sur le Sida (CMIS), Hôpital St Justine, **Normand Lapointe**, Centre Maternel et Infantile sur le Sida (CMIS), **Trottier Germain**, Ecole de service social, Université Laval, **Robert Bastien**, Laboratoire d'écologie humaine et sociale, Direction de la santé Publique de Montréal-Centre, **Marie Harerimana**, CRISS (Centre d'intervention en Santé Sexuelle), **Marlène Rateau**, GAP-vies, **Marc Boucher**, CHU mère enfant, hôpital Ste-Justine.

**Traitements antirétroviraux et pratiques thérapeutiques complémentaires chez des femmes montréalaises vivant avec le VIH/SIDA.**

Comme l'ont montré de nombreuses études, le recours aux traitements antirétroviraux peut s'accompagner de thérapies complémentaires. Dans cette perspective, nous explorerons les types de thérapies complémentaires chez un groupe de femmes de Montréal. Cette étude qualitative a été réalisée auprès de 42 femmes vivant avec le VIH (13 d'origine québécoise, 12 d'origine haïtienne, 17 d'origine africaine) dont 30 sont sous traitement antirétroviral. Le matériel recueilli a été codifié à l'aide du logiciel Atlas-ti et traité selon la méthode d'analyse de contenu thématique. Des représentations ambivalentes se dégagent du discours des participantes. Si plusieurs rejettent tout traitement complémentaire, privilégiant l'approche biomédicale dominante, d'autres, moins nombreuses, suite à des informations provenant de source diverses, ont recours à des traitements alternatifs ou complémentaires (à base de fruits ou de plantes, ostéopathie, massages, médecines douces, acupuncture). L'usage de ces thérapies complémentaires ne semble pas associé à des convictions bien ancrées mais obéit plutôt à des agencements variant dans le temps et visant à maintenir la santé, à tendre vers la guérison, à améliorer les réponses immunitaires, à réduire les effets secondaires des thérapies antirétrovirales et à contribuer à un plus grand bien-être personnel et une meilleure qualité de vie. Ainsi les motifs sous-jacents à l'usage de thérapies complémentaires soulignent les limites d'une perspective thérapeutique envisagée seulement d'un point de vue biomédical.

**Virginie Vinel Long**, Université Paul Verlaine, Laboratoire 2L/2S, Metz, France.

**Pluralisme thérapeutique de femmes françaises en période de ménopause.**

La présente communication repose sur une enquête qui a débuté en 2002 auprès de femmes âgées entre 45 et 68 ans résidant en France. Des entretiens approfondis et répétés font le socle de l'étude. Une observation flottante et l'analyse de documents de vulgarisation médicale francophones et des discussions sur un forum français sur la ménopause complètent ces entretiens.

La question de départ de la recherche porte sur l'interprétation que ces femmes font de la ménopause : comment insèrent-elles cet événement (en est-ce un ?) dans l'histoire de leur corps, mais aussi leur histoire sociale et familiale. Ce questionnement procède d'une démarche de déconstruction de la ménopause en tant que phénomène univoque et universel, initiée par les

chercheuses américaines et canadiennes, et comme marqueur de changement de statut tel que les ethnologues l'ont longtemps considéré.

Dans les récits recueillis, les médecins jouent des rôles prépondérants dans la définition de la ménopause et dans les thérapeutiques suivies. Toutefois, d'une part, les femmes consultent plusieurs catégories de médecins et comparent leurs points de vue et leurs recommandations. D'autre part, les avis médicaux s'insèrent dans une multiplicité de sources d'informations, qui produisent nombre d'interrogations de la part de ces femmes, dans le contexte de remise en question des THS. Cette profusion de sources conduit également à des modes de médications pluriels, segmentés, successifs ou simultanés. Les femmes opèrent une sorte de « bricolage » avec les données et les perceptions qu'elles possèdent en des temps différents.

**Groleau, Danielle**, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Institut de recherche médicale Lady Davis, Hôpital Général Juif-SMBD. Montréal, Québec, Canada.  
***Culture et rationalité : représentation de l'infarctus et de l'adhérence à la médication chez les Canadiens-français .***

Notre étude a cherché à porter un regard anthropologique sur le problème de l'observance à la médication chez 51 patients canadiens français. *Méthodologie* : nous avons analysé les récits de patients interviewés à un mois post-infarctus pour explorer le sens et les façons de raisonner en lien avec leur infarctus et leur adhérence à la médication. *Résultats* : Les raisons évoquées par les patients pour expliquer leur adhérence ou non à leur médication sont superficielles, rationnelles et peu concluantes. Mis à part le fait que près du quart reconnaît le rôle joué par l'hérédité, la majorité a lié leur infarctus au stress, aux épreuves et aux traumatismes familiaux accumulés au long de leur vie. Leurs récits ont révélé que le cœur comme organe est perçu collectivement comme un contenant où s'accumulent les chocs de la vie, les traumatismes, les émotions négatives et intenses qui lors d'un trop plein, finissent par le briser d'où l'infarctus. Le cœur est dès lors expérimenté comme un organe davantage symbolique que biologique. Et l'infarctus est narré comme la métaphore d'une vie de détresse qui doit changer de trajectoire. Dès lors la métaphorisation de l'expérience va au delà de l'infarctus lui-même et peut même être utilisé comme un idiome de détresse culturellement cautionné. *Conclusion* : L'infarctus raconté par la vaste majorité de ceux qui adhéraient à leur médication a été vécu comme un rite de passage au sens anthropologique du terme qui a donné lieu à un changement d'identité et à une transformation des valeurs.

**Christine Thoër-Fabre, Francine Dufort, Louise Beaulac-Baillargeon, Catherine Garnier**, Programme de recherche concertée sur la chaîne du médicament, GEIRSO, UQÀM.  
***Représentations de médecins français et québécois à l'égard de l'hormonothérapie et des phytoestrogènes.***

En juillet 2002, une étude américaine, la Women's Health Initiative (WHI) a mis en évidence une augmentation significative des risques de cancers du sein, des accidents cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux chez les femmes traitées par oestroprogestatifs pendant 5 ans (Roussouw, 2002). Ces résultats ont fait l'objet d'une large couverture médiatique tant en France qu'en Amérique du Nord, suscitant un débat d'experts et entraînant une modification des pratiques de prescription et de consommation des traitements hormonaux de substitution. Parallèlement, l'utilisation des phytoestrogènes pour le traitement des troubles de la ménopause gagnait en popularité auprès des femmes. Comment les médecins ont-ils interprété les résultats de la WHI ? Leurs représentations de l'hormonothérapie et des phytoestrogènes s'en sont-elles trouvées modifiées ? Enfin, quel a été l'impact de la crise entourant la publication de la WHI sur leur pratique et sur la relation médecin-patient ? Cette communication, basée sur 20 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins omnipraticiens et de gynécologues, en France et au Québec, explorera ces questions. L'analyse met en évidence une forte convergence au niveau des pratiques de prescription mais révèle des différences concernant les représentations des risques associés aux différents traitements. De plus, l'épisode de la WHI ne semble pas avoir été vécu de la même manière par les médecins dans les deux pays. Ces différences semblent essentiellement liées aux contextes socioculturels, et notamment à la façon dont sont organisées les professions et la prise en charge de la ménopause dans chacun des pays.