

Université de Montréal

**L'usage des produits de santé naturels par les individus  
de 18 à 34 ans au Québec: pratiques, motivations et représentations**

par Thi Lieu Trinh Phan

Département de sociologie  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.)  
en sociologie

Avril 2018

© Thi Lieu Trinh Phan, 2018

## Résumé

De plus en plus de Canadiens consomment des produits santé naturels (PSN) au Canada. Au Québec, les médecins et les pharmaciens s'inquiètent de cette consommation, qui ne cesse de grimper, à cause entre autres des risques d'interactions avec les médicaments et mettent régulièrement en garde les Québécois contre les PSN. Malgré ces avertissements, la consommation des PSN ne baisse pas, et elle s'étend dans la population, surtout chez les jeunes personnes de 18 à 34 ans, qui sont pourtant généralement en santé. Ce mémoire de maîtrise cherche ainsi à connaître et à comprendre les raisons pour lesquelles les Québécois de 18 à 34 ans consomment des PSN, leurs pratiques, leurs motivations et leurs représentations des PSN.

Afin de comprendre cet engouement des PSN chez les 18-34 ans, une enquête sociologique a été menée auprès de 14 individus (8 femmes et 6 hommes) consommateurs de PSN au Québec. L'enquête s'est faite sous la forme d'entretiens semi-directifs, où les participants expliquent le contexte de leurs usages des PSN, les raisons qui les ont amenés à recourir à ces formes de thérapies ainsi que ce que les PSN représentent pour eux. Les résultats ont ensuite été codifiés et analysés dans le logiciel Dedoose.

L'analyse révèle que si les limites du système de santé constituent les premières raisons incitant vers l'usage des PSN, ce sont les impacts des relations sociales avec l'entourage et le milieu de l'utilisateur qui déterminent si celui-ci continue ou non de consommer les PSN. Ces impacts sont fortement influencés par les différentes représentations de la santé, de la maladie et de la thérapie que les usagers adoptent au cours de leur expérimentation des PSN, et où les preuves scientifiques pèsent peu devant l'impact du poids des relations sociales et des représentations symboliques des PSN.

**Mots-clés** : médecine alternative et complémentaire (MAC), produits de santé naturels (PSN), alicament, nutriment, automédication, représentations du médicament, représentations symboliques de la santé, de la maladie, de la thérapie, croyances de la santé, médecine de la compassion

## **Abstract**

More and more Canadians are consuming natural health products (NHPs) in Canada. In Quebec, doctors and pharmacists are worried about this consumption, which continues to climb, because of the risk of interactions with drugs and regularly warn Quebecers against NHPs. Despite these warnings, NHP consumption is not declining and is even expanding in the population, especially among young people aged 18 to 34, who are generally healthy. This Master's thesis seeks to know and understand the reasons why Quebecers aged 18 to 34 consume NHPs, their practices, their motivations and their portrayals of NHPs.

To understand the craze of NHPs among the 18-34 year olds, a sociological survey was conducted among 14 individuals (8 women and 6 men) who use NHP in Quebec. The survey was conducted in the form of semi-structured interviews, where participants explain the context of their uses of NHPs, the reasons that led them to use these forms of therapy, and what NHPs represent for them. The results were then coded and analyzed in the Dedoose software.

The analysis reveals that if the limits of the health system are the first reasons for the use of the NHPs, it is the impacts of the social relations with the environment of the user which determine whether it continues or not to consume NHPs. These impacts are strongly influenced by the different symbolic representations of health, illness and therapy that users adopt during their experimentation of NHPs, and where scientific evidence weighs little on the impact of the weight of social relationships and symbolic representations of NHPs.

**Keywords** : complementary and alternative medicine (CAM), natural health products (NHP), nutraceutical, self-medication, drug representations, symbolic representations of health, illness and therapy, health believes, medicine of compassion

# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>iii</b>
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des sigles.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
<b>Remerciements</b> .....	<b>xi</b>
<b>Avant-propos</b> .....	<b>xii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>14</b>
Mise en contexte.....	16
Définitions et statistiques.....	16
Les médecines alternatives et complémentaires au Québec.....	17
L’histoire de la santé naturelle au Québec : origine et représentations.....	19
Jean-Marc Brunet et les origines de l’histoire de la santé naturelle.....	19
Adrien Gagnon et la représentation des produits de santé naturels.....	21
<b>1. PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>23</b>
1.1 La crise de désuétude de la biomédecine.....	23
1.2 Le scepticisme envers le système de soins conventionnels.....	26
1.3 Le charme de la « médecine alternative » hier et aujourd’hui.....	29
1.4 La pratique des médecines alternatives.....	30
1.4.1 La médecine du bas de la population.....	30
1.4.2 Le profil des consommateurs.....	32
1.4.3 L’importance de l’intégralité et de la singularité des individus.....	33
1.4.4 Le pouvoir d’autoguérison du corps.....	35
1.4.5 La résonance des valeurs symboliques.....	36
1.5 Le pluralisme de la santé.....	39
1.5.1 L’attrait des produits de santé naturels.....	39
1.5.2 Le « magasinage » thérapeutique et le pluralisme de la santé.....	41
<b>2. CADRE CONCEPTUEL</b> .....	<b>44</b>
2.1 La santéisation : la moralisation de la santé.....	44
2.1.1 La santé comme une nouvelle vertu morale.....	44

2.1.2 La santé comme un nouveau devoir social .....	45
2.2 La biosocialisation et les normes de la performance sociale .....	48
2.2.1 La responsabilisation de sa santé .....	48
2.2.2 La stigmatisation de l'impératif de la santé .....	50
2.3 L'autocontrôle de la santé .....	52
2.3.1 La résistance aux normes établies .....	53
2.3.2 L'automédication .....	54
2.3.3 Le pouvoir d'agir sur sa santé et ses revers .....	58
2.3.4 Le pouvoir thérapeutique des croyances .....	61
<b>3. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>65</b>
3.1 Le recrutement des participants .....	66
3.2 Les participants .....	68
3.3 La collecte des données .....	70
3.4 L'analyse des données .....	72
<b>4. ANALYSE .....</b>	<b>74</b>
4.1 Présentation des expériences de consommation des PSN .....	74
4.2 Les usages des produits de santé naturels .....	80
4.2.1 PSN: entre « aliment » et « médicament » .....	80
4.2.2 Traiter un problème de santé .....	86
4.2.3 Atteindre, maintenir ou rétablir un état de bien-être .....	90
4.2.4 Prévenir des problèmes de santé .....	93
4.2.5 Améliorer la qualité de vie ou maximiser ses capacités .....	96
4.2.5.1 L'amélioration de l'apparence physique .....	98
4.2.5.2 L'optimisation des facultés cognitives .....	101
4.2.5.3 Les pressions sociales de la performance .....	104
4.2.5.4 La quête de la « fonctionnalité » .....	106
4.3 Automédication, (in)efficacité et risques .....	110
4.3.1 L'autonomisation de l'automédication .....	110
4.3.2 La validation de l'(in)efficacité des PSN .....	113
4.3.3 La gestion des risques .....	119
4.4 Médecin et médicaments .....	126
4.4.1 La résistance et méfiance envers le médecin .....	126
4.4.2 La réticence face aux médicaments .....	132
4.4.3 L'usage concomitant de médicaments et de PSN .....	137
4.5 Le pluralisme de la santé : « Ça devient normal. » .....	138
<b>5. DISCUSSION .....</b>	<b>143</b>
5.1 La santé morale .....	143

5.2 Les croyances et les logiques rationalisées .....	147
5.2.1 L'impact des représentations symboliques .....	153
5.2.2 Les savoirs rationalisés de la culture populaire .....	155
5.2.3 Les logiques rationalisées et les croyances .....	157
5.3 Les conflits des perceptions et des interprétations symboliques .....	160
5.3.1 Les médicaments entre soins de santé et mode de vie .....	160
5.3.2 Le PSN, un « médicament social » .....	165
5.3.2.1 Les relations avec les autres .....	165
5.3.2.2 Les relations avec soi-même.....	168
5.4 L'autonomisation et la délégation de sa santé .....	170
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>176</b>
Pistes de réflexion : Le conformisme innovateur en santé .....	176
Le besoin d'avoir des options alternatives de soins.....	177
L'innover des conformités (normalisantes) de la santé .....	179
Le PSN entre corps et temporalité .....	182
La « médecine de la compassion » .....	184
Retour à la question de recherche .....	186
<b>Mots de la fin .....</b>	<b>i</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>ii</b>
<b>ANNEXE I : Lettre de présentation.....</b>	<b>xii</b>
<b>ANNEXE II : Guide d'entretien.....</b>	<b>xiii</b>
<b>ANNEXE III : Affiche de recrutement .....</b>	<b>xv</b>

# Liste des tableaux

**Tableau 1: Tableau des participants ..... 68**

## Liste des figures

<b>Figure 1: Adrien Gagnon dans les années 40 .....</b>	<b>22</b>
<b>Figure 2: Global food market growth about the nutraceuticals .....</b>	<b>40</b>
<b>Figure 3 : Types de stratégies de recours aux médicaments des personnes âgées .....</b>	<b>163</b>



## Liste des sigles

ACIA : Agence canadienne d'inspection des aliments

DPSNSO : Direction des produits de santé naturels sans ordonnance

LCS : Locus de contrôle de la santé

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

OMS : Organisation mondiale de la Santé

NPN : Numéro de produit naturel (Natural Health Product Number)

PSN : Produits de santé naturels

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère

## Liste des abréviations

Et al. (et alli et al): et les autres (coauteurs)

Etc. (et cetera) : et les autres

*Kính gửi cho ba,  
Kính gửi cho mẹ, đã qua đời vì bệnh nặng ung thư\*,  
Chi.*

*\*À mon père,  
À ma mère, décédée d'un cancer,  
Chi.*

## Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide et les rencontres inspirantes de plusieurs personnes au cours des dernières années, ce dont je tiens à les remercier.

Tout d'abord, je remercie madame Laurence Monnais-Rousselot de m'avoir introduit aux médecines traditionnelles asiatiques, et surtout à la médecine traditionnelle vietnamienne. Sans elle, je n'aurais pas pris connaissance de l'existence de l'engouement pour les médecines traditionnelles non conventionnelles.

Ensuite, je remercie Caroline Robitaille et Stéphanie Collins ainsi que les autres membres de l'équipe du MÉOS, qui m'ont supporté d'une façon ou d'une autre, que ce soit financièrement, moralement ou par des divers conseils et suggestions.

Je remercie Muriel Ide pour son support moral amical et inspirant. C'est en grande partie grâce à elle que j'ai pu faire la rencontre de personnes inspirantes, qui ont contribué à l'enrichissement de ce projet de recherche.

Bien sûr, je ne pas pas oublier madame Christine Hébert pour la révision du français.

Tout particulièrement, je remercie madame Johanne Collin, ma directrice de recherche, de m'avoir guidée non seulement pour la réalisation de ce mémoire, mais aussi de m'avoir appris à croire en mes capacités.

Trên hết, con cảm ơn ba đã ủng hộ con, theo cách của ba, cho dù ba đã phản đối dự định này vào lúc ban đầu\*.

*\*Et surtout, je remercie mon père de m'avoir soutenu, à sa manière, malgré qu'il se soit opposé à ce projet au départ.*

## **Avant-propos**

Premier cycle du secondaire : j'étais un exemple confirmé du stéréotype de la minorité asiatique modèle, avec une moyenne générale de 90 %. Vers le 4<sup>e</sup> secondaire, j'ai reçu le diagnostic d'une dépression équivalente à celle d'un homme de 30 ans, ce qui m'a obligée à prendre des antidépresseurs. Ma vie a été complètement chamboulée par après et mes résultats scolaires ont fait une chute catastrophique. La conseillère en orientation au secondaire m'a fortement découragé de songer à poursuivre des études universitaires et la conseillère au cégep m'a vivement encouragé de ne songer qu'à n'entreprendre tout au plus qu'un diplôme d'études professionnelles. J'ai frôlé d'échouer mes études secondaires, collégiales et même universitaires.

Pendant sept ans, j'ai valsé d'un antidépresseur à un autre à cause des différents effets secondaires de chaque médicament (nausée, somnolence, pertes de concentration et de mémoire, sentiments de fatigue et faiblesse, instabilité d'humeurs, fréquents réveils au milieu de la nuit pour pleurer sans raison, pensées suicidaires, etc.) pour finalement m'arrêter sur celui dont les effets secondaires étaient les moins handicapants, mais néanmoins dommageable pour la concentration et la mémoire, le tout ponctué de rechutes répétitives et à des intervalles de plus en plus courts entre chaque rechute.

Après la 4<sup>e</sup> rechute, mon docteur m'annonce : « Tu dois prendre les antidépresseurs jusqu'à la fin de tes jours. » J'étais dévastée. Je prenais déjà six pilules brunes et trois pilules roses par jour, soit l'équivalent de 21 petites pilules roses au quotidien, et cette dose augmentait aux intervalles de cinq mois.

À cause des coûts élevés des médicaments et l'augmentation faramineuse de l'assurance médicaments familiale, mon père m'a un jour demandé d'expliquer mes factures de médicaments. J'ai avoué avoir reçu le diagnostic d'une maladie mentale et que j'étais condamnée à devoir prendre des médicaments jusqu'à la fin de mes jours. Je n'avais jamais parlé à ma famille de ma condition depuis que j'ai reçu le diagnostic. Mon père est sorti de ma chambre sans prononcer un mot.

Pendant plusieurs semaines, mon père a fouillé de vieux livres de médecines traditionnelles vietnamienne et chinoise, communiqué avec la famille, des amis et des

connaissances qui sont éparpillés ici et là dans la communauté, du Vietnam aux États-Unis, en passant par l'Alberta et la Colombie-Britannique jusqu'en Australie, et même réussi à se perdre au Japon. Et un jour, il m'a forcée à venir avec lui dans une petite clinique perdue quelque part au milieu de Montréal pour consulter un praticien de médecine chinoise.

Le praticien était une Chinoise d'âge incertain, qui était incapable de communiquer en français ou en anglais, et encore moins en vietnamien, mais elle avait un traducteur qui pouvait parler un *chinglish* brisé. La séance de consultation se passait en jouant à quatre un jeu de chaises musicales linguistiques pour se terminer avec une facture de 800 \$ pour deux mois d'herbes médicinales chinoises.

Pendant ces deux mois, je devais prendre tous les jours des concoctions brunâtres, visqueuses, nauséabondes, immondes, hyper amères et qui me donnaient des nausées. Cependant, après ces deux mois cauchemardesques, je n'avais plus besoin d'aucun médicament. Ni pharmaceutiques ni chinois.

Effets placebo d'immondices chinoises? Dépression qui a atteint son terme? Ou antidépresseurs qui ont enfin fait leurs effets? D'autre part, mes difficultés académiques ont coïncidé avec les années que j'étais sous médication, ce qui m'a amené à me demander si c'était moi qui avait des facultés intellectuelles inaptes à faire des études académiques ou était-ce que c'était un effet secondaire des antidépresseurs? Que des questionnements sans réponse.

Après trois ans perpétuellement hantée par ces questions, je suis retournée aux études, en études est-asiatiques, pour ne regarder que les médecines alternatives (et pour me fournir en compétences langagières chinoises pour éviter d'autres éventuelles séances de jeu de chaises musicales linguistiques). Médecines traditionnelles vietnamienne, chinoise, ayurvédique, cambodgienne, thaïe, japonaise, et même coréenne, j'ai terminé mon bac sans trouver une réponse à mes questions. J'ai décidé de continuer à chercher pour trouver une réponse aux études supérieures, en sociologie, avec les médicaments naturels comme sujet de recherche. Ce mémoire est le résultat qui découle de ces questionnements.

## INTRODUCTION

En 1994, les produits de santé naturels (PSN) sont accessibles au Canada comme une sous-catégorie des produits alimentaires en tant que produits alimentaires complémentaires (Gouvernement du Canada, 2004). Depuis 2004, à la demande de la population canadienne, les PSN sont régis par la Direction des produits de santé naturels et sans ordonnance (DPSNSO) pour assurer la protection des consommateurs canadiens de PSN (Santé Canada, 2014). Et en 2011, Santé Canada a mené une enquête pancanadienne sur la consommation des PSN au Canada (Santé Canada, 2011).

L'enquête a constaté que 73 % des Canadiens sont des consommateurs de PSN. Par rapport aux années précédentes, les Canadiens sont plus familiers avec les PSN en 2011 (39 %) qu'en 2005 (36 %). Parmi ces consommateurs, 82 % sont âgés entre 18 à 34 ans. Ceux-ci sont par ailleurs les plus connaisseurs à propos des PSN. Enfin, 66 % des Québécois sont des usagers de PSN et les 18 à 34 ans composent 36 % des consommateurs.

La consommation grandissante des PSN au Québec inquiète les professionnels de la santé à cause des effets indésirables et des risques d'interactions avec les médicaments, ce pourquoi le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec se sont joints pour mettre les Québécois en garde contre les dangers potentiels des PSN en insistant sur l'urgence de parler à leur médecin de leur consommation de ces produits (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2011). Et pourtant, malgré cette mise en garde, les Québécois continuent de consommer les PSN sans informer leur médecin ou leur pharmacien.

Ce qui nous amène alors à nous poser la question, qui constitue aussi la question de recherche de ce mémoire : Pourquoi les Québécois consomment des produits de santé naturels? En particulier les 18-34 ans, dont l'âge ne laisse pas supposer qu'ils pourraient être des consommateurs de produits de santé.

Ainsi, l'objectif du mémoire vise à comprendre les motivations et les perceptions de ces consommateurs sur les PSN, ce qui inclut aussi de connaître leurs positions face au système de santé conventionnel, en particulier face aux médicaments pharmaceutiques.

Dans un premier temps, nous prendrons le temps de poser une mise en contexte de la situation des PSN au Canada pour connaître les définitions et des statistiques de consommation et suivit par la suite d'une brève historique de la santé naturelle au Québec.

Ensuite, nous enchaînons dans le chapitre 1 avec la problématique des médecines alternatives et complémentaires (MAC) en mettant de l'avant le contexte de l'engouement pour les médecines alternatives dans les pays occidentaux industrialisés, dont la crise de désuétude de la biomédecine, afin d'avoir un aperçu sur les consommateurs ainsi que les raisons, pragmatiques et symboliques, qui motivent leur consommation.

Par la suite, le cadre conceptuel du chapitre 2, par le biais des concepts de santéisation, de biosocialisation et d'autocontrôle de la santé, nous permettra de voir comment les valeurs modernes des sociétés occidentales influencent les comportements de consommation de la santé.

S'ensuit alors le chapitre 3 de la méthodologie, qui explique brièvement comment cette recherche a été effectuée (recrutement des participants, collecte des données) et qui dresse le portrait des participants et leurs expériences de la santé et de la maladie dans une approche sociologique.

S'enchaîne par après le chapitre 4 de l'analyse des résultats, où nous verrons comment les croyances et les représentations symboliques attribuées à la santé et à la maladie peuvent expliquer les choix des thérapies ainsi que la façon dont les usagers valident l'(in)efficacité de ces thérapies.

Enfin, nous revoyons de nouveau les concepts de santéisation, de biosocialisation et d'autocontrôle de la santé dans le chapitre 5 de la discussion, mais dans la perspective des usagers de PSN.

Et finalement, nous arrivons à la fin du mémoire avec le chapitre de la conclusion, qui commencera tout d'abord des pistes de réflexions à suggérer pour d'éventuelles futures études sur les PSN pour enfin clore sur le retour à la question de recherche et une brève vue générale des réponses qui ont été obtenues dans ce projet de recherche.



## Mise en contexte

### Définitions et statistiques

Ainsi dit, commençons tout d'abord avec une mise en contexte de la consommation de PSN au Canada et une brève historique de la santé naturelle au Québec.

Que sont les PSN au Canada? Selon la DPSNSO (Ministère du Développement économique de l'Innovation et de l'Exportation, 2010; Santé Canada, 2003), les PSN sont des produits qui sont définis comme des substances qui contiennent des ingrédients d'origine naturelle comme :

- Les remèdes traditionnels (médecine chinoise, ayurvédique, etc.);
- Les remèdes homéopathiques;
- Les produits qui contiennent ou qui sont fait à base de :
  - Plantes ou matières végétales, algues, bactéries, champignons ou matières animales;
  - Extraits ou isolats d'une substance mentionnée ci-dessus;
  - Vitamines A, B6, B11, C, D, E, K1, K2, biotine, folate, niacine, riboflavine, thiamine, acide pantothénique, acide aminé, acide gras essentiel;
  - Duplicats synthétiques de certains produits mentionnés ci-dessus;
  - Minéraux et probiotiques.

De plus, les PSN sont des produits qui sont fabriqués, vendus et présentés avec l'objectif de pouvoir servir :

- Au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique anormal ou de leurs symptômes chez l'être humain;
- À la restauration ou à la correction des fonctions organiques;
- À la modification des fonctions organiques, de manière à maintenir ou à promouvoir la santé.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, tous les PSN vendus au Canada sont assujettis au *Règlement sur les produits de santé naturels* (Santé Canada, 2003). C'est depuis l'homologation des PSN

que la consommation canadienne des PSN a augmenté, à un tel point que son engouement attire de plus en plus l'intérêt des chercheurs dans les domaines médicaux et pharmaceutiques.

Cela dit, il existe plusieurs façons de désigner les PSN à cause de leurs fonctions thérapeutiques se situant à la frontière entre un aliment et un médicament. Ils peuvent être des « aliments fonctionnels », des « alicaments », des « nutraceutiques », voire des « pharmafoods », des « vitafoods » et même des « cosmétofoods » (Martin, 2001). Ces dénominations varient selon les pays, les lieux et les tendances. Dans ce mémoire, nous garderons les dénominations de PSN, produits naturels, produits de santé naturels et alicaments.

## **Les médecines alternatives et complémentaires au Québec**

La consommation des PSN est une pratique des médecines alternatives et complémentaires (MAC). Avant d'entamer spécifiquement le sujet des PSN, qui ne représentent qu'une pratique parmi plusieurs MAC, il nécessite de regarder un peu ce que sont les MAC afin de mieux comprendre le rôle des PSN et leurs impacts sur les consommateurs.

Jusque-là, les MAC sont définies par la Collaboration Cochrane — une organisation non gouvernementale à but non lucratif indépendante dont le rôle est d'organiser les données de la recherche médicale pour faciliter les interventions en santé — par ce qu'elles ne sont pas, c'est-à-dire des thérapies pour compléter la médecine officielle. Ce sont des thérapies que la médecine conventionnelle ne fournit pas dans le cadre de sa pratique (Ernst, 2000; Ernst *et al.*, 1995) et qui ne sont pas enseignées dans les écoles de médecine et les hôpitaux aux États-Unis (Eisenberg *et al.*, 2001).

Du côté de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), elle définit les MAC comme la « somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales » (Organisation mondiale de la Santé, 2013, p. 15). Elles sont des « soins sont proches des gens et faciles d'accès et financièrement abordables », « culturellement acceptables » et auxquelles « un grand nombre

de personnes leur font confiance » (Organisation mondiale de la Santé, 2013, p. 16). Et à l'heure où « l'austérité est quasiment universelle » et où « les frais de santé explosent », elles deviennent plus séduisantes, car elles « appara[issent] également comme un moyen de faire face à l'inexorable montée de maladies chroniques non transmissibles » (Organisation mondiale de la Santé, 2013, p. 16).

Ce n'est que très récemment, depuis la dernière décennie, que les écoles de médecine ont commencé à inclure des formations de MAC dans leur cursus (Kessler *et al.*, 2001). Au Canada, les médecins sont préoccupés par les risques d'effets indésirables de l'usage des médecines alternatives en concomitance avec les traitements conventionnels et se montrent ouverts à l'inclusion des MAC dans l'éducation et la formation des médecins (Fries, 2005). Cependant, il y a encore de la résistance contre cette idée d'inclusion au Québec.

De plus, les MAC ne possèdent pas encore une dénomination unanimement reconnue à cause de leur position hétérodoxe face à la biomédecine. De la même manière que les PSN, qui sont désignés de toutes sortes de façons, les MAC ont aussi une panoplie de dénominations diverses, qui diffèrent selon les lieux et les pays (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Les MAC peuvent être désignées comme les médecines « traditionnelles », « complémentaires », « alternatives », « alternatives et complémentaires », « douces », « naturelles », « parallèles », « holistiques », « non conventionnelles », « non orthodoxes » (*unorthodox medicine*), « intégrales », « intégratives », des approches « alternatives », « complémentaires », « alternatives et complémentaires », des « soins intégratifs », des « remèdes folkloriques » (*folk remedies*), voire du « charlatanisme » (*quackery*), de l'« extravagance de charlatan », médecine « subversive », et même de la « fraude médicale » et de la « fraude sanitaire » (*health fraud*).

La profusion de ces dénominations dénote l'absence d'un consensus sur la nature et la reconnaissance des MAC (Boon, Verhoef, O'Hara, Findlay et Majid, 2004), mais révèle aussi le poids de l'intérêt que la population leur accorde, un poids tellement important que même les professionnels et les chercheurs de la santé ne peuvent plus ignorer.

En fait, les praticiens des médecines non conventionnelles rejettent le qualificatif « complémentaire », car ce dernier signifie que leurs pratiques relèvent des pratiques conventionnelles (Graz, Rodondi et Bonvin, 2011). Au Québec, la dénomination favorisée est

celle de la « médecine douce », puisqu'il existe une Commission des Praticiens en Médecine Douce du Québec depuis 1991. Pour ce mémoire, nous garderons la dénomination des médecines non conventionnelles, des médecines alternatives et des MAC.

Cela dit, le Québec s'est doté d'une commission des médecines alternatives en 1991, mais l'histoire des médecines alternatives au Québec remonte à beaucoup plus tôt dans l'histoire du Québec, soit dans les années 1960, pendant la Révolution tranquille.

## **L'histoire de la santé naturelle au Québec : origine et représentations**

### **Jean-Marc Brunet et les origines de l'histoire de la santé naturelle**

Il nous paraît intéressant de regarder brièvement l'histoire de la santé naturelle au Québec à partir de ses débuts afin de situer les origines d'où découlent certaines des représentations symboliques qui lui sont attribuées.

Dans les années 1960, le Québec entre dans sa phase de la Révolution tranquille et entreprend le « rattrapage » de sa modernisation (Linteau, Durocher, Robert et Ricard, 1989). À cette époque, le Québec se lance avec frénésie dans une transformation intense et radicale de sa société pour rattraper le retard de sa modernisation par rapport aux autres provinces canadiennes. Son urbanisation et son industrialisation se faisaient à un rythme tellement effréné que Jean-Marc Brunet qualifie la modernisation du Québec comme un « culte de l'efficacité » « dégénérescen[t] », où « l'homme s'est soudainement vu plonger dans des sociétés où tout était conçu en fonction de la machine » (Brunet, 1969, p. 11, 12, 13).

Jean-Marc Brunet, un des précurseurs de la santé naturelle au Québec, utilise l'exemple des aliments transformés en usine pour critiquer cette industrialisation trop violente et trop intensive pour les Québécois. Il décrit cette alimentation de l'homme moderne comme une alimentation « dévitalisée » et « totalement dénuée de vitamines, de minéraux et d'enzymes » (Brunet, 1969, p. 32, 36) à cause entre autres de sa transformation en usine et d'ajout d'agents chimiques. Selon Jean-Marc Brunet, cette alimentation était devenue « tellement pauvre », que « le gouvernement oblige ses fabricants à lui ajouter des vitamines synthétiques, lesquelles ne

sont d'ailleurs pas assimilées normalement pour l'organisme » (Brunet, 1969, p. 33). Jean-Marc Brunet ajoute que cette alimentation moderne est « génératrice, non de santé, mais de maladies dégénératives » (Brunet, 1969, p. 33). C'est de là que Jean-Marc Brunet entame son mouvement pour la santé naturelle, le Mouvement Naturiste Social, fonde sa chaîne de boutiques spécialisées pour la vente des produits naturels, Le Naturiste, et fait propager les produits de santé naturels au Québec.

Jean-Marc Brunet a été invité par son ami Pierre Péladeau à devenir chroniqueur au *Journal de Montréal* (Pistard P264, (sans date)). Grâce à cela, Jean-Marc Brunet étend l'influence du Mouvement Naturiste Social sur tout le Québec. Ceci dit, le Mouvement Naturiste Social de Jean-Marc Brunet était avant tout un mouvement politique pour l'indépendance du Québec, mais il demeure que le mouvement soutient la défense de la santé naturelle et d'un mode de vie sain autour d'une alimentation saine, ce qui génère beaucoup de mécontentements à cette époque.

« À cette époque, pour faire homme, il fallait fumer, et pour faire viril, il fallait boire. » (*Le Journal de Montréal*, 30 août 2007, propos de Jean-Marc Brunet)

En même temps que Jean-Marc Brunet défend la santé au naturel, il critique et dénonce la médecine conventionnelle, qui était devenue selon lui « dangereusement malade » (Brunet, 1969, p. 47). Jean-Marc Brunet reconnaît que la médecine conventionnelle a fait des progrès phénoménaux avec ses avancements scientifiques, mais elle « invit[e] par milliers des maladies nouvelles » (Brunet, 1969, p. 47, citant Louis Scutnet, sans date). La médecine conventionnelle était devenue une médecine qui « cultive la maladie » (Brunet, 1969, p. 47, citant Jean Rostand, sans date).

## **Adrien Gagnon et la représentation des produits de santé naturels**

Jean-Marc Brunet a contribué à faire répandre la promotion de l'alimentation saine et de la santé naturelle, mais c'est Adrien Gagnon qui a propulsé l'essor des produits de santé naturels au Québec. Encore aujourd'hui, le nom d'Adrien Gagnon reste le plus connu dans le domaine des PSN québécois. C'est aussi Adrien Gagnon qui a contribué à répandre l'association des produits de santé naturels avec l'exercice et l'apparence physiques.

Adrien Gagnon est un amateur de culturisme. Dès les années 1940, il gagne sa vie en vendant des programmes et des produits pour la mise en forme. C'est ainsi qu'il a commencé à bâtir son empire pour la passion de la forme physique. En 1946, Adrien Gagnon fonde son magazine *Santé et développement*. Dans l'éditorial de son premier numéro, il a écrit « *Keep in mind that you have only one body and if you mistreat it you'll be condemned to live an unhappy life* » (« Garde en tête que tu n'as qu'un seul corps et que si tu le maltraites, tu seras condamné à vivre une vie malheureuse ») (*The Globe and Mail*, 6 juin 2011, extrait des propos d'Adrien Gagnon, traduction personnelle).

Dans les années 1970, après que le gouvernement oblige l'addition de vitamines et de minéraux dans les produits de substituts de repas, Adrien Gagnon lance sa gamme de produits NutriDiet et NutriBar, qui obtiennent un immense succès. Vers les années 1990, ces produits, qui composaient 80 % des revenus de l'entreprise d'Adrien Gagnon, ont été achetés par la compagnie pharmaceutique Searle. Adrien Gagnon lance alors ses produits de glucosamine contre les douleurs articulaires pour couvrir ces revenus et faisant ainsi répandre le nom d'Adrien Gagnon dans le reste du Canada.

Pour faire la publicité de ses produits de mise en forme, Adrien Gagnon utilisait sa propre photo comme image de promotion, photographie semblable à celle-ci-jointe en bas (Figure 1 : Adrien Gagnon dans les années 40).

**Figure 1: Adrien Gagnon dans les années 40**



Source : *La Presse*, 21 mai 2011, « Adrien Gagnon dans toute sa splendeur au début des années 40 »

Cette photographie d'Adrien Gagnon a grandement contribué à fait répandre au Québec l'idée populaire que les produits de santé naturels sont associés à l'entretien de l'apparence physique et du corps idéal. Cependant, l'engouement pour les médecines alternatives dans le siècle moderne ne se résume plus à de simples questions de la forme et de l'apparence physique, mais aussi à des préoccupations de santé.

Cela dit, cette association des PSN avec l'entretien de l'apparence physique va grandement contribuer à répandre certaines représentations des PSN, qui ne sont pas nécessairement à leur avantage. Nous verrons cela un peu plus en détails plus tard. Pour l'instant, regardons d'abord comment l'engouement des MAC, dont les PSN ne constituent qu'un volet parmi d'autres, a émergé dans les pays industrialisés depuis les dernières décennies.

# 1. PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous allons regarder comment l'engouement pour les médecines alternatives a émergé dans les sociétés occidentales, qui sont ces usagers ainsi que ce que les médecines alternatives représentent pour eux.

## 1.1 La crise de désuétude de la biomédecine

Pour plusieurs chercheurs, l'engouement pour les médecines alternatives s'explique par plusieurs facteurs, le premier étant l'insatisfaction face à la médecine conventionnelle. Selon eux, la biomédecine et le système de soins conventionnel sont trop désuets pour répondre adéquatement aux besoins modernes de la santé.

En 1979, Thomas McKeown a déclaré que la médecine conventionnelle ne mérite pas les crédits qu'elle clame mériter :

Medicine was far better organized to deliver high-tech services for acute care than preventive medicine for the masses, and that, in any case, medicine deserved far less credit for the historic increases in life expectancy than the profession was want to claim. (Nye, 2003, p. 116, référant à Thomas McKeown, 1979)

Comme Thomas McKeow, plusieurs chercheurs s'accordent pour dire que la biomédecine est en crise (Anyinam, 1990; Astin, 1998; Christensen, Bohmer et Kenagy, 2000; Fries, 2005, 2008; Furnham et Bhagrath, 1993; Goldstein, 2000; Jonas, 2000; Kelner, 2000; Lupton, 1995; McGregor et Peay, 1996; Nye, 2003; Sirois et Gick, 2002; Snyderman et Weil, 2002; Suissa, Castillo et Blanchet, 2016). Christensen *et al.* (2000) ont fait ce constat de l'industrie médicale aux États-Unis :

Health care industry is in crisis. Prestigious teaching hospitals lose millions of dollars every year. Health care delivery is convoluted, expensive, and often deeply dissatisfying to consumers. Managed care, which evolved to address some of these problems, seems increasingly to contribute to them—and some of the best managed-care agencies are on the brink of insolvency. We believe that a whole host of disruptive innovations, small and large, could end the crisis [...]. If the natural process of disruption is allowed to proceed, we'll be able to build a new system that's characterized by lower costs, higher quality, and greater



convenience than could ever be achieved under the old system. (Christensen *et al.*, 2000, p. 2)

Le système de soins biomédicaux est trop suranné pour se soutenir, ce qui crée un environnement propice à l'émergence de ce que Christensen *et al.* (2000) désignent comme des *disruptive innovations* (innovations perturbatrices). Ce que Christensen et ses collègues entendent par *disruptive innovations* sont les médecines non conventionnelles, les MAC, par le fait qu'elles dérangent le système conventionnel de soins. Pour ces chercheurs, les joueurs dominants du marché de soins ont perdu de vue l'objectif principal de la prestation des soins, car ils se sont trop concentrés sur l'« amélioration » de leurs services et de leurs produits, à un tel point que le simple usager ne sait plus comment pouvoir recourir à leurs services (Christensen *et al.*, 2000). Christensen *et al.* (2000) soulignent aussi que le système conventionnel demande aux médecins de prendre en charge des patients alors qu'ils n'ont pas été adéquatement formés pour s'occuper d'eux. Dans un discours prononcé en 2005 en utilisant un extrait d'un rapport de l'Institute of Medicine publié en 2001, David Eisenberg a déclaré :

A mess. We're in crisis. We've got to change [...]. The American health care delivery system is in need of fundamental change... The frustration levels of both patients and clinicians have probably never been higher. Yet the problems remain... Between the health care we have and the health care we could have lies not just a gap, but a chasm. Our present efforts resemble a team of engineers trying to break the sound barrier by tinkering with a Model T Ford. We need a new vehicle, or perhaps, many new vehicles. The only unacceptable alternative is not to change. (Fries, 2008, p. 359-360, propos de David Eisenberg, directeur de l'Osher Institute and Division for Research and Education in Complementary and Integrative Medicine d'Harvard, 2005)

Ces propos d'Eisenberg reflètent ce que Snyderman et Weil (2002) et Christensen *et al.* (2000) ont conclu sur le système médical nord-américain d'aujourd'hui, un système trop désuet pouvant difficilement faire face aux nouvelles demandes en soins de santé de cette ère postmoderne industrialisée :

The chassis is broken, and the wheels are coming off. This is a sad but accurate view of the American health care system that is shared by many physicians, nurses, hospital administrators, insurers, and payers and, most importantly, by the public. Even the prestigious Institute of Medicine has recently recognized serious dysfunctions in health care delivery. Ironically, just when decades of

biomedical research are beginning to pay miraculous dividends, public confidence in the medical establishment is eroding. The fundamental relationship between patient and physician is in danger of disintegrating as a rapidly widening gap grows between what many conventional health care providers deliver and what the public wants and needs. (Snyderman et Weil, 2002, p. 395)

Selon Christensen *et al.* (2000), la majorité des institutions de santé (écoles de médecine, groupes de médecins spécialistes, hôpitaux généraux, organisations de recherche) offrent des services qui dépassent le niveau des besoins réclamés par la vaste majorité des patients. Ces institutions tendent à ne se concentrer que sur l'objectif de répondre aux besoins les plus exigeants sur le plan scientifique, c'est-à-dire les besoins qui ont le potentiel de faire avancer les progrès de la science au-delà de ses limites actuelles, mais qui ne servent qu'à une infime partie de la population de sa clientèle. Les écoles de médecine et leurs programmes de formation produisent des spécialistes extrêmement agiles avec des capacités prodigieuses, mais n'ont pas été adéquatement formés pour faire face aux problèmes banaux (douleurs chroniques, maux de tête, insomnie, etc.) dont la grande majorité de la population est affligée au quotidien. Christensen *et al.* (2000) ajoutent même que ces diplômés n'ont juste pas été formés pour fournir des soins simples, commodes et peu coûteux (Christensen *et al.*, 2000). De plus, les médecins en soins primaires sont requis de faire le plus de consultations possible dans un délai de temps restreint pour conserver leur revenu, faisant en sorte qu'ils ne peuvent consacrer que quelques minutes à leurs patients, réduisant ainsi la qualité des soins (Christensen *et al.*, 2000).

Snyderman et Weil (2002) observent que la dégradation du système de médecine conventionnelle est en partie causée par l'organisation bureaucratique qui administre la distribution des services et des soins. Les demandes de documentation et de la productivité et les contraintes budgétaires érodent les relations médecin-patient, amenant les médecins à se mettre en position conflictuelle avec les besoins de leurs patients. Les médecins ne sont plus perçus comme des soignants, mais comme des personnes ne se préoccupant que de la maladie et non du rétablissement de la santé. D'un autre côté, près de 50 % des Américains dépensent plus en soins alternatifs qu'en soins conventionnels, ce qui choque et rend confus les professionnels de la santé, d'autant plus qu'ils sont frustrés par la ramification des services et

par leur incapacité à pouvoir s'occuper de leurs patients (Astin, 1998; Snyderman et Weil, 2002).

Snyderman et Weil (2002) estiment que le système de soins actuel risque de s'effondrer s'il ne peut plus répondre à la demande du public et de la profession. Ce que les auteurs entendent par « les demandes de la profession » représente l'insatisfaction des médecins eux-mêmes, qui conçoivent que c'est l'organisation du système qui les entrave dans la pratique de leur profession et qui les empêche de se soucier et de s'occuper de la santé de leurs patients. L'organisation bureaucratique des soins donne aux médecins l'impression de perdre leur autonomie et leur sentiment d'accomplissement en même temps qu'elle leur fait ressentir de la culpabilité de ne pas pouvoir aider leurs patients à vivre une meilleure vie en santé. Selon Snyderman et Weil (2002), l'engouement pour les MAC n'est pas seulement nourri par l'insatisfaction des consommateurs, mais aussi par la frustration des médecins à cause des changements dans la pratique de leur profession.

## **1.2 Le scepticisme envers le système de soins conventionnels**

Concernant l'insatisfaction envers la médecine conventionnelle, McGregor et Peay (1996) ont identifié trois catégories d'insatisfactions : 1) la remise en question de l'efficacité des soins (causée par de mauvaises expériences du passé ou des effets secondaires des traitements et des soins), 2) la mauvaise relation médecin-patient ou 3) la perte d'espoir d'obtenir la guérison pour des conditions spécifiques.

Les recherches antérieures sur les MAC ont souligné l'insatisfaction et le désenchantement généralisés et croissants envers la médecine des sciences dans la population (Anyinam, 1990; Astin, 1998, 2000; Furnham et Bhagrath, 1993; Goldstein, 2000; Jonas, 2000; Kelner et Wellman, 2000; McGregor et Peay, 1996; Sirois et Gick, 2002; Suissa *et al.*, 2016). L'objectif de la médecine scientifique qui est de « *[to] restor[e] people to productivity* » n'a pas évolué depuis des lustres (Furnham et Vincent, 2000, p. 26). En 1974, lors de la Première conférence sur l'histoire de la médecine au Brésil, Foucault (1974) avait déjà affirmé ceci :

On demandait à la médecine de donner à la société des individus forts, c'est-à-dire capables de travailler, d'assurer le maintien de la force de travail, son

amélioration et sa reproduction. On avait recours à la médecine comme à un instrument de maintenance et de renouvellement de la force de travail pour le fonctionnement de la société moderne. (Foucault, Première conférence sur l'histoire de la médecine, Rio de Janeiro, octobre 1974)

C'est dans cette perspective que Suissa *et al.* (2016) prônent que les MAC sont porteuses d'une signification sociale des dysfonctionnements et des limites de l'institution médicale conventionnelle.

Les consommateurs de santé de la société postmoderne remettent en question l'efficacité, l'expertise et la validité de la médecine scientifique (Furnham et Bhagrath, 1993; Furnham et Kirkcaldy, 1996). Pour eux, la médecine conventionnelle ne parvient pas à guérir ou, du moins, à apporter un soulagement aux problèmes de santé d'aujourd'hui (Furnham et Kirkcaldy, 1996; McGregor et Peay, 1996). La technologie médicale qui a fait des miracles face aux crises sanitaires et des maladies infectieuses – interventions médicales rapides et à court terme – semble impuissante face aux maladies modernes des sociétés occidentales comme l'arthrite, les maladies cardiaques, les maladies mentales, les cancers, l'hypertension, la dépression, l'insomnie et l'alcoolisme, soit les causes majeures de la morbidité dans les pays industrialisés. Ces problèmes de santé nécessitent habituellement des interventions à long terme ou en intermittence récidiviste (Anyinam, 1990; Furnham et Vincent, 2000), ce que la biomédecine ne priorise pas comme mode d'intervention. Face aux problèmes de santé chroniques ou aux maladies dégénératives, l'efficacité de la médecine conventionnelle est limitée (Astin, 1998; McGregor et Peay, 1996). Et lorsque les individus sont confrontés au désespoir de l'absence de guérison, ils sont laissés démunis, sans espoir de soulagement, de possibilité d'options alternatives de soins ou même du droit d'arrêter un traitement ou de « quitter » (Furnham et Vincent, 2000; Goldstein, 2004; McGregor et Peay, 1996). De plus, les individus n'ont pas l'impression que les médecins ont entendu leurs cris d'inquiétude sur l'invasion toxique des médicaments pharmaceutiques ou des effets secondaires de ces derniers, qui peuvent aggraver leurs problèmes de santé (Astin, 1998; Furnham et Vincent, 1996, 2000; Jonas, 2000).

L'approche scientifique trop technique et la dépendance trop axée ou trop prématurée sur les super technologies et les médicaments pharmaceutiques de la médecine conventionnelle,

qui se concentrent excessivement sur les symptômes et qui ne visent qu'à guérir et non à prévenir la maladie, amènent les individus à perdre confiance en la biomédecine, car ils considèrent que ces approches les privent de leur singularité et les dénuent de leurs dimensions émotionnelle, psychologique et spirituelle (Anyinam, 1990; Astin, 1998, 2000; Furnham et Vincent, 1996, 2000; Goldstein, 2000, 2004; McGregor et Peay, 1996; O'Connor, 2000). Voire, ils ont l'impression que les médecins ne semblent pas connaître leur métier comme il se doit, surtout en ce qui concerne les maladies et les problèmes de santé chroniques (Goldstein, 2000).

La médecine conventionnelle construit sa crédibilité sur son expertise des faits scientifiques. Pourtant, cette expertise est elle-même générée par l'observation de faits que les professionnels de santé ont eux-mêmes construits et élaborés : ils ne regardent que ce qu'ils veulent étudier et ne voient que ce qu'ils veulent observer. Jonas (2000) reprend une citation du livre *The Discoverers* de Daniel Boorstin pour décrire cette illusion du savoir médical :

Humans fool themselves by making exaggerated claims of truth, clinging to unfounded explanations and denying observations they cannot explain. (Jonas, 2000, p. xiv, citant Daniel Boorstin, 1983)

Du côté des usagers des MAC, ils considèrent que le système de santé conventionnelle est une organisation corporative, qui vise avant tout à maintenir son autonomie et sa domination des soins de santé plutôt qu'une instance publique dont la vocation est la consécration des soins de la santé aux individus (Goldstein, 2004, référant à Freidson, 1970), voire même que l'organisation du système limite l'accessibilité aux soins et aux services de santé (Goldstein, 2000).

Du point de vue financier, les dépenses des soins et les coûts pour entretenir le système sont trop dispendieux (Astin, 1998, 2000; Jonas, 2000). Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) couvre les soins de la santé, mais les dépenses de la santé pèsent de plus en plus lourd sur les finances publiques. Clavet *et al.* (2013) ont estimé que les dépenses en santé au Québec de 2013 à 2030 passeront de 42,9 à 68,9 % du budget public. C'est dans cette perspective que des solutions alternatives apparaissent attrayantes aux yeux de certains.

### **1.3 Le charme de la « médecine alternative » hier et aujourd'hui**

Ce qui est appelé « médecine alternative » existe déjà autrefois, mais n'est pas ce que nous la connaissons aujourd'hui. Aujourd'hui, les pratiques de la médecine holistique constituent la « médecine alternative » alors qu'il y a quelques décennies, surtout dans le contexte des pays du tiers-monde, c'était la médecine allopathique qui était la « médecine alternative ». La dénomination « alternative » n'est en fait qu'une construction sociale qui découle de la perspective des individus dans un lieu donné et dans un temps donné (Kelner, 2000). Ceci dit, qu'importe de quel type de médecine qui est mis en question, ce qui nous intéresse ici est le *charme* de la médecine dite « alternative ».

Autrefois, les médecines traditionnelles étaient inséparables des enchevêtrements sociaux avec la communauté dont un individu est membre (Van Der Geest et Whyte, 1989). Van Der Geest a étudié les pratiques médicales au Cameroun, où il a observé que la guérison d'un malade implique le rassemblement collectif de tous les individus de sa communauté, allant des aînés et des doyens de sa famille, des voisins du quartier ou de la communauté, des chefs spirituels pour ritualiser la maladie du malade en faisant des séances de divinations, des séances de confessions, des prières collectives, des sacrifices, des rites d'exorcisme, des chirurgies ou des consultations traditionnelles. De plus, il n'est pas possible d'outrepasser la dépendance au guérisseur du village pour identifier le mal, trouver les ingrédients et préparer le remède, soit toute une panoplie de thérapies qui place le malade dans les mains des autres individus de sa communauté.

Ainsi, c'est dans cette perspective que la médecine scientifique (alors dite « alternative » dans le contexte camerounais), incarnée sous la forme de la pilule pharmaceutique, apparaît comme une médecine plus commode. Cette médecine « alternative » libère l'individu de sa dépendance envers ses enchevêtrements sociaux de la famille et de la communauté, remet le pouvoir de guérison dans les mains de la personne malade tout en diminuant son assujettissement envers les fournisseurs de soins biomédicaux occidentaux. La clé du charme de la médecine « alternative » réside dans la tangibilité de sa thérapie, qui détache et libère le malade des lourdeurs des enchevêtrements sociaux (Van Der Geest et Whyte, 1989), qu'ils soient profanes ou professionnels.

Aujourd'hui, la biomédecine devient la médecine conventionnelle alors que les médecines non conventionnelles sont les médecines « alternatives ». Les recherches aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada ont observé que les médecines alternatives sont en résurgence lente, mais stable dans les sociétés occidentales industrialisées (Anyinam, 1990). Autrefois, la médecine scientifique charmait, parce qu'elle offrait ce que la médecine traditionnelle camerounaise ne pouvait offrir, c'est-à-dire la liberté et l'intimité pour la personne malade de se soigner elle-même. Aujourd'hui, ce sont les MAC qui offrent ce que la médecine conventionnelle a de la difficulté à offrir aux individus, entre autres la possibilité d'être considéré comme une personne entière dans sa singularité, et non simplement un symptôme ou une partie de son corps. Ce changement de valeurs, entre autres de la valorisation de son intimité à sa singularité, constitue des explications de l'engouement des MAC d'aujourd'hui. Nous verrons un peu plus tard comment les valeurs, les significations symboliques, les croyances et les représentations modernes de la santé et de la maladie influencent les choix thérapeutiques des individus.

## **1.4 La pratique des médecines alternatives**

### **1.4.1 La médecine du bas de la population**

Pour traiter la lourdeur et la complexité du système de soins conventionnels, Christensen *et al.* (2000) proposent de considérer la simplicité des MAC. Selon ces chercheurs, des solutions simples peuvent se montrer à la longue plus efficaces pour répondre à la demande de la majorité. Les MAC émergent du *bottom solid line* de la population (Christensen *et al.*, 2000, p. 2), ce qui fait qu'elles sont plus en mesure de mieux connaître les besoins de cette dernière en plus d'y répondre selon ses attentes.

Les MAC forment une culture médicale de nature *bottom up*, mais elles changent les structures de la culture d'en haut, soit celle de la biomédecine. Comme nous l'avons mentionné auparavant, la prolifération des dénominations des MAC témoigne de l'absence d'un consensus sur leur nature, mais dévoile en même temps le poids grandissant de son intérêt dans la population, sans compter qu'elles modifient les structures médicales actuelles (émergence de

cliniques de soins alternatifs, de groupes de recherche et de chercheurs militant pour l'inclusion des MAC dans les cursus universitaires de la formation des médecins, etc.).

De façon paradoxale, c'est l'avancement technologique trop sophistiqué de la médecine scientifique qui a favorisé l'émergence de l'engouement pour les MAC par la population. Dépassés par ces avancements, les individus se tournent alors vers des options qui leur apparaissent plus familières, plus proches d'eux et qui leur semblent pouvoir mieux répondre à leurs besoins. La prolifération de savoirs médicaux scientifiques a certes servi les intérêts des autorités médicales, mais elle a aussi servi pour les individus comme un outil de *power reversal*, selon les termes de Foucault, soit une arme de résistance contre la biomédecine (Nye, 2003, référant à Foucault).

Comment les individus utilisent-ils les MAC? Selon plusieurs chercheurs, les gens ont recours aux MAC pour les inconforts qui affectent négativement leur quotidien et pour lesquels ils souffrent depuis longtemps sans pouvoir trouver un soulagement dans les soins conventionnels (Astin, 2000; Kelner, 2000; Kelner et Wellman, 1997; Sirois et Gick, 2002). Ces inconforts sont souvent des problèmes musculo-squelettiques (arthrite, rhumatisme, douleurs musculaires, articulaires et dorsales), des problèmes digestifs (ulcère, gastro-entérite, diabète), gynécologiques (problème de trac urinaire, hémorroïde, difficultés sexuelles, maladies sexuelles), immunitaires (rhume, grippe, asthme, allergie), encéphaliques (migraine, maux de tête), dégénératifs (cancer), émotionnels (anxiété, déprime, dépression) ou des problèmes d'insomnie, de surpoids, de tabagisme, de sentiments de faiblesse ou de comportements stressants, comme se ronger constamment les ongles (Astin, 2000; Eisenberg *et al.*, 1993; Furnham et Forey, 1994; Furnham et Vincent, 2000; Goldstein, 2004; Kelner et Wellman, 1997; Kessler *et al.*, 2001; Prabu, Suriyaprakash, Dinesh, Suresh et Ragavendran, 2012). Ces problèmes sont désignés par les chercheurs comme des *life style related diseases* (problèmes de style de vie) ou des maladies de civilisation, qui sont devenues une véritable préoccupation sociale d'aujourd'hui (Anyinam, 1990; Prabu *et al.*, 2012).

D'après Astin, Marie, Pelletier, Hansen et Haskell (1998), le réductionnisme mécanique de la biomédecine serait aussi un facteur repoussant les individus vers les philosophies holistiques des MAC. Le désir d'éviter les effets secondaires des traitements, de réduire des effets iatrogéniques ou d'acquérir une compréhension plus vaste de l'impact des facteurs



nutritionnels, émotionnels et du mode de vie sur la santé est aussi un facteur incitant vers le recours des MAC. De plus, les chercheurs estiment que les usagers des MAC visitent plus souvent leurs praticiens MAC que leur médecin, d'une part à cause de l'inaptitude de la médecine conventionnelle à traiter adéquatement certains de leurs problèmes (maladies de l'Alzheimer, scléroses diverses, rhumatoïdes, cancers, syndromes de déficience immunitaire, problèmes de dos, anxiété, maux de tête, douleurs chroniques), et d'autre part pour son regard de l'individu dans l'intégralité de son être avec son corps, ses émotions et son esprit. Toujours selon Astin *et al.* (1998), avec une population vieillissante, la prévalence de l'usage des MAC tend à s'amplifier dans les années qui suivent à cause de l'augmentation potentielle de l'incidence des problèmes chroniques.

Selon plusieurs études, la majorité des usagers de MAC tendent à évaluer leur santé générale meilleure que les non-usagers (Kelner et Wellman, 1997). Mais en même temps, ils déclarent souffrir de problèmes sérieux. Les chercheurs estiment que ce paradoxe s'explique par le fait que les utilisateurs de MAC évaluent la gravité de leurs problèmes en fonction de la durée du temps qu'ils sont encombrés de ces problèmes (Astin, 1998, 2000; Furnham et Vincent, 2000; Jonas, 2000; Kelner et Wellman, 1997; McGregor et Peay, 1996; Sirois et Gick, 2002). Plus ils sont affligés par ces problèmes depuis longtemps, plus ils jugent négativement la gravité, mais tout en les distinguant de l'état général de leur santé.

### **1.4.2 Le profil des consommateurs**

Les études antérieures sur les MAC ont tenté de tracer le portrait des usagers. Les usagers des MAC sont : 1) très scolarisés, 2) principalement des femmes, 3) ayant un revenu élevé, 4) sont peu ou pas fumeurs, 5) consomment peu d'alcool, 6) ont des pratiques quasi religieuses d'une alimentation saine, 7) possèdent beaucoup plus de connaissances des fonctionnements biophysologiques du corps que les non-consommateurs, 8) sont plus souvent insatisfaits du système de santé conventionnel, 9) ont plus fortement tendance à remettre en question l'autorité des professionnels et 10) changent plus fréquemment de médecin (Astin, 1998, 2000; Eisenberg *et al.*, 1998; Eisenberg *et al.*, 1993; Furnham et Forey, 1994; Furnham et Vincent, 2000; Goldstein, 2004; Kelner et Wellman, 1997; Millar, 1997; Wiles et Rosenberg, 2001).

Concernant les consommateurs de PSN, l'enquête pancanadienne (Santé Canada, 2011) a noté un portrait général semblable à leurs voisins usagers de MAC au sud : les Canadiens consommateurs des PSN sont : 1) très scolarisés (62 % détiennent au moins un diplôme universitaire), 2) gagnent un revenu élevé (66 % ont un revenu annuel de 60 000 \$ et plus), 3) sont âgés de 35 à 54 ans et 4) la plus grande partie des consommateurs sont des femmes (67 %) (Santé Canada, 2011, p. 15). Au Québec, Blais (2000) avait observé un profil semblable chez les consommateurs de PSN en 2000. L'enquête pancanadienne (Santé Canada, 2011) a identifié que 66 % des Québécois consomment des PSN et parmi eux, 72 % détiennent un diplôme d'études du secondaire, mais ne font pas la distinction entre les PSN et les produits organiques (Santé Canada, 2011, p. 15).

Plusieurs études insistent sur l'importance du lien entre le niveau de scolarité et l'intérêt pour les MAC. Elles posent l'hypothèse que plus les usagers sont scolarisés, plus ils tendent à s'éduquer à propos des fonctionnements biophysologiques du corps, à s'informer sur les pratiques non conventionnelles (par Internet ou par la lecture de livres, de magazines ou d'écrits académiques) et s'exposent ainsi plus souvent aux MAC, d'où leur réticence à totalement accepter l'expertise des médecins (Astin, 2000; Goldstein, 2004; Wiles et Rosenberg, 2001). Toutefois, les recherches spécifient qu'être plus connaisseur des MAC ne signifie pas nécessairement en être bien informé sur leur efficacité (Wiles et Rosenberg, 2001).

Cela dit, si les études antérieures ont observé que les usagers de MAC tendent à être plus scolarisés et avoir un revenu plus élevé que la population générale, le phénomène de l'engouement des MAC d'aujourd'hui ne se restreint plus à une seule classe sociale, dont la classe favorisée, mais tend à se généraliser dans les autres groupes socio-économiques (Boon *et al.*, 2004; Kelner et Wellman, 2000).

### **1.4.3 L'importance de l'intégralité et de la singularité des individus**

Nous avons mentionné plus haut que la philosophie holistique des MAC séduit les usagers par le fait que les MAC les considèrent dans leur singularité (avec leurs expériences de la maladie, leurs interprétations et leurs visions du monde et les facteurs environnementaux qui affectent leur santé) et dans l'intégralité de leur être dans l'établissement d'un plan de traitement,

qui tient compte de leurs aspects physique, mental, émotionnel et même spirituel (Anyinam, 1990; Astin, 2000; Boon *et al.*, 2004; Cohen et Rossi, 2011; Furnham et Vincent, 1996, 2000; Goldstein, 2000; Kelner, 2000; Kelner et Wellman, 1997, 2000; O'Connor, 2000; Suissa *et al.*, 2016). Les usagers des MAC réfutent le modèle biomédical qui les limite à un simple cas de symptômes à traiter ou à une partie du corps qui intéresse le médecin (Suissa *et al.*, 2016). Pour eux, les modèles strictement techniques et biologiques de la biomédecine sont insuffisants pour expliquer les multiples facettes des expériences ordinaires et complexes qui les composent (Astin, 2000; Furnham et Vincent, 2000; Kelner, 2000; O'Connor, 2000).

O'Connor (2000) rappelle la métaphore du jardin ou d'un système écologique de la médecine chinoise pour décrire le corps de l'individu. Celui-ci est comme un système d'équilibre composé d'un corps physique, de l'énergie vitale, de la spiritualité et, ajoutent Furnham et Vincent (2000), est influencé par les facteurs sociaux de l'environnement dans lequel il gravite. Ces composants s'autorégulent pour conserver et balancer l'équilibre qui constitue l'harmonie des différents composants, entre autres le mental, l'émotionnel et le spirituel. Dans la médecine chinoise, une maladie n'est pas une entité en soi, mais la manifestation d'une dysharmonie entre les différents composants, ce qui entraîne la condition malade. Par conséquent, les soins thérapeutiques doivent avoir pour objectif de rééquilibrer l'harmonie entre les composants et non simplement d'éradiquer la maladie. En rétablissant l'harmonie des composants, la maladie s'efface d'elle-même, puisque l'origine de sa cause – le déséquilibre dysharmonieux – n'y est plus. O'Connor reprend cette citation de Beinfield et Korngold pour expliquer l'analogie du déséquilibre dysharmonieuse et des origines de la maladie :

If you reorganize the existing pattern of disharmony into a harmonious pattern of relationships, the original [health problem] will disappear because the conditions in which it was roosted cease to exist. (O'Connor, 2000, citant Beinfield et Korngold, 1991)

O'Connor amène ici une représentation de la maladie, et par extension la guérison, qui diverge de celle de la biomédecine. Cette différence de représentation symbolique est un facteur qui intrigue et attire les individus vers les MAC, car cette façon d'expliquer de la maladie s'approche plus de leur quotidien que des baragouinages médicaux.

#### **1.4.4 Le pouvoir d'autoguérison du corps**

Outre la conception de déséquilibre entre le corps, le mental et l'esprit pour expliquer la maladie, la notion d'autoguérison constitue un autre facteur qui fascine les usagers des MAC. Ceux-ci croient sincèrement à la capacité d'autoguérison de leur corps et d'eux-mêmes (Furnham et Bhagrath, 1993; Kelner et Wellman, 2000; O'Connor, 2000). Le principe salutogène plutôt que pathogène du pouvoir d'autoguérison de soi est puissamment attractif pour beaucoup, surtout pour ceux qui souffrent de problèmes chroniques (Jonas, 2000, p. xiv, référant à Antonovsky, 1987).

Le pouvoir d'autoguérison du corps fait appel à sa capacité d'autorégulation en cas de manifestation d'un déséquilibre, en l'occurrence la maladie, pour se rétablir. Dans cette perspective, les interventions thérapeutiques doivent viser à supporter ou à encourager l'autorégulation du corps et non simplement de réprimer un symptôme ou d'éradiquer un pathogène (O'Connor, 2000, p. 51). O'Connor reprend l'analogie des parents et de l'enfant de Cantor et Rosenzweig (1997) pour décrire les interventions thérapeutiques et leurs impacts sur le corps.

*A principal task of childhood is the development of an independent self. Psychosocially, this is apparent in the necessary but challenging movement from mother's breast to [...] increasingly independent [...] situations. Physiologically it is seen in the development of the immune system, a physical reflection of the self. [...] Common childhood illnesses are key challenges along the way. [...] The physician, like the wise parent [...], must perceive whether or not a particular challenge can be met by a child. Too much interference from a parent whenever a difficulty is encountered will produce a weak-willed child. Similarly, unnecessary intervention of the part of a physician will lead to a disordered, weakened immune system. (O'Connor, 2000, p. 48, citant Cantor et Rosenzweig, 1997, p. 870)*

O'Connor souligne ici le principe de l'intervention appropriée, c'est-à-dire de savoir quand intervenir directement et quand simplement supporter – même sans intervenir – pour commencer le processus de maturation et de développement des capacités du corps et de l'individu (O'Connor, 2000). Autrement dit, les interventions thérapeutiques devraient être faites qu'en cas de nécessité réelle, c'est-à-dire avec modération, sans quoi elles risquent de

nuire à l'individu plus que de lui apporter du bien. Jonas (2000) et O'Connor (2000) suggèrent que les thérapies pharmaceutiques devraient être plus conservatrices dans leur degré d'intervention, car une intrusion trop excessive peut nuire aux fonctions et aux capacités inhérentes du corps à s'autoréguler, à se récupérer et à se protéger, créant potentiellement ainsi un dysfonctionnement continu du corps et instaurer une dépendance pharmacologique à l'individu.

Jonas (2000) rappelle une étude de K.B. Thomas (1994) pour démontrer ce potentiel d'autoguérison du corps. L'étude de K.B. Thomas s'est intéressée aux patients ayant eu recours à des soins médicaux et qui se sont fait prescrire des soins *popping pills*, qu'importe la condition de leurs problèmes. Les résultats de l'étude ont démontré que 80 % de ces patients ont déclaré sentir des améliorations de leur état alors que les médicaments n'étaient que des pilules pour des conditions non spécifiques. K.B. Thomas a conclu que cette efficacité apparente des médicaments était surtout due à la capacité d'autoguérison du corps – capacité attendue ou non attendue – et où les statistiques d'efficacité n'étaient simplement que des désillusions pharmaceutiques.

### **1.4.5 La résonance des valeurs symboliques**

Outre le pouvoir d'autoguérison du corps, la philosophie des thérapies « naturelle, efficace, relaxante [et] sensible » des MAC constitue un autre trait d'attraction, surtout pour les individus qui placent le respect de la Nature dans leurs valeurs fondamentales (Furnham et Vincent, 1996, p. 46). Beaucoup de chercheurs considèrent que si les individus se dirigent initialement vers les MAC sur la base de leur insatisfaction envers la médecine conventionnelle, ceux-ci continuent l'utilisation des MAC pour des raisons autres, dont la résonance avec leurs valeurs symboliques et culturelles (Furnham et Vincent, 1996, 2000; McGregore et Peay, 1996; Astin, 2000).

Les philosophies holistiques donnent aux individus le sentiment d'« être aligné[s] aux Lois de la Nature » et d'être en harmonie avec celle-ci (Goldstein, 2000; O'Connor, 2000). La Nature constitue un élément important de la vision du monde des usagers de MAC et forme une caractéristique distincte de leur *trend* culturel (Kelner et Wellman, 1997; O'Connor, 2000;

Jonas, 2000). Elle explique entre autres la multiplication des magasins et des centres de santé naturelle, qui sont en train de transformer le contexte politique et économique des modes de production de la santé des sociétés occidentales (Anyinam, 1990).

Cela dit, ce ne sont pas tous les usagers des MAC qui s'inscrivent dans les nouvelles valeurs émergentes des MAC, même lorsqu'ils ont recours à ses thérapies. Certains individus recourent aux MAC pour combler les quelques lacunes de la médecine conventionnelle pour les soulager, mais demeurent néanmoins confiants à cette dernière. Nonobstant, ils restent ouverts à l'idée d'adhérer à certaines des idéologies des MAC, même celles qui leur semblent obscures, s'ils ont connu des expériences positives (Kelner et Wellman, 1997).

Les philosophies des MAC étendent la rationalité médicale au-delà de la physiologie et la biologie en prenant en compte les aspects psychologiques, sociaux et spirituels de l'individu. Boon *et al.* (2004) suggèrent aussi d'inclure les déterminants sociaux et interrelationnels de l'individu (revenus, statut social, éducation, réseaux sociaux, sécurité d'habitation et d'emploi, conditions de travail, habitudes de vie, développement pré- et postnatal, attributs biologiques et génétiques, environnement physique, accessibilité aux services de soins) pour comprendre sa conception de la santé et de la maladie, voire même les aspects cosmologiques de la Nature (Boon *et al.*, 2004).

Cette conception de la santé tient compte des facteurs d'influence, qui ne dépendent pas uniquement de l'individu ou de la société dans laquelle il vit (Boon *et al.*, 2004), ce pourquoi les plans de traitements de soins doivent s'étendre au-delà des tests de laboratoires ou des lésions d'organes (Fries, 2008). Les essais cliniques contrôlés peuvent difficilement reproduire ces paramètres de mesure pour expliquer la maladie, l'expérience de la maladie, la réussite ou l'échec d'une thérapie.

La promesse de reconnecter la dimension spirituelle à la condition humaine de l'individu des MAC séduit par le fait qu'elle permet de combler un manque délaissé par la sécularisation des sociétés modernes (Fries, 2005). D'une part, cette promesse s'apparente à une confrontation au paradigme médical moderne, qui est de réduire la guérison à des régimes biochimiques du corps en négligeant les facteurs psychologiques, culturels, écologiques, spirituels et diététiques de la santé humaine (Fries (2005, référant à Salmon, 1984). Cependant, Rose (2001) suggère de

plutôt considérer cette extension de la rationalité médicale comme « *a new will to health* » (une nouvelle volonté à la santé) (Rose, 2001, p. 6) de l'individu moderne autonome et responsable de sa santé.

L'approche holistique des MAC change l'orientation médicale de la « maladie » pour celle de la « guérison ». Elle promeut une base relationnelle de coopération entre le soigné et le soignant, un type de relation médical très demandé par les individus modernes, et répond à la croyance des capacités d'autoguérison du corps dans son objectif d'assister ou de stimuler cette capacité inhérente plutôt que de l'ignorer et de le supplanter (Boon *et al.*, 2004).

En déplaçant l'accent sur la « guérison », celle-ci a de meilleures chances de se produire, même lorsque le traitement de la maladie n'est pas possible (Boon *et al.*, 2004). Quant à la maladie, Boon *et al.* (2004) proposent de la regarder comme l'expression d'un effort du corps à chercher à se rétablir à un état de santé initial. La maladie et la thérapie sont des éléments qui créent des tensions pour favoriser la maturation du corps de l'individu, de sa personne et de ses expériences de vie. Comme O'Connor (2000), Boon *et al.* (2004) conçoivent aussi la maladie et ses symptômes comme des opportunités d'apprentissage et de développement personnel.

Dans un siècle où les cultures et les sociétés se mélangent, elles s'échangent également des représentations culturelles, dont les symboles de la « maladie » et de la « guérison », qui diffèrent de celles de la biomédecine. C'est par ces échanges qu'un individu peut être amené à interpréter autrement les informations sur la santé et la maladie mises à sa disposition. Il est ainsi encouragé à vouloir entreprendre la prise en charge de sa santé, d'où le désir de faire des négociations avec son soignant, conventionnel ou profane, pour établir un plan de traitement auquel il est prêt à s'engager activement (Fries, 2008).

Par ailleurs, les croyances culturelles ou les représentations symboliques de la santé ou de la maladie tendent à avoir une plus grande résonance pour les individus que les discours biomédicaux ou les *technobabbles* (babillages technologiques) souvent inintelligibles des médecins (Fries, 2008, p. 357), favorisant ainsi une plus grande adhérence aux MAC.

Selon Jonas (2000), lorsque qu'un individu cherche des solutions à ses problèmes, la façon dont il conçoit et construit ses croyances sur les causes et les origines de son mal et la façon dont il déduit qui, de l'expert médical ou du profane, est plus apte à lui fournir des conseils

adéquats influencent ses choix thérapeutiques. À leur tour, ces choix dépendent de ses visions du monde, de ses préférences et des bénéfices perçus par les membres du groupe dans lequel il appartient et avec qui il a tissé des liens de confiance et partagé des valeurs communes.

La popularité des MAC varie en fonction des valeurs perçues et des besoins particuliers des individus dans une société dans un contexte culturel et temporel donné. L'engouement des MAC constitue en fait le reflet des changements de besoins, de comportements et de valeurs d'une société postmoderne (Furnham et Vincent, 2000; Truant et Bottorff, 1999). Certains individus peuvent percevoir les MAC comme des choix illogiques et irrationnels, ou qui ne représentent simplement qu'un *trendy health brand* passager, mais pour d'autres, il s'agit de leur positionnement face aux valeurs d'une (sous-)culture médicale différente. La popularité des MAC constitue ainsi un reflet des valeurs sociocontextuelles actuellement en vogue dans une société donnée (Furnham et Vincent, 2000; McGregor et Peay, 1996).

Ceci dit, les usagers de MAC choisissent des thérapies qui n'entrent pas en conflit avec leurs croyances et leurs valeurs personnelles, ce qui leur procure un sentiment de satisfaction non seulement sur la dimension médicale, mais aussi sur leurs besoins d'assouvissement spirituel et de la reconnaissance de leurs modèles de construction du monde, et ce, sans distinction de la nature de leurs problèmes de santé (Astin, 1998, 2000; Furnham et Forey, 1994; Kelner, 2000; O'Connor, 2000).

## **1.5 Le pluralisme de la santé**

### **1.5.1 L'attrait des produits de santé naturels**

Les MAC séduisent, car elles offrent des espoirs supplémentaires pour soigner la santé. À cela, l'OMS ajoute que même lorsque la guérison n'est pas possible, les MAC deviennent des thérapies essentielles par le fait qu'elles peuvent améliorer la qualité de vie des individus (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Plus spécifiquement à propos des PSN, selon Prabu *et al.* (2012), ils sont attractifs par le fait qu'ils :

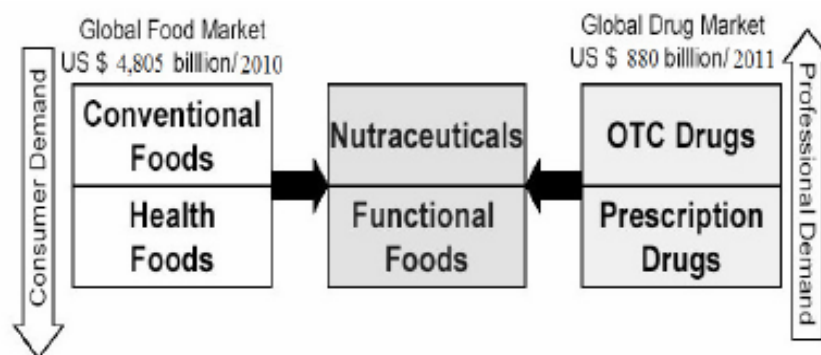
- 1) Peuvent être consommés de façon quotidienne;



- 2) Ont peu d'effets secondaires;
- 3) Ont une durée de moitié de vie relativement longue;
- 4) Peuvent être facilement absorbés par les intestins après la digestion;
- 5) Ne requièrent pas une consultation et peuvent être accessibles sans prescription;
- 6) Ont une approche plus naturelle que d'utiliser des médicaments prescrits, aident à se sentir plus en forme et à avoir plus d'énergie et permettent de prévenir des maladies;
- 7) Répondent quand les traitements standardisés ont échoué à soigner des problèmes spécifiques.

Toujours selon Prabu *et al.* (2012), par leur fascination, les produits de santé naturels tendent à devenir de plus en plus demandés selon le graphique suivant :

**Figure 2: Global food market growth about the nutraceuticals**



Source : Prabu *et al.* (2012). Nutraceuticals: A review, *Elixir Pharmacy*, 46, p. 8374.

D'après Prabu *et al.* (2012), le total des coûts que les usagers de MAC déboursent de leur poche dépasse les dépenses de la santé aux États-Unis, qui par ailleurs possèdent le système de santé le plus dispendieux au monde (Astin, 1998, 2000; Eisenberg *et al.*, 1998; Eisenberg *et al.*, 1993). Malgré un système de santé dispendieux, les soins conventionnels ne parviennent pas à apporter un soulagement aux problèmes des gens, d'où l'augmentation des recours aux MAC (Astin, 2000; Cohen et Rossi, 2011; Furnham et Bhagrath, 1993; Furnham et Forey, 1994; Furnham et Vincent, 1996; Goldstein, 2004; Kelner et Wellman, 1997; McGregor et Peay, 1996; O'Connor, 2000; Wiles et Rosenberg, 2001).

Cela dit, les gens ne délaissent pas pour autant les soins conventionnels. En effet, pour les maladies mortelles ou reconnues pour avoir des conséquences graves sur la santé (hypertension, cancer, leucémie, problèmes des reins, etc.), ils priorisent les soins standardisés et consultent les professionnels de la santé conventionnelle. Mais concernant les troubles bénins, mais qui néanmoins détériorent de façon non négligeable leur qualité de vie, ils préfèrent recourir aux MAC et consulter leurs praticiens (Astin, 2000; Eisenberg *et al.*, 1993; Furnham et Forey, 1994; Furnham et Vincent, 1996; Goldstein, 2004; McGregor et Peay, 1996). Cette façon de faire illustre la réclamation du droit de décider qui consulter et quelles thérapies utiliser pour quels problèmes de santé de l'individu moderne (Jonas, 2000). D'après O'Connor (2000), cette tendance des pratiques de pluralisme médical tend à se généraliser de plus en plus dans les décennies suivantes.

### **1.5.2 Le « magasinage » thérapeutique et le pluralisme de la santé**

Concernant les trois catégories d'insatisfaction de la médecine conventionnelle identifiées par McGregor et Peay (1996), un individu peut être partiellement insatisfait, comme être satisfait sur une catégorie, mais pas sur les autres. La catégorie des relations médecin-patient illustre l'exemple d'une insatisfaction partielle.

Anyinam (1990) et Kelner (2000) ont remarqué que des efforts ont été effectués pour améliorer les relations médecin-patient, mais les recherches constatent que les résultats sont mitigés, entre autres à cause de la réticence des médecins à partager leur pouvoir de décision avec leurs patients, ce qui amène des patients à faire du « magasinage des médecins », c'est-à-dire qu'ils changent continuellement de médecin jusqu'à ce qu'ils trouvent un médecin qui les satisfait sur les plans communicationnels et interactionnels (Furnham et Vincent, 2000). Cet exemple démontre ainsi que l'engouement pour les MAC ne dépend uniquement de l'insatisfaction envers la médecine conventionnelle, étant donné que les patients vont rechercher un autre médecin dans le même système de santé (Astin, 2000; Furnham et Forey, 1994; Furnham et Vincent, 1996; McGregor et Peay, 1996).

Selon les usagers des MAC, contrairement aux médecins conventionnels, les praticiens des MAC prennent le temps de les écouter et de leur expliquer leurs problèmes de santé ainsi

que les thérapies qu'ils proposent, d'autant plus qu'ils sont ouverts à modifier ces thérapies quand les clients le demandent, donnant ainsi à ces derniers le sentiment de participer activement dans la prise en charge de leur santé (Astin, 2000; Furnham et Forey, 1994; Furnham et Vincent, 1996, 2000). Autrement dit, les usagers des MAC obtiennent ainsi ce que la médecine conventionnelle ne leur offre pas, soit parce qu'elle ne peut pas le faire ou ne le veut pas (Furnham et Vincent, 2000).

Un individu peut magasiner des médecins et peut aussi magasiner des thérapies MAC. Il existe une multitude de thérapies MAC diverses, proposant ainsi plusieurs façons de regarder un mal de même que suggérer plus qu'une manière pour traiter un problème de santé.

It is worth remembering that we do not live in a single, objective reality; there are various ways of looking at the world. (Kelner et Wellman, 2000, p. 6)

Selon plusieurs chercheurs, la demande pour les MAC tend à continuer à augmenter dans les sociétés modernes avec la forte propension d'occurrences des maladies de civilisation, dont les problèmes de santé chroniques (Astin, 1998; Goldstein, 2000; Kelner, 2000). Pour les individus qui souffrent depuis longtemps de ces problèmes, les standards médicaux ou les preuves scientifiques leur apparaissent invalides ou sans importance. Voire, ils tendent à considérer ces standards désuets et insuffisants pour apporter des explications adéquates et satisfaisantes dans un siècle où la prévention de la maladie prime sur la guérison (Anyinam, 1990; Ernst *et al.*, 1995; Kaptchuk et Eisenberg, 1998; Kelner, 2000; Kessler *et al.*, 2001; Wiles et Rosenberg, 2001).

Jusque-là, les recherches qui ont été menées sur les MAC tendent à amalgamer différentes pratiques des MAC (acupuncture, homéopathie, massage, etc.) ensemble alors que chaque pratique a ses particularités propres. Aussi, ces recherches ont jusque-là été portées sur la population active qui a un travail et les personnes âgées. Peu de connaissances sont disponibles sur les autres populations, dont les personnes qui sont encore aux études, par exemple.

Au Québec, c'est la difficulté à trouver des traitements adéquats et celle de pouvoir rencontrer un médecin qui poussent généralement des individus à se tourner vers les MAC pour tenter de trouver un soulagement à leurs problèmes de santé. De plus, les MAC peuvent répondre

à des besoins que la médecine conventionnelle n'offre pas toujours, dont les besoins non médicaux.

Ainsi dit, notre objectif est de porter notre attention sur une seule pratique, les PSN, et seulement sur un seul type de population, les individus de 18 à 34 ans. Nous avons choisi ces deux perspectives de recherche à étudier d'une part parce que la pratique des PSN soulève plus de polémiques que les autres pratiques des MAC. En effet, les PSN sont perçus comme une menace contre le médicament, qui est le principal outil de traitement de la médecine conventionnelle et qui est le socle de la légitimité du pouvoir hégémonique de cette dernière dans le domaine de la santé. D'autre part, il n'est habituellement pas attendu qu'une population aussi jeune que les 18 à 34 ans prenne des médicaments, puisqu'elle est une population généralement en santé. Et pourtant, leur consommation de médicaments tout confondus va en augmentant depuis les dernières décennies.

Les recherches sur la santé des populations ont contribué à élaborer plusieurs concepts en santé sociale, dont trois qui nous intéressent plus particulièrement pour notre problématique : la santéisation, la biosocialisation et l'autocontrôle de la santé. Ces concepts n'ont pas été développés spécifiquement pour comprendre le phénomène de l'engouement pour les PSN, mais ils aident à comprendre les processus qui ont amené à cet engouement, ce pourquoi nous nous appuyons sur eux pour étudier ce phénomène.

## **2. CADRE CONCEPTUEL**

Ce mémoire s'appuie sur les trois concepts de la santé : santéisation, biosocialisation et autocontrôle. Succinctement, la pratique d'automédication avec des PSN se présente comme une stratégie d'autocontrôle de l'individu afin de se tailler une place dans une société qui valorise la santé comme une valeur morale (se (bio)socialiser dans une société en changeant les comportements de son corps pour les correspondre à la norme de la santé).

### **2.1 La santéisation : la moralisation de la santé**

#### **2.1.1 La santé comme une nouvelle vertu morale**

Pour beaucoup de chercheurs en recherches sociales de la santé, le phénomène de l'engouement pour les MAC est interprété comme l'émergence de nouvelles valeurs culturelles en matière de la santé dans les sociétés postmodernes (Astin, 1998, 2000; Furnham et Bhagrath, 1993; Furnham et Forey, 1994; Goldstein, 2000; Jonas, 2000; Kaptchuk et Eisenberg, 1998; Kelner et Wellman, 1997; Montbriand et Laing, 1991; O'Connor, 2000; Poliquin, 2015; Suissa *et al.*, 2016; Truant et Bottorff, 1999).

Pour expliquer ces changements de valeurs culturelles, Poliquin (2015) propose d'adopter les interprétations de Charles Taylor sur la sécularisation, qui a donné lieu aux sentiments de désenchantement du monde et la perte des horizons cosmiques des sociétés modernes :

La sécularisation des sociétés a provoqué un effondrement des ordres sociaux anciens, [...] nous assistons à la primauté de la raison instrumentale sur les grands idéaux, ce qui fait que les individus se préoccupent davantage de questions liées à leur bien-être personnel. (Poliquin, 2015, p. 18, citant Charles Taylor, 2002)

Selon Charles Taylor, la sécularisation a provoqué un vide spirituel dans les sociétés modernes, amenant ainsi à une tentative de recouvrir ce vide avec de nouvelles valeurs morales,

des valeurs qu'ils se construisent et qu'ils investissent dans la santé (Poliquin, 2015). Cette tentative de reconstruction d'une nouvelle moralité était déjà mentionnée par Foucault en 1982 :

[Les] préoccupations liées à la santé telle l'alimentation, le bien-être ou la sexualité ont remplacé les visées religieuses qui reposaient sur des préoccupations de l'au-delà et de l'inconnu dans le but d'atteindre la vie éternelle alors qu'aujourd'hui nous cherchons à atteindre le bien-être dans ce bas-monde. (Poliquin, 2015, p. 18, citant Foucault, 1982)

Dans une étude des pratiques médicales au Cameroun en 1989, Van Der Geest et Whyte (1989) ont démontré que la médecine allopathique détache les dimensions de la spiritualité et la moralité de la maladie. Aujourd'hui, les individus réclament de réintégrer ces dimensions, car ils considèrent que ces aspects sont cruciaux pour leur bien-être (Astin, 1998, 2000; Goldstein, 2000; Suissa *et al.*, 2016). L'individu postmoderne cherche à atteindre un état de santé qui dépasse son état actuel, mais les dispositifs mis à sa disposition ne se résument finalement qu'à une culture de consommation excessive de matérialisme, d'hédonisme et d'impulsivité (Goldstein, 2000, référant à Gordon, 1980, et Jahnke 1990). Par conséquent, les MAC attirent l'individu par leur philosophie, qui plaide la modération comme valeur ultime pour constituer un équilibre des composants du corps, du mental et de l'esprit, condition nécessaire pour l'atteinte de la santé (Goldstein, 2000). Goldstein (2000) fait remarquer que lorsque les individus ressentent le besoin d'obtenir quelque chose qui dépasse l'encouragement verbal de leurs efforts, ils iront le chercher ailleurs si ce n'est pas offert sur place; et les praticiens de MAC sont très disposés à répondre à ces attentes.

### **2.1.2 La santé comme un nouveau devoir social**

La préoccupation pour la santé, surtout de la santé collective, a toujours été présente dans l'histoire des sociétés. Foucault a tracé quelques évolutions de la médecine sociale en Europe. Tout d'abord, pendant les fléaux de la peste au 14<sup>e</sup> siècle, la France a instauré une police médicale pour organiser des installations sanitaires et des mises en quarantaine pour lutter contre la peste. Pour faire son travail, cette police s'insinue jusque dans la vie privée de la population, au point même de réguler l'eau et l'air, qui peuvent transporter et répandre la maladie (Nye,

2003, référant à Foucault, 1974). Ensuite, il y a l'Allemagne, qui a instauré au 18<sup>e</sup> siècle la *Medizinshpolizei* (police médicale de l'État) (Foucault, 1988) comme un corps administratif de la *Staatsmedizin* (médecine d'État), qui est un mode du développement économique et politique d'un état sous-développé pour augmenter le pouvoir collectif de l'État (Foucault, 1974; Nye, 2003). Et au 19<sup>e</sup> siècle, les Britanniques font évoluer le concept de la médecine sociale avec la notion de la « médecine de la force du travail », qui est une manière plus élégante pour désigner la « médecine prolétaire », « médecine des pauvres » ou « de l'ouvrier », dont l'objectif est d'assurer une force de travail prolétaire en santé et protéger la sécurité des bourgeois (Foucault, 1988, p. 26; Nye, 2003).

Cette évolution de la médecine sociale en Europe illustre comment la santé a évolué pour devenir un « capital » pour le développement d'un État au même titre que tous les autres capitaux étatiques. Cette transformation de la santé en un capital étatique justifie la légitimité des mouvements de *healthism* (santéisation) pour la promotion de la santé, car ce n'est qu'avec un « capital santé » riche qu'un État peut avancer vers la modernité (Poliquin, 2015, p. 23). La santé, qui devait être un droit universel, s'est vue transformée pour devenir un devoir social dans les pays occidentaux industrialisés.

Le droit à la santé et aux soins ont été remplacés par le devoir de santé et il ne s'agit plus de lutter contre la maladie mais de se maintenir en santé. (Poliquin, 2015, p. 21, citant Janine Pierret, 2008)

L'individu a un devoir social d'être un être en santé pour servir les intérêts de l'État (Nye, 2003). Par conséquent, il ne doit pas se laisser aller à des « dérives » (Poliquin, 2015, p. 20), qui sont des « dangers » immanents d'une volonté faible, de désirs irrationnels ou de libertés imprévisibles, sans compter les dangers exogènes comme les effets du hasard et des tentations de l'alcool, du tabagisme, des mauvaises habitudes alimentaires, des accidents de route, de diverses négligences, des pollutions et ainsi de suite (Nye, 2003, référant à Robert Castel, 1991). L'individu doit apprendre à se défendre contre tous ces « dangers » pour ne pas devenir un « fardeau » pour sa société.

Le corps en santé est devenu un signe du citoyen moral et méritant, qui exerce une autodiscipline sur son corps en appui à l'État et qui partage le fardeau de gouvernance. (Poliquin, 2015, p. 21, citant Besco, 2011)

Le changement du statut d'un « droit » à un « devoir » de la santé a élevé la santéisation comme une « vertu » « au cœur des valeurs modernes néolibérales que sont l'autonomie, la responsabilisation et la performance » et a fait de la santé et des comportements de santé des « moyens privilégiés d'aspirer au bonheur, au bien-être et à l'accomplissement de soi d'autant plus que l'individu jouit d'un statut socioéconomique élevé » (Poliquin, 2015, p. 17). Par le fait que la santé est devenue un devoir social, l'incidence des mouvements de la santéisation touche potentiellement un nombre considérable de retombés politiques, économiques et familiales : capacité d'exécuter un travail, droit de recevoir des compensations, implication dans certains conflits de l'État providence moderne, mesure de la capacité d'être un bon parent (Nye, 2003, référant à Swaan, 1988).

Plus encore, le corps même de l'individu devient le reflet de la « pureté de sa morale » (Lupton, 1995, p. 34, traduction personnelle). Cette « pureté de la morale » se traduit concrètement par l'adoption d'un mode de vie sain, car le mode de vie sain a été associé à la baisse de la morbidité des maladies chroniques, à la réduction de symptômes problématiques, à l'augmentation des fonctions physiques et des capacités cognitives du corps et à l'amélioration de la santé mentale (Goldstein, 2000). Dans cette perspective, il apparaît alors incongru qu'il soit possible d'avoir une bonne santé en maintenant un mode de vie sain pour ensuite attendre d'être « sauvé » par les découvertes de nouvelles biotechnologies médicales (Goldstein, 2000, référant à Dubos, 1959; Illich, 1976; et Gusfield 1981).

Les mouvements de la santéisation ont eu un impact tellement considérable en Amérique du Nord dans les années 1970 qu'ils ont mené à la prise de conscience de l'importance d'une alimentation saine et ont fait en sorte que même les aliments se font attribuer des valeurs symboliques dans leurs valeurs nutritives. Alors qu'au Québec, le mouvement est dirigé par Jean-Marc Brunet et son mouvement pour la santé naturelle, les États-Unis étaient poussés par les *health food movements* (mouvements pour l'alimentation saine), qui attribuent des qualités symboliques de moralité aux aliments, faisant de ceux-ci un réservoir iconographique de la pureté sociale (Kaptchuk et Eisenberg, 1998, p. 472). Pour que la société nord-américaine devienne une société « saine », manger avec modération, se restreindre sur la viande, consommer abondamment les fruits et les légumes, privilégier le grain entier et ainsi de suite



sont les mots d'ordre (Goldstein, 2004). Ces mouvements de *health food* et de *healthism* ont été fortement supportés par les agences de la santé publique pour codifier les comportements sociaux jusque dans l'intimité de la manière de penser et de vivre des individus pour l'entretien de la santé collective.

Foucault rappelle que la santé publique est une agence de gouvernance sur le corps des individus pour pousser ceux-ci à s'« autogouverner » dans le but de servir les intérêts de l'État et ses institutions (Lupton, 1995, référant à Foucault). Elle est avant tout une agence de normalisation de comportements sociaux dont le mandat est de « produire des forces », de « les faire croître » et de « les ordonner » pour ensuite en faire des « prélèvements » qui profitent à la société (Foucault, 1986, p. 179). Quant à l'individu, il doit inscrire les comportements approuvés par la société sur son corps, c'est-à-dire de biosocialiser son corps aux normes établies par la société, afin de démontrer sa valeur de citoyen moderne responsable et d'obtenir son billet d'appartenance à cette société.

## **2.2 La biosocialisation et les normes de la performance sociale**

### **2.2.1 La responsabilisation de sa santé**

La responsabilisation de sa santé est la manifestation des comportements d'un individu qui a (bio)socialisé son corps aux normes établies sur la santé. Paul Rabinow (1996) définit la biosocialisation comme le remodelage des identités collectives. La biosocialisation est un catalyseur de la fluctuation des frontières entre la conformité et son opposé, la résistance sociale, et entre ce qui est défini comme naturel par rapport à ce qui est culturel (Collin, 2016). L'ambivalence entre conformité et résistance rappelle l'engagement et la distanciation définis par Elias, où un individu cherche à « briser les chaînes sans ébranler l'ordre social établi » étant donné qu'il « dépend très fortement de l'opinion des autres membres » (Heinich, 2002; Martucelli, 2007, p. 242, 246, citant Elias, 1985). Cette ambivalence émerge de la construction des représentations symboliques, qui sont intériorisées, mais ensuite restructurées de nouveau par l'individu.

En tant que membres de leur société, on attend des individus qu'ils sachent effectuer des *healthy choices* (choix sains) pour « exercer plus de contrôle sur leur santé et sur leur environnement » (Lupton, 1995, p. 58, référant à Ashton et Seymour, 1998; traduction personnelle). Le maintien de la santé est crucial pour la productivité économique de la collectivité, d'où le devoir social de chacun de se responsabiliser à sa santé, car ce n'est qu'ainsi qu'un individu peut s'épanouir dans l'accomplissement de sa performance sociale aux études, au travail ou dans les autres domaines d'activités de la vie.

C'est en établissant cette croyance sur l'épanouissement personnel que les individus « en viennent à adhérer de leur plein gré » au « doux despotisme paternaliste », selon les termes de Charles Taylor, de la santéisation (Poliquin, 2015, p. 17-18, 25). La quête de la santé dans les pays occidentaux démocratiques dépasse ainsi le simple cadre sanitaire, car elle s'est convertie en une quête de la moralité du siècle moderne du néolibéralisme (Poliquin, 2015) pour « le bien-être » des individus (Agence de la santé publique du Canada, Organisation mondiale de la Santé et Santé et Bien-être social Canada, 1986).

Au Canada, la signature de la Charte d'Ottawa en 1986 a élevé la santé au piédestal des vertus cardinales morales. Désormais, la santé est « une ressource de la vie quotidienne » qui « me[t] en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » afin d'aider l'individu à « réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins » et d'« évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (Agence de la santé publique du Canada *et al.*, 1986).

La Charte a été signée quelques années après l'émergence du courant de la santéisation des années 1970-1980 en Amérique du Nord et elle coïncide avec la montée de la crise de la médecine conventionnelle. La croyance que la médecine conventionnelle peut « guérir tous les maux dont sont affligés les êtres humains » est devenue un mythe (Poliquin, 2015, p. 20, citant Illich, 1975) et l'État « se désengage d'agir sur les déterminants sociaux, politiques et économiques de la santé et du bien-être des individus et des collectivités humaines » (Poliquin, 2015, p. 25).

Malgré la perte de confiance en la biomédecine, la santé, qui définit les nouveaux fondements de la vie de l'individu moderne, demeure néanmoins « le seul moyen envisagé pour améliorer la condition humaine » (Poliquin, 2015, p. 19, citant Aïnach, 1998). Au même titre

que les comportements « malsains » sont blasphémés comme des « péchés » « immoraux », la maladie est convertie en « *a straightforward conversion of a social and moral problem* » (Le Breton, 2008; Lupton, 1995; Nye, 2003, p. 117, référant à Thomas Szasz) alors que la santé devient « un syncrétisme entre les valeurs chrétiennes et les valeurs de la modernité où l'être humain glorifie la santé comme autrefois il glorifiait Dieu » (Poliquin, 2015, p. 19). L'individu se trouve ainsi placé devant ce que Lupton (1995) désigne par un « impératif de la santé », une sorte d'injonction morale qui dicte l'individu à se responsabiliser par lui-même pour sa santé comme un devoir spirituel et qui l'amène à considérer « qu'il valait mieux se prémunir de la maladie, par des principes d'autonomie, de gestion de soi pour gérer les risques pour sa santé que de tenter de se guérir » (Lupton, 1995; Nye, 2003; Poliquin, 2015, p. 20; Rose, 2001). L'individu a le devoir moral de développer des capacités personnelles pour se maintenir en santé en se surveillant constamment pour autoréguler sa santé, en plus de surveiller et d'autoréguler celle des autres autour de lui (Poliquin, 2015, p. 20-21).

Le bon citoyen, et ceci se trouve au cœur des politiques de santé publique occidentales, doit et plus que jamais gérer sa santé en faisant le nécessaire pour protéger sa propre santé, mais également celle de ses concitoyens. (Poliquin, 2015, p. 21)

Autrement dit, l'individu doit « prendre toutes les mesures nécessaires pour demeurer entièrement fonctionnel en société, tant sur le plan physique, psychologique, qu'économique » (Poliquin, 2015, p. 20). Pourtant, ce devoir moral de la santé n'est pas perçu comme une « collaboration infâme » entre les experts et les autorités de l'État, mais comme un processus incarné dans chaque individu, car ce n'est qu'en vivant en concordance avec les normes établies que l'individu devient un être « valorisé » (Nye, 2003, p. 117; Poliquin, 2015, p. 20, 21).

### **2.2.2 La stigmatisation de l'impératif de la santé**

Cependant, s'il est intégré à l'individu comme « une éthique personnelle », l'impératif de la santéisation peut « contribuer à la stigmatisation et l'exclusion sociale en plus de renforcer le sentiment [...] d'avoir échoué à être [un] citoyen[e] responsable » (Poliquin, 2015, p. 17). De plus, il risque de « donner cours à un désengagement social et à des glissements

moralisateurs » où le regard social agit comme une « sanction normalisatrice » (Foucault, 1975, p. 201), qui « discrimi[n]e et ajout[e] à [la] souffrance » de l'individu (Poliquin, 2015, p. 17) en l'investissant de sentiments de honte, d'anxiété et de répulsions envers lui-même (Lupton, 1995).

Ainsi, la santé peut contribuer à la valorisation l'individu et son bien-être personnel, mais peut aussi le discréditer devant les autres, puisqu'en l'érigant au rang du devoir, l'individu malade se trouve alors déchu au rang des perdants (Poliquin, 2015). Dans une société qui conçoit la maladie comme un échec personnel, la santé prend alors la forme d'une valeur stigmatisante, discriminante et culpabilisante pour les personnes qui n'adoptent pas ou qui ne sont pas en mesure d'adopter les « comportements sociaux attendus » (Poliquin, 2015, p. 25).

La santéisation par son association à la performance tend à produire des perdants. (Poliquin, 2015, p. 25)

Dans les pays occidentaux industrialisés, les comportements de santé seront perçus comme les marqueurs de la valeur sociale d'un individu et la consultation médicale s'apparente à une « confession pastorale », où l'individu est amené à devoir confesser les comportements « péchés » qui ont transgressé son corps (avoir mal mangé, fumer, boire de l'alcool, etc.) (Poliquin, 2015). Le conditionnement au devoir de la santé est tellement ancré dans les individus qu'ils doivent présenter des excuses à leurs pairs lorsqu'ils ne se manifestent pas dans leur meilleur état physique et mental (comme se sentir fatigué ou de mauvaise humeur); comme si s'afficher dans un état de faiblesse, même temporaire, est devenu quelque chose d'inadmissible et impardonnable. Comme le dit Le Breton (2008), le corps est une forme qui est toujours « soumi[se] à la validation des autres » (Le Breton, 2008, p. 98), faisant en sorte que le droit de se considérer « en santé » ou de se comporter « sainement » n'appartient plus à l'individu, mais au jugement normatif de la collectivité (Fries, 2008).

On soigne son corps, on mange, on fait de l'exercice parce que c'est « bon pour la santé » et non par plaisir. (Poliquin, 2015, p. 21)

Entre la confrontation à l'injonction de la santé et la valorisation de son bien-être personnel, il est inévitable que surgissent des conflits de valeurs symboliques, menant l'individu

à chercher à renégocier ces symboles de sorte qu'il puisse se construire un espace sans conflit symbolique. C'est ainsi qu'il se construit de nouvelles valeurs symboliques, qui induisent ensuite chez lui de nouveaux comportements de la santé. Selon Martucelli, « ce qui prime est la maîtrise de soi et non pas la concordance avec le code interdit » (Martucelli, 2007, p. 317). L'individu ne cherche ainsi aucunement à se révolter contre les normes, mais simplement à modifier les interprétations de ces normes de sorte qu'il puisse les appliquer à lui-même tout en préservant l'harmonie entre ses besoins et ceux de sa collectivité.

### **2.3 L'autocontrôle de la santé**

Dans les recherches antérieures sur les MAC, l'infantilisation par le médecin et l'impression du contrôle de la santé qui échappe des mains des individus sont les facteurs les plus influents de l'insatisfaction de la relation médecin-patient de la médecine conventionnelle. En plus de cela, les médecins s'apparentent plus à des techniciens diagnostiquants qu'à des soignants capables de communiquer et de comprendre le patient dans sa manière de se définir lui-même et dans sa construction du monde (Astin, 2000). Par ailleurs, les faibles habilités communicationnelles, les capacités d'interactions lacunaires, l'usage excessif de jargons médicaux, la réticence ou l'absence de communication des informations sur l'évolution de l'état de santé du patient, le désintéressement d'écouter les opinions du patient sur les traitements qui lui ont été proposés ou imposés et l'absence de confiance dans les capacités du patient à prendre des décisions appropriées pour sa propre santé, ajoutent à l'impression généralisée – à la croyance populaire – que les médecins sont des personnes peu concernées à propos de l'état du bien-être de leurs patients (Astin, 1998, 2000; Furnham et Bhagrath, 1993; Furnham et Kirkcaldy, 1996; Furnham et Vincent, 2000; McGregor et Peay, 1996).

Le modèle scientifique des pratiques médicales a permis l'acquisition de meilleures connaissances de la biologie humaine et des habilités pour faire face à la maladie, mais a eu pour conséquence de figer l'attention des médecins sur les petites parties des problèmes du patient, c'est-à-dire un pathogène ou une partie du corps, conduisant ainsi à l'érosion des relations médecin-patient dans la médecine conventionnelle (Snyderman et Weil, 2002; Suissa *et al.*, 2016); ceci ne favorisant guère l'adhérence des patients aux soins standardisés ou aux

paradigmes de la biomédecine et encourageant même le détournement vers d'autres pratiques alternatives et philosophies thérapeutiques.

### **2.3.1 La résistance aux normes établies**

Selon Foucault (1975), le corps est une forme à travers laquelle le pouvoir est relayé pour se maintenir. Ceci se fait par l'assujettissement de ce dernier à une politique du corps appelée le biopouvoir et qui est une forme de « domination du conscient sur l'émotion et l'inconscient » des individus (Mauss, 1934, p. 21). En adoptant les comportements de santé « monté[s] par et pour l'autorité sociale » (Mauss, 1934, p. 21), les individus contribuent ainsi à maintenir le (bio)pouvoir de la santé publique sur la société. Cependant, toujours selon Foucault, si le corps est un outil utilisé par les instances de pouvoir pour relayer et maintenir leur (bio)pouvoir sur les individus, il peut aussi être un outil pour les individus de manière à se défaire de ce (bio)pouvoir sur la base de la force de la volonté. Le corps devient ainsi une arme pour permettre à l'individu de se réapproprier son corps.

Power, after investing itself in the body, finds itself exposed to a counter-attack in the same body. (Lupton, 1995, p. 132, citant Foucault)

Selon Elias, les acteurs sociaux dans une configuration sociale commune se partagent des liens interdépendants et s'influencent mutuellement. Ainsi, entre la santé publique et l'individu, où chaque acteur lutte et renégocie constamment les définitions et les subjectivités des pratiques du corps (Lupton, 1995), chacun est autant un consommateur de normes et de valeurs sociales qu'il en est le producteur. La santé publique établit des normes et des valeurs de santé, mais l'individu peut les reconfigurer pour se les approprier, impliquant alors qu'il a intériorisé ces normes et ces valeurs, mais les a interprétées d'une manière autre que celle faite de la santé publique.

Ceci peut conduire l'individu à se forger une identité propre au lieu de se soumettre à la fatalité d'un corps qui ne lui appartient plus. L'individu intériorise les normes établies, mais il s'agit d'une intériorisation contrôlée. Il vise ainsi à « briser les chaînes » des normes standardisées, mais sans pour autant chercher à « ébranler l'ordre social établi » qui a érigé ces

normes (Elias, 1985, p. 251). L'individu ambitionne en fait à se constituer comme étant le sujet de ses actes, et non le résultat, en cherchant à intensifier le rapport à lui-même par le biais de la manifestation du désir d'autocontrôle des influences sociales qui constituent son identité. En santé, la pratique de l'automédication est un exemple qui illustre cette tentative de réappropriation du contrôle de sa santé dans ses mains.

### **2.3.2 L'automédication**

Dans une étude réalisée sur les épileptiques, Peter Conrad (1985) a observé que l'automédication, une pratique définie comme l'usage de médicaments fait sur l'initiative d'un individu sans égard qu'il soit ou non prescrit par un médecin (De Bolle *et al.*, 2008), est souvent dévalorisée par la médecine conventionnelle, car elle contourne les voies officielles des recours aux services de la santé et fait échapper les patients au contrôle de leur médecin. Cependant, aux yeux de ceux qui la pratiquent, elle représente une stratégie qui leur permet d'acquérir un semblant d'autocontrôle sur leurs conditions face aux situations qui semblent vouloir les dépasser. Ainsi, la non-adhésion au traitement médicamenteux n'est pas en soi une révolte contre celui-ci, mais une tentative du patient d'affirmer son contrôle sur ses propres problèmes de santé (Conrad, 1985; Montbriand et Laing, 1991; O'Connor, 2000).

Les stratégies d'automédication obéissent à des logiques symboliques, culturelles et idéologiques qui sont propres à chaque individu (Fainzang, 2014). Selon Peter Conrad, le médicament est hyper polarisé comme un instrument de mesure du progrès de sa condition, mais qui ne peut ne pas éliminer le désordre qu'il est sensé corriger, ce qui contrarie le patient. Le médicament devient alors le symbole de la dépendance du malade envers une pilule et implique que ce dernier doit renoncer au contrôle de sa santé, voire de sa vie. À cause de l'impression d'être dépendant et d'être contrôlé par un médicament, l'individu cherche à l'éviter en tentant par exemple de le substituer ou à le remplacer par quelque chose d'autre, comme les produits de santé naturels par exemple. Certes, cette stratégie de substitution paraît peu convaincante, car il s'agit uniquement de remplacer un médicament (pharmaceutique) par un autre (naturel), mais elle dégage l'individu de l'assujettissement à la thérapie de la *popping pill*. Et plus important

encore, c'est l'individu qui a initié l'assujettissement et non une autorité médicale hiérarchique sur lui.

All people want and need is to perceive they have control over events, even when the events are controlled by change. (Montbriand et Laing, 1991, p. 330, citant Bains, 1983; Worthman, 1976)

Ce faisant, l'individu se donne un pouvoir de contrôle à lui-même. Et même s'il ne s'agit que d'une illusion de contrôle, elle procure néanmoins un sentiment d'*empowerment* à l'individu. Pratiquer l'automédication, donc avec des produits de santé naturels, apporte avec elle son lot d'échecs, car il peut nécessiter de devoir faire plusieurs essais-erreurs avant de trouver quelque chose de satisfaisant. Néanmoins, ceci n'empêche pas l'individu de continuer à les tester les uns après les autres, car il est justement animé par cet *empowerment* qui assouvit son désir de contrôle de sa santé et qui lui procure un sentiment de liberté et de libération de l'autorité médicale ou de l'emprise de la maladie (Montbriand et Laing, 1991).

Pratiquer l'automédication peut comporter des risques à cause de l'incertitude sur son efficacité et son innocuité. Cependant, les individus continuent de la pratiquer pour assouvir leur désir de contrôle de la santé, d'autonomie et de liberté (Truant et Bottorff, 1999), surtout dans les cas de maladies chroniques, qui leur donnent des sentiments d'impuissance. Comme les médicaments réduisent le sentiment d'inquiétude et procurent un sentiment de sécurité qui épargne de penser constamment à la maladie (Conrad, 1985), les produits de santé naturels ont aussi ce potentiel de réassurance sur les individus.

It would seem [...] that when patients perceive they have control over adverse events (authority or disease), they have a perception of control (a belief in escape) and their feelings of helplessness are reduced. (Montbriand et Laing, 1991, p. 328, citant Glass et Singer, 1972; Lefcourt, 1973)

Cela dit, dans une ère de médecine scientifique, les MAC inquiètent à cause du peu de connaissances valides disponibles sur leur efficacité et leur innocuité, surtout à cause de la croyance populaire qu'elles sont sans danger (Ernst, 2000; Furnham et Vincent, 2000; Organisation mondiale de la Santé, 2013). Cependant, du côté des consommateurs, les preuves scientifiques importent moins que le désir de soulagement à leurs problèmes. Par conséquent,



dans un contexte d'émergence de nouvelles valeurs culturelles de la santé, modifier ses pratiques thérapeutiques pour les correspondre aux nouvelles valeurs ne leur apparaît pas incongru.

D'un autre côté, la pratique de l'automédication apparaît plus proche, plus « humaine », pour les individus, car elle dépend des rapports d'interdépendance de l'individu avec son entourage (Fainzang, 2014). À l'inverse des services de soins officiels, l'automédication valorise les interrelations sociales, car celles-ci constituent le cœur de sa pratique. Les MAC sont souvent initiées ou prescrites aux usagers par des référents profanes : la famille, les amis, les connaissances, les collègues de travail, soi-même et, à la limite, les praticiens de MAC.

Lorsque les individus ont des problèmes de santé, c'est avec les référents profanes qu'ils en parlent en premier (Wellman, 2000). Kelner et Wellman (1997) ont constaté que plus du tiers des usagers des MAC ont été initiés par leurs proches, des amis, des connaissances ou des collègues de travail. Les relations sociales constituent la première source d'influence et elles sont cruciales dans l'obtention d'informations sur les MAC (Kelner et Wellman, 1997); Montbriand et Laing (1991).

La famille est considérée comme un centre de locus de contrôle de la santé et les membres de la famille sont les premiers et les meilleures sources de soignants de la santé (Goldstein, 2004). Non seulement cela, mais la richesse des relations profanes constitue aussi un puissant facteur d'influence de la légitimité des savoirs et des usages des MAC (Eisenberg *et al.*, 1993; Kelner et Wellman, 1997).

Van Der Geest et Whyte (1989) ont démontré que la médecine allopathique avait libéré l'individu en le soulageant de la lourdeur de relations sociales reliées à sa thérapie. Aujourd'hui, on observe au contraire un désir général de vouloir réintégrer les attachements sociaux dans la thérapie. Par ailleurs, Wellman (2000) a observé que les individus (sur)utilisant les services conventionnels de soins sont surtout ceux qui ont un réseau social faiblement développé.

D'un autre côté, l'étendue du réseau social constitue aussi un facteur d'influence des MAC. Si les relations fortes, composées par les individus qui forment le cercle intime, sont la base du soutien et de la persuasion à adopter des nouvelles pratiques de santé, les relations faibles, composées par les cercles éloignés, sont les plus puissants facteurs de diffusion d'informations à propos des MAC, puisque les personnes de ce réseau se détachent plus

facilement de l'individu et donc peuvent aller chercher des informations supplémentaires qui ne circulent pas dans le cercle des relations fortes (Wellman, 2000).

Les réseaux sociaux de l'individu ont un impact direct et indirect sur les choix de ses thérapies. Il choisit ses thérapies en fonction de ses interactions sociales. Comme Le Breton (2008) décrit le corps, il est comme une forme « façonnée » par les interactions sociales, c'est-à-dire qu'il est « un langage où se disent de manière détournée des relations individuelles et sociales, des protestations et des désirs » (Le Breton, 2008, p. 15, 17, référant à Freud). Il est le résultat d'une élaboration sociale et culturelle et d'une construction symbolique que l'individu a constitué pour « produi[re] lui-même les qualités de son corps dans son interaction avec les autres et son immersion dans le champ symbolique » (Le Breton, 2008, p. 18). Le Breton joint Elias sur le fait que les pratiques du corps sont « un mode rituel d'affiliation et de séparation » qui « intègrent symboliquement l'homme au sein de la communauté, du clan, et le séparent des hommes des autres communautés ou des autres clans » (Le Breton, 2008, p. 74-75).

Le Breton considère que le modèle du corps tel que défini par les MAC réfute la « vérité » « irréfutable » et « culturellement légitime » du modèle « officiel » de la médecine conventionnelle en proposant d'autres modèles de représentation (Le Breton, 2008, p. 40). Le Breton (2008) reprend l'étude de Becker (1953) sur la consommation de la marijuana pour illustrer cet autre modèle de représentation du corps. L'étude de Becker a démontré que l'initié à la marijuana module ses perceptions sensorielles de la substance à celles du groupe initiateur, indifféremment de ses perceptions initiales (bien souvent désagréables). Le plaisir de la consommation de la marijuana ne se repose pas sur le goût ou les effets de la substance elle-même, mais sur les symboles que le groupe initiateur a attribués à la substance. Ainsi, l'individu est en mesure de transformer les perceptions de son corps pour s'ajuster aux perceptions de la collectivité, ce qui lui garantit ainsi une place dans cette collectivité. De plus, cette reconstruction de ses perceptions lui donne un semblant de contrôle sur son corps et sur lui-même.

### 2.3.3 Le pouvoir d'agir sur sa santé et ses revers

Le patient moderne est devenu un individu qui réclame de recouvrer le contrôle de sa santé pour en devenir lui-même son responsable.

People are very fed up with being passive recipients of authoritarian, paternalistic medicine. And many of these other systems make people feel that they are more autonomous, more in charge of their own destiny. (Fries, 2008, p. 361, citant Andrew Weil, 2003, éditorial du PBS)

Ce désir de responsabilisation va de paire avec le développement d'un locus de contrôle de la santé (LCS). Le LCS est un degré de contrôle de la santé qu'un individu possède sur des situations particulières de sa vie. Les individus qui possèdent un LCS croient pouvoir exercer un contrôle sur leur environnement pour en tirer des conséquences désirables sur leur santé. Il existe deux types de LCS : un LCS interne et un LCS externe. D'après Hinote (2007), ceux qui possèdent un LCS interne conçoivent que leur état de santé est déterminé par les comportements et les choix en matière de santé qu'ils exercent alors que ceux qui possèdent un LCS externe tendent à percevoir la santé comme un état largement tributaire des facteurs extérieurs, comme les influences sociales de l'environnement ou les forces intangibles qui dépassent leur contrôle comme la chance, la malchance ou même le fatalisme (Hinote, 2007; Montbriand et Laing, 1991).

Le LCS d'un individu est construit à travers ses expériences de la maladie, qui contribuent à moduler ses croyances de la santé (Lau et Capasso, 1982). Les croyances d'un LCS sont par contre forgées par des habitudes et des comportements de santé, qui sont bien souvent initiés par les parents dès le plus jeune âge des individus. D'après Lau et Capasso (1982), un LCS interne découle bien souvent de l'adoption de comportements qui sont socialement identifiés comme des bons comportements de la santé (avoir une alimentation saine, maintenir une bonne hygiène du sommeil, faire de l'exercice, ne pas fumer, ne pas faire d'excès d'alcool, faire un suivi régulier chez le dentiste ou le médecin, etc.).

Cependant, le conditionnement aux comportements de santé dès le plus jeune âge ne garantit pas nécessairement le développement d'un LCS interne, mais dépend de son désir de contrôler sa santé, qui induit par ailleurs ses préférences thérapeutiques spécifiques. Selon

Furnham et Forey (1994) et Astin (1998), les individus qui ont un plus fort désir de contrôler leur santé préfèrent recourir aux MAC alors que ceux qui préfèrent laisser reposer le contrôle de la santé entre les mains des experts professionnels se tournent davantage vers la biomédecine. Le LCS des usagers de MAC est plus souvent de type interne, préférant se prendre eux-mêmes en charge de leur santé, alors que celui des usagers de la biomédecine est surtout externe, préférant se remettre entre les mains de leur médecin. Dans le même sens, ceux qui possèdent un LCS externe sont plus souvent satisfaits de la médecine conventionnelle que ceux possédant un LCS interne, qui le sont moins.

C'est par le fait que les usagers des MAC manifestent plus de confiance en leur jugement et dans leurs prises de décision sur la santé, qu'ils se montrent plus souvent réticents à toute forme de paternalisme médical envers eux. Kelner et Wellman (1997) proposent de considérer les usagers de MAC comme des personnes concernées par leur santé plutôt que des révoltés ou des « délinquants » médicaux. Même lorsqu'ils entretiennent des relations harmonieuses avec leur médecin, cela ne change pas leurs préférences, ce pourquoi ils sont moins prêts à remettre le contrôle à l'égard à leurs traitements entre les mains du médecin (Astin, 2000).

Le LCS interne des usagers des MAC est fortement caractérisé par une conscience très aiguë et très alerte du sens de la responsabilité de leur santé, d'où leurs plus fortes croyances en la prévention de la santé. Ils acceptent mieux de régler leurs habitudes de vie à des comportements fastidieux pour la santé pour aboutir au final à une meilleure santé, à l'inverse des non-usagers, qui croient n'avoir aucun pouvoir sur la maladie ou l'amélioration de leur état de santé (Astin, 1998; Cohen et Rossi, 2011; Furnham et Bhagrath, 1993; Furnham et Vincent, 1996, 2000; Goldstein, 2000; Kelner, 2000; Kelner et Wellman, 1997; O'Connor, 2000; Suissa *et al.*, 2016). La pratique des MAC procure un plus grand sentiment de contrôle sur la santé, ce qui tend à encourager plus souvent les pratiques, résultant alors à un développement d'une plus grande conscience et d'une plus forte croyance en la prévention de la santé chez les individus (Sirois et Gick, 2002).

L'injonction moderne de la santé dicte à l'individu de se reposer sur soi-même pour la préservation de sa santé et non plus sur les autres, dont les médecins (Furnham et Bhagrath, 1993; Furnham et Vincent, 1996). Elle exige un effort constant de la part de l'individu qui en

fait la quête (Goldstein, 2000) pour se construire un LCS interne puissant et, préférablement, se défaire du LCS externe.

‘99% of us are born healthy’ and that it is our own ‘misbehavior’ that renders us unfit or ill later in life. (Goldstein, 2000, p. 28, propos du président de la Rockefeller Foundation John Kownles, 1977)

L’atteinte de la santé ou du bien-être est devenue un processus qui exige une participation active. Les usagers des MAC font mieux face aux confrontations de la maladie en se reposant entre autres sur la confiance en leur capacité d’évaluer l’état de leur corps et de prendre les décisions qu’ils jugent adéquates en la circonstance (Furnham et Bhagrath, 1993; Kelner et Wellman, 1997; O’Connor, 2000). Les évaluations et les jugements qu’ils apportent à eux-mêmes impliquent aussi qu’ils doivent constamment se surveiller et être à l’affût de tout changement – de tout déséquilibre dysharmonieux – de leur corps pour y apporter toutes les interventions thérapeutiques qui sont nécessaires (Kelner et Wellman, 1997; O’Connor, 2000).

Peter Conrad (1985) a identifié que le médicament représente pour les personnes épileptiques un *‘ticket’ to normality* (billet vers la normalité) qui leur permet d’intégrer la société et de fonctionner normalement, c’est-à-dire de ne plus être ségréguée par les lois sur le travail, le mariage et la procréation, dans la société qui auparavant les stigmatisait (Conrad, 1985, p. 32). Ainsi, transposé aux MAC, le PSN constitue également un outil de la restitution d’une « normalité » sociale, qui est en l’occurrence la productivité au travail, aux études ou à d’autres domaines de la vie.

La liberté et le contrôle sont les valeurs culturelles des sociétés nord-américaines. Ainsi, les individus sont en droit de réclamer la liberté des choix thérapeutiques, quitte à commettre des erreurs sur la prise d’une décision ou d’un choix. Ils réclament même « *the[ir] right to make the wrong decision* » (leur droit de pouvoir prendre de mauvaises décisions) pour respecter leurs choix de préférences personnelles sur leur santé (Montbriand et Laing, 1991, p. 326).

Dans les sociétés nord-américaines d’aujourd’hui, les médecins ne sont plus perçus comme des figures ultimes de l’autorité ou du contrôle pour délivrer des soins, surtout lorsqu’ils sont propulsés dans un domaine dans lequel ils se sentent inconfortables ou qu’ils peuvent moins

contrôler (Astin, 2000; Wiles et Rosenberg, 2001). Le sentiment de perte de contrôle induit certains comportements, autant chez les médecins que chez les individus.

Le recours aux [MAC] devient un moyen pour le patient de [...] renfor[cer] le sentiment d'être acteur de ses soins et de sa santé [...], rôle actif lui permet de retrouver un sentiment [d'une] liberté perdue [...] de la 'soumission' du corps aux actes techniques de la médecine conventionnelle. (Suissa *et al.*, 2016, p. 278)

Des recherches ont démontré que lorsque les individus ressentent le sentiment de perte de contrôle, leur état mental en est négativement affecté, ce qui conséquemment, nuit à leur état physique et à leur santé (Astin, Shapiro, Lee et Shapiro, 1999). C'est pour cette raison que le désir de contrôle est si crucial pour certains individus, puisqu'il leur procure le sentiment d'espoir, dont l'espoir d'une guérison, qui a aussi pour effet de décroître l'anxiété ou la dépression, menant ainsi à un renforcement des fonctions immunitaires et à prolonger le sens de survivance ou l'instinct de survie (Truant et Bottorff, 1999). Ainsi, le mental – les émotions – possède aussi un pouvoir d'autoguérison, ou du moins la croyance de la guérison.

### **2.3.4 Le pouvoir thérapeutique des croyances**

L'assujettissement du corps à sa volonté est une façon pour l'individu de se transformer pour atteindre un état de bonheur et de bien-être. Lupton (1995) a noté que le succès, l'intégration sociale et l'épanouissement personnel dépendent toujours des capacités de l'individu à contrôler son corps et ses émotions. Cette norme de l'épanouissement de soi implique que l'injonction de la quête de la santé soit perçue comme une norme non coercitive, car elle fait converger les aspirations individuelles et celles de la société en une même configuration sociale.

The practices of the self are not directed by the oppression of subjectivity, but by the enhancement of pleasures and desires, the happiness and fulfilment of the self, the health of the body. (Lupton, 1995, p. 21, citant Rose, 1990, p. 257)

Les représentations et les croyances individuelles sont des facteurs pouvant potentiellement influencer les orientations thérapeutiques des individus en modifiant leur vécu

de la maladie, dont ses interprétations de la maladie, où « la dimension spirituelle [...] est peut-être un soubassement nécessaire à l'activation plus efficace d'effets thérapeutiques » (Suisa *et al.*, 2016, p. 275, citant Berghmans C. et Tarquino C., 2009). La croyance d'avoir le contrôle sur lui-même et sur sa maladie procure à l'individu une vision plus optimiste sur sa santé, qui contribue à l'amélioration de son état de santé (Furnham et Bhagrath, 1993; Furnham et Forey, 1994; Suisa *et al.*, 2016). Ainsi, cette croyance conduit plus facilement l'individu à adopter des comportements de prévention pour rester alerte sur la préservation de sa santé (Jonas, 2000; Norman, Bennett, Smith et Murphy, 1998).

Norman *et al.* (1998) ont observé que les patients qui ont uniquement recours à la médecine conventionnelle ont un niveau de croyance plus faible en leur capacité à apporter des améliorations à leur état de santé; qu'ils tendent à attribuer la maladie au destin, au hasard ou à l'existence d'autres entités intangibles. Par conséquent, ils sont moins portés à considérer d'adopter des comportements favorables au maintien et à la préservation de leur santé. L'exemple suivant de l'extrait d'un des participants dans l'étude de Suisa *et al.* (2016) reflète ce pouvoir thérapeutique des croyances sur la maladie, dont le pouvoir d'autoguérison du corps à se rétablir de lui-même :

Je sens que le corps a d'énormes capacités d'autoguérison et que tous ces produits chimiques ont entièrement anéanti ses capacités, et je ne me suis dit qu'il fallait que je reconstruise ça, car mon meilleur atout, c'est d'avoir un corps capable de résister par lui-même. (Suisa *et al.*, 2016, p. 277)

Ainsi, la médecine du nouveau siècle ne peut se faire sans les médecines alternatives, car la science à elle seule ne peut pas effectivement faire face aux demandes complexes des patients (Snyderman et Weil, 2002). Les émotions et les sentiments, ce que la science ne peut pas mesurer, influencent aussi sur la santé et ces éléments sont des constituants des MAC.

Certes, le recours aux MAC prend la forme d'une entreprise pour échapper au contrôle d'une autorité hiérarchique médicale, ou du moins une tentative d'avoir un certain contrôle sur la maladie, surtout pour les maladies chroniques, mais il est surtout pour donner à ses usagers un sentiment plus fort d'espoir de guérison (Montbriand et Laing, 1991). En parallèle, la crainte de tomber sous le contrôle d'une autorité médicale justifie le fait de dissimuler à cette autorité le recours aux MAC.

Concernant les médicaments, Hippocrate déplorait souvent que ses patients tendent à lui mentir en affirmant qu'ils prennent leurs médicaments alors qu'ils ne le font pas (Fainzang, 2002). Cependant, un soignant peut mentir à son patient en cas de nécessité pour le bien de celui-ci. Si le mensonge ou la dissimulation de la vérité sont justifiés lorsqu'ils sont utilisés par le médecin, ils sont au contraire condamnés lorsqu'ils sont utilisés par le patient (Fainzang, 2002). Le médecin ment ou dissimule la vérité pour le bien de son patient. Le patient ment ou dissimule la vérité aussi pour son bien... et pour le bien du médecin, en se préservant de lui procurer des sentiments de déplaisir.

Selon Fainzang (2002), un patient ment ou dissimule des informations ou la vérité à cause du sentiment de culpabilité d'avoir « commis une transgression » ou de la crainte d'encourir la désapprobation ou la colère du médecin. L'auteure ajoute que le mensonge et la dissimulation sont des moyens pour échapper à la colère du médecin, pour éviter des conflits, des critiques ou des reproches et que, paradoxalement, ils témoignent d'une plus grande soumission du patient à l'égard du médecin. Fainzang conclut que mentir ou dissimuler des informations au médecin est aussi une stratégie pour signifier au médecin que le patient n'a aucunement l'intention de se moquer de lui ou de lui être impertinent. Dans le contexte de la consultation médicale, le mensonge et la dissimulation sont des instruments de la préservation de l'harmonie du patient envers son médecin, pour préserver les bonnes relations (hiérarchiques) avec lui. Dans le cas des consultations MAC, les relations hiérarchiques entre le soignant et le soigné ne sont pas mises de l'avant, car les MAC préconisent une relation de collaboration entre l'un et l'autre, où le soignant est avant tout un guide et un mentor pour le soigné (Snyderman et Weil, 2002).

Jusque-là, nous avons vu qu'à cause de la montée des nouvelles valeurs en santé (santéisation), l'individu a été amené à devoir modifier ses pratiques corporelles et comportements pour les correspondre aux normes de la santé (biosocialisation), afin de pouvoir intégrer dans la société dans laquelle il vit, et de devenir autonome face à sa santé (autocontrôle). Ceci a pour effet de faire apparaître de nouveaux besoins et de nouvelles attentes en matière de santé et de bien-être auxquels la biomédecine éprouve de la difficulté à répondre de façon satisfaisante, amenant à l'insatisfaction en général de la médecine conventionnelle.



La désuétude du système de soins conventionnels ne pouvant répondre adéquatement aux nouveaux besoins, les individus se tournent vers les médecines traditionnelles alternatives, qui font émerger des nouvelles représentations de la santé, de la maladie et de la thérapie et qui nourrissent la popularité croissante des MAC.

Tenant compte de ceci, notre enquête recherche vise à connaître quels sont ces nouveaux besoins et ces nouvelles représentations de la santé et de la maladie derrière la thérapie des PSN, mais chez des individus jeunes. Les jeunes, qui sont habituellement une population plus en santé que les autres tranches d'âge, ne constituent pas, à priori, une population dont on s'attend à ce qu'elle consomme des médicaments. Et pourtant, leur consommation de médicament va en grandissant, ce qui éveille des questionnements et réflexions à faire.

### 3. MÉTHODOLOGIE

Le but de ce mémoire vise à connaître les raisons pour lesquelles les Québécois de 18 à 34 ans consomment des PSN, ce pourquoi la méthode de recherche a été choisie pour répondre à notre problématique est la méthode qualitative. La méthode de recherche qualitative est la mieux adaptée pour étudier ce phénomène social, car la pratique des PSN est socialement jugée comme un comportement non standardisé de la santé. La recherche qualitative ne vise pas à dégager une représentativité, mais de chercher à saisir et à comprendre les logiques rationalisées, les représentations et les motivations qui font vivre et agir les individus (Bréchon, 2011; Massé, 1995; Mays et Pope, 1995). L'enquête qualitative a pour objectif de « découvrir, au plus profond des individus, leurs rationalités, leurs stratégies, leurs intentions » en faisant le recueil des points de vue subjectifs « sur leurs actions, sur des événements auxquels [les individus] ont participé ou dont ils ont été les témoins, sur leurs visions des choses, d'eux-mêmes et des autres » (Bréchon, 2011, p. 17).

Par ailleurs, la recherche qualitative permet d'expliquer pourquoi certains résultats de recherches scientifiques en clinique ne peuvent pas être transférables dans les contextes de la réalité des soins (Kohn et Christiaens, 2014). L'enquête qualitative ne force pas les individus à se conformer dans des termes et des catégories qui leur ont été imposés par les autres, mais les permet de s'exprimer dans leur propre voie, ce qui permet de saisir les valeurs qu'ils attribuent à leurs expériences vécues et les significations qu'ils expliquent leurs comportements (Sofaer, 1999).

The goal of qualitative research is the development of concepts which help us to understand social phenomena in natural (rather than experimental) settings, giving due emphasis to the meanings, experiences, and views of all the participants. (Pope et Mays, 1995, p. 43)

Ce mémoire ne vise pas à chercher *la* bonne réponse à l'explication de la consommation des PSN au Québec, mais de donner un espace à leurs usagers d'exprimer *leurs* bonnes réponses à travers des entrevues semi-dirigées par des questions qui visent principalement à connaître le parcours des expériences de l'usage des PSN des participants. L'entrevue semi-dirigée permet

de recueillir les informations qui sont centrées sur chaque personne pour mieux comprendre les significations et les représentations qui motivent leurs choix thérapeutiques alternatifs.

### **3.1 Le recrutement des participants**

Après avoir obtenu le certificat d'approbation d'éthique du Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal, nous avons procédé au recrutement des participants pour la recherche.

Les participants ont été enrôlés sur la base d'une participation volontaire. L'annonce de recrutement ont été distribuée dans les magasins et les boutiques de produits de santé naturels avec la permission des gérants ou de leurs propriétaires. Des affiches ont aussi été affichées à l'Université de Montréal pour rejoindre les personnes âgées de 18 à 34 ans. Des annonces ont aussi été diffusées sur les réseaux sociaux des naturopathes du Québec et des pages Facebook des différentes associations étudiantes des universités de Montréal. En dernier lieu, nous avons aussi demandé la collaboration d'amis et de connaissances pour aider à trouver des participants.

Concernant les critères de participation, nous en avons établi trois :

- 1) Être âgé entre 18 et 34 ans;
- 2) Avoir consommé un produit de santé naturel depuis au moins 6 mois;
- 3) Être à temps plein aux études ou au travail.

La limite d'âge a été posée pour joindre les personnes qui sont catégorisées comme faisant partie de la jeune population telle que définie par Santé Canada. La durée de six mois depuis le début de l'usage des PSN nous apparaît être une durée appropriée pour obtenir une expérience valide de l'usage de PSN. Et en dernier lieu, le critère de statut à temps plein aux études ou au travail sert à déterminer le statut socio-économique des participants.

Les personnes intéressées à participer à la recherche ont été demandées de nous communiquer pour manifester leur intérêt. L'échantillon des participants s'est ainsi constitué de façon autosélective. Parmi les différents moyens de recrutement, le contact d'amis en amis (la méthode boule de neige) était la méthode la plus efficace. Cette façon de faire n'a pas permis

de tracer une représentativité, mais elle a permis d'entrer plus facilement dans l'intimité des participants, car ils ont été référés par le biais d'une personne de confiance (Fainzang, 2010).

### 3.2 Les participants

Après que les personnes intéressées nous aient contactées, nous avons établi avec elles la date, l'heure et le lieu de rencontre qui leur convenaient le plus pour faire une entrevue d'une durée d'environ une heure. Nous avons délaissé un participant potentiel, car cette personne vit en outremer alors que notre recherche vise à comprendre la consommation des PSN au Québec. Voici un tableau qui résume le portrait général des participants à cette recherche. Les prénoms des participants ont été modifiés pour préserver leur anonymat.

**Tableau 1: Tableau des participants**

	Nom	Sexe	Âge	Scolarité	Occupation
1	Adélie	F	24	Mineure universitaire (diplôme d'études professionnelles en cours)	Étudiante et surveillante de piscine
2	Amélie	F	29	Diplôme d'études collégiales	Technicienne en sous-titrage
3	Claude	H	26	Baccalauréat (maîtrise en cours)	Étudiant
4	Diane	F	34	Maîtrise	Employée à la fonction publique, responsable de programmes culturels
5	Émilie	F	24	Diplôme d'études collégiales	En arrêt de travail (étudiante et employée dans une boutique)
6	Georges	H	26	Maîtrise (doctorat en cours)	Étudiant
7	Karine	F	29	Baccalauréat (maîtrise en cours)	Étudiante et employée au syndicat étudiant
8	Louise	F	29	Baccalauréat (maîtrise en cours)	Étudiante et préposée aux bénéficiaires
9	Nadir	H	26	Diplôme d'études collégiales (baccalauréat en cours)	Étudiant
10	Oscar	H	32	Baccalauréat (maîtrise en cours)	Étudiant et assistance de recherche
11	Robin	H	27	Maîtrise	Enseignant de chimie générale dans un collège privé
12	Samantha	F	29	Baccalauréat (maîtrise en cours)	Étudiante
13	Thomas	H	29	Baccalauréat	Étudiant (ex-entrepreneur en retour aux études)
14	Véronique	F	26	Baccalauréat	Directrice de programmes dans un parti politique

Au total, nous avons interviewé 14 personnes, 8 femmes et 6 hommes. Il a été beaucoup plus rapide et beaucoup plus facile de recruter les femmes que les hommes. Malgré la petite taille de l'échantillon, il demeure qu'elle concorde avec la littérature dans le fait qu'il y a plus de femmes que d'hommes qui ont recours aux MAC. Le critère de l'âge était ouvert de 18 à 34 ans, mais seulement les personnes de 24 à 34 ans ont répondu aux annonces, ce qui fait néanmoins que l'échantillon obtenu est beaucoup plus homogène.

Parmi les 14 participants, deux sont mariés et vivent avec leur conjoint(e), deux autres sont en couple, quatre sont divorcés ou se sont séparés avec leur conjoint(e) et six sont célibataires ou n'ont pas parlé de leur état civil. Concernant l'origine ethnique des participants, 12 personnes sont d'origine caucasienne blanche (dix Québécois et deux Français) et deux, d'origine non caucasienne (une personne d'origine algérienne et une autre laotienne). Cependant, ces deux dernières personnes ont grandi respectivement aux États-Unis et en France, dont elles ont une expérience culturelle surtout occidentale.

Les participants proviennent de milieux socio-économiques moyens et aisés. La classe sociale est déterminée par la profession des parents et du lieu où les participants ont grandi et non par leur quartier de résidence au moment de l'entrevue. Il y a plus de personnes provenant d'un milieu aisé que d'un milieu moyen.

Sur les 14 participants, une personne vit à Gatineau alors que les autres sont à Montréal. De façon surprenante, à l'exception d'un participant de Gatineau, tous les autres participants résident dans le centre-ouest et au nord de l'île de Montréal, soit des divisions où, respectivement, seulement 60 % et 59 % des résidents ont un médecin de famille (Radio Canada, *ICI Grand Montréal*, 23 février 2017). Cependant, nous ne pouvons pas affirmer si ceci constitue un facteur d'influence de la consommation des PSN.

Quant au niveau de la scolarité, plus de la moitié des participants détiennent un diplôme du premier cycle universitaire ou sont en voie de l'obtenir. Neuf personnes sont diplômées au baccalauréat alors qu'une personne est en voie d'être diplômée. Ensuite, un participant détient une mineure universitaire et deux ont un diplôme d'études collégiales. Parmi les dix participants ayant un diplôme universitaire ou sont en voie d'obtention, cinq personnes s'apprêtent à

compléter une maîtrise universitaire alors que trois autres ont déjà leur maîtrise, dont une qui poursuit un doctorat.

La plupart des participants sont des étudiants. Cinq personnes travaillent en même temps qu'elles sont aux études et trois n'ont pas spécifié si elles ont un travail en même temps que leurs études. Un étudiant est un ex-entrepreneur qui a vendu son entreprise pour revenir aux études suite à des problèmes de santé. Et finalement, trois personnes ont un travail à temps plein (fonction publique, enseignement de chimie dans un collège privé et direction des programmes d'un parti politique) alors qu'une personne était en arrêt de travail à cause des problèmes de santé.

En ce qui concerne les PSN utilisés par les participants, ceux-ci consomment, par ordre de popularité, des vitamines, des acides gras essentiels, des produits probiotiques, des infusions de plantes ou d'herbes médicinales, des herbes chinoises, des protéines et des algues en poudre, des produits homéopathiques et des huiles essentielles.

### **3.3 La collecte des données**

Nous avons arrêté la collecte des données après que les gens ont cessé de nous contacter. En même temps, nous avons atteint la saturation des données, puisqu'il ne paraît plus avoir d'autres informations supplémentaires potentielles qui peuvent être recueillies. Selon Bréchon (2011), la saturation est atteinte lorsque l'information obtenue devient redondante et qu'il apparaît qu'il n'y a plus de nouvelles logiques d'actions et de représentations de la part des participants.

Pendant les entrevues, les participants ont été rappelés verbalement de l'objectif de la recherche en plus de se faire remettre une lettre de présentation, qui leur a été distribuée avant le début de l'entrevue. Les participants ont signé une lettre de consentement pour attester leur participation volontaire à l'étude. Les entrevues ont été effectuées de façon informelle à la date, à l'heure et au lieu choisis par les participants. Elles ont été conduites en personne et ont été enregistrées sur magnétophone avec le consentement des participants. Les participants ont été

assurés de la protection de leur anonymat et des informations qu'ils ont consenti à nous faire partager.

Les entrevues ont été faites dans la période fin d'octobre 2015 jusqu'à la fin de février 2016, dont 13 entrevues sur 14 ont eu lieu pendant les périodes hivernales les plus froides de l'année, soit pendant le temps des festivités de Noël, du Nouvel An occidental et du Nouvel An asiatique. Elles varient entre 20 minutes et 1 heure 30 minutes. Les entrevues les plus courtes ont été faites avec des personnes qui ne répondent que succinctement aux questions ou qui ont dû partir rapidement pour des raisons personnelles. Les questions posées sont des questions ouvertes selon un canevas semi-directif pour encourager la discussion et la confiance. Des informations spécifiques ont été fournies lorsque les participants ont exprimé ou manifesté des doutes ou pour avancer la discussion sur certains types d'usages spécifiques des produits de santé naturels. Les participants sont informés sur la définition formelle des PSN émise par Santé Canada et par la DPSNSO et ils ont été rappelés de cette information quand il était nécessaire.

Les entrevues portaient sur les produits que les participants utilisent, la raison de leur utilisation, le contexte qui les a amenés à les utiliser, la manière dont ils ont été mis en contact avec ces produits, leurs opinions sur les PSN, la réaction de leur entourage à leur consommation et se terminaient sur une brève histoire de vie des participants pour établir leur portrait général (origine et travail des parents, lieu de naissance et d'enfance, scolarité). Les participants ont aussi fait part de leur perception de la médecine conventionnelle et de leurs expériences avec les professionnels de la santé, dont leur médecin. Lorsque les participants ont abordé les raisons de leur consommation, ils ont été amenés à ouvrir des sujets de discussion qui n'ont pas été initialement prévus dans les thèmes discutés, alors des questions supplémentaires ont été posées pour obtenir des éclaircissements.

Les participants ont parfois été amenés à parler d'expériences délicates, où ils ont été confrontés à des réactions négatives des membres de la famille, des amis, des collègues de travail et des connaissances à cause de leur choix de consommer des PSN. Lorsque les participants ont choisi de continuer à parler, nous les avons laissé parler de leurs frustrations. Lorsqu'ils ne voulaient pas en parler ou n'en parler que succinctement, nous n'avons pas poussé plus loin.



L'ordre des questions variait d'un participant à un autre et parfois, elles n'ont pas été posées lorsque les participants ont abordé le sujet avant que la question ait été posée. Suite à l'entrevue, avec leur consentement donné au préalable, les participants ont aussi été contactés de nouveau individuellement par courriel pour apporter de nouveaux éclaircissements sur certains sujets. À l'exception d'une personne, tous les autres participants nous ont retourné des réponses.

### **3.4 L'analyse des données**

Les entrevues ont ensuite été retranscrites en verbatim et entrées dans le logiciel d'analyse qualitative Dedoose 7.6.21. L'analyse s'est faite par des identifications thématiques consistant à réduire les sujets abordés en de longues phrases ou en quelques mots signifiants sous des codes qui décrivent le sujet discuté. L'analyse par codage permet de relever les ressemblances et les différences entre les participants pour un même sujet abordé comme la perspective sur les PSN et les médicaments pharmaceutiques, leurs expériences vécues de leurs problèmes de santé, leurs interprétations de diverses représentations symboliques, leurs croyances et les sentiments qu'ils éprouvent par rapport à ce qu'ils vivent et qu'ils acceptent de parler. Les sujets que les participants ont été réticents à en parler, ou du moins à parler en détail, sont aussi révélateurs de leurs façons de penser ou d'interpréter certains événements et expériences. Leurs sentiments réels par rapport à leurs expériences se sont révélés lorsque les mêmes sujets abordés ont été regroupés pour être comparés.

Au début, le codage s'est effectué à partir des catégories suivantes : expériences de la maladie, connaissances des PSN, expériences d'usages des PSN, position envers la médecine conventionnelle, opinions sur la performance, fonctionnalité, réactions de l'entourage. Cependant, au fur et à mesure qu'un thème se complexifiait, des sous-codes ont été créés pour représenter la valeur des nouveaux sous-thèmes abordés par les participants (ex. : la méfiance envers la médecine conventionnelle, l'opinion sur la performance attendue par les autres et sa performance personnelle, la « fonctionnalité », l'effet placebo, etc.). Ces sous-thèmes ainsi que leurs sous-codes ont émergé au moment des entrevues, mais surtout et pendant le processus de l'analyse des données. L'objectif de l'analyse était de dégager les représentations des

participants sur les PSN qu'ils utilisent pour comprendre la façon dont ils les consomment : la façon dont ils procèdent pour sélectionner un PSN, dont ils lui attribuent l'efficacité, l'inefficacité, la sécurité ou la toxicité, la manière dont leurs représentations symboliques influencent leur façon d'utiliser les PSN et dont ils gèrent les contraintes qu'ils rencontrent dans leurs expériences de consommation des PSN.

L'analyse se porte sur la façon dont les usagers définissent leurs choix des PSN, valident l'efficacité ou l'inefficacité des PSN, gèrent les PSN en concomitance avec les médicaments, quand ils prennent des médicaments, et justifient leur automédication face à la confrontation aux réactions des personnes de leur entourage et de leur médecin.

## **4. ANALYSE**

Dans ce chapitre, nous allons regarder brièvement la trajectoire des expériences de consommation des PSN des participants, qui inclut aussi leurs expériences de la maladie, pour analyser ensuite la façon dont ils utilisent les PSN et dans quelles circonstances; la manière dont ils déterminent l'efficacité ou l'inefficacité des PSN et comment ils gèrent les risques, en particulier lorsqu'ils doivent prendre des médicaments pharmaceutiques en concomitance; et finalement terminer avec la manière dont ils gèrent les PSN en rapport avec leurs médecins et leurs médicaments.

### **4.1 Présentation des expériences de consommation des PSN**

Avant de procéder à l'analyse des résultats, il importe de regarder l'expérience de la maladie des 14 participants pour comprendre leurs usages des PSN.

Adélie fait de l'acné « flagrant ». Lorsqu'elle était adolescente, Adélie a utilisé des pilules contraceptives, qui lui ont été recommandées pour son acné. Cependant, elle a eu plusieurs effets secondaires négatifs comme des sautes d'humeur intenses, d'importantes prises de poids, des problèmes de dépression sans pour autant l'aider pour son acné. Par la suite, elle est devenue très réfractaire des médicaments. Lorsqu'elle a appris qu'un fibrome s'est formé dans son utérus, elle n'a pas voulu prendre des médicaments, mais a suivi un programme de traitement avec des produits naturels, qui lui ont été conseillés par une naturopathe. Toutefois, elle n'a pas observé de résultat, donc elle a cessé les produits avant la fin du traitement, car les produits lui coûtaient cher. Cependant, elle prend des produits naturels pour la digestion. Adélie envisage qu'elle va peut-être éventuellement devoir recourir à une opération chirurgicale pour enlever le fibrome, mais sans utiliser de médicaments à cause des expériences négatives des pilules contraceptives. Suite à la lecture d'un article qui parlait des effets des pesticides sur la santé, Adélie a changé son alimentation et a commencé à manger des produits biologiques. Après qu'elle a changé son alimentation, elle a perdu du poids. Adélie était confuse, car elle n'avait pas activement cherché à perdre du poids alors qu'avant, elle n'arrivait pas à en perdre quand elle faisait tout pour maigrir.

Amélie fait de l'endométriose. Elle a des prescriptions de médicaments et des hormones, mais ces médicaments ne fonctionnent pas à long terme. Elle a aussi des problèmes de sommeil. Elle se fait des infusions avec des plantes calmantes (camomille, valériane) et de temps à autre des concoctions d'herbes chinoises pour ses douleurs abdominales. Amélie doute de la validité des PSN, d'autant plus quand ils ont une couleur douteuse, sentent mauvais ou goûtent le « vomis », et donc aime mieux prendre des médicaments pharmaceutiques. Cependant, elle croit que les produits naturels lui permettent de « s'éloigner de ce qui est chimique » et ne pas « mettre de poison » dans son corps.

Claude fait parfois des dépresses et des crises d'angoisse, qui parfois effraient les personnes autour de lui. Il utilise des PSN pour l'aider dans ces problèmes pour éviter les médicaments contre la dépression et l'anxiété. Avant d'être marié, Claude s'est intéressé aux PSN après avoir parlé avec la mère de sa petite amie, qui est actuellement sa femme. La mère de sa femme est une naturopathe. Claude croit qu'il est possible de régler les problèmes de santé mentale autrement que par des médicaments. Il ne s'oppose pas aux médicaments ou au recours à la médecine conventionnelle quand il est nécessaire de le faire, mais il croit aussi qu'en soutenant une bonne santé globale, les problèmes peuvent se régler d'eux-mêmes aussi.

Diane a beaucoup voyagé dans le passé et elle a fait plusieurs infections de bactéries et d'amibes à cause de ses voyages. Ces infections ont causé l'ouverture du clapet de son estomac et depuis, elle fait souvent des reflux gastriques. Son médecin lui a prescrit du Pantoloc pour ses reflux, mais Diane considère que le Pantoloc est une « béquille » pour elle et elle évite d'en prendre le plus souvent que possible. Diane consomme des probiotiques pour contourner son médicament. De plus, elle a dû adopter un nouveau mode de vie et a changé son alimentation, car elle ne peut plus manger comme elle le faisait avant. Peu à peu, Diane a ajouté des PSN dans sa routine, entre autres pour l'accompagner dans ses exercices physiques. À ce jour, Diane garde ses médicaments en cas de nécessité, mais elle s'automédique avant tout avec des PSN.

Émilie souffre de problèmes digestifs, de migraines et de douleurs aux dos suite à un accident de voiture. Elle prenait avant des anti-inflammatoires et des antidouleurs pour ces problèmes, mais ces médicaments empirent ses douleurs. Suite à une visite à ses parents, elle a constaté qu'ils ont changé leur alimentation et ont commencé à consommer des PSN. Elle leur a posé des questions et ils lui ont donné des réponses qui l'ont fait réfléchir. Par la suite, elle

aussi a changé son alimentation et a commencé à utiliser des PSN pour ses douleurs et ses problèmes digestifs. Depuis, elle a entraîné son mari à manger comme elle et tous deux prennent des PSN pour traiter leurs problèmes de santé ou pour maintenir un bon état de santé global. Au moment de l'entrevue, Émilie était en arrêt de travail à cause d'une tumeur à l'utérus. Elle était en attente d'une opération pour enlever la tumeur. Elle suit un programme de traitement de PSN pour la préparer à son opération et pour favoriser la guérison après l'opération.

Lorsqu'il vivait encore en France, Georges faisait régulièrement des angines blanches et devait prendre beaucoup d'antibiotiques. Il est devenu traumatisé par les antibiotiques, car il ne réagit pas très bien aux effets secondaires (maux au ventre, sentiment de faiblesse, etc.). Son médecin en France lui prescrit alors de l'homéopathie pour ses débuts d'angine. Venu à Montréal, Georges continue de consommer des produits homéopathiques, mais aussi d'autres PSN (oligoéléments, huiles essentielles, etc.) pour traiter divers problèmes de santé. Georges vit en colocation avec des personnes qui consomment aussi des PSN, mais que lui-même ne connaît pas. Georges et ses (ex)colocataires ont souvent voyagé et ils ont accumulé beaucoup de connaissances de médecine traditionnelle de plusieurs pays. Ils se partagent les connaissances et les remèdes traditionnels de leurs expériences de voyage. Georges pense qu'il est *empowering* de s'automédiquer avec des PSN, car il peut agir lui-même sur sa santé. Georges dit qu'il prendra des médicaments s'il le faut, mais il va se soigner avec des produits naturels avant.

En 2012, Karine a été diagnostiquée avec la maladie de Crohn et devait prendre plusieurs médicaments (azathioprine, cortisone en pilule, lavements Salofalks, etc.). Suite à la lecture d'un livre que sa tante lui avait prêté sur le gluten, Karine a décidé de tenter de changer son alimentation. Au début, Karine n'y croyait pas trop, surtout que sa facture d'épicerie lui coûtait beaucoup plus cher qu'avant. Cependant, après avoir constaté les améliorations de sa condition, Karine a décidé de continuer. Son épicerie (aliments biologiques, sans gluten, produits naturels) lui coûte aussi cher, mais elle lui a permis de ne pas prendre ses médicaments tous les jours. Le médecin de Karine désapprouve vivement que Karine ait voulu cesser sa médication et une altercation a eu lieu entre eux. Depuis, Karine a espacé ses visites chez son médecin, réduisant les séquences de visite d'une fois aux trois mois à une fois aux deux ans. Karine conserve ses médicaments pour « quand c'est nécessaire », mais privilégie sa nouvelle alimentation, qui lui permet de ne plus « ressentir le fardeau de [s]on corps ».

Louise fait des infections urinaires et est allergique au pollen et aux poils d'animaux. Elle trouve qu'il est « ridicule » de devoir aller chercher une prescription d'antibiotiques à chaque fois qu'elle fait ses infections. Louise a développé une résistance aux antibiotiques et elle est aussi devenue très sensible aux effets secondaires des médicaments. Les antihistaminiques pour les allergies lui causent des nausées ou de la somnolence. Il y a une marque d'antihistaminiques dont les effets secondaires ne l'affectent pas trop, mais cette marque est en vente exclusive et elle coûte trop cher pour Louise. Louise travaille comme préposée aux bénéficiaires et une des clientes n'aime pas que Louise « renifle » chaque fois que Louise vient chez elle. La cliente lui a donné un PSN contre des allergies et Louise les a juste pris pour que sa cliente arrête de rechigner. Un autre client, qui fait souvent des infections urinaires, a donné à Louise des cachets de canneberge. Louise n'aime pas particulièrement les PSN, d'une part à cause des comportements désagréables de ses clients usagers de PSN, d'autre part parce que Louise juge que certains de ses clients font des usages démesurés de ces produits « pas trop régulés ». Malgré tout, Louise continue à utiliser le PSN contre les allergies, car le produit fonctionne pour elle sans lui causer d'effets secondaires. Cependant, elle a cessé de prendre les cachets de canneberge, car elle n'a observé aucun résultat. Ceci dit, Louise a cessé de renouveler sa carte d'assurance maladie.

Nadir n'a pas de problèmes de santé en particulier. Il a juste commencé à prendre des oméga-3 parce que sa mère lui a dit d'en prendre. Par la suite, il a commencé à utiliser d'autres produits par curiosité pour faire comme ses amis, comme de la poudre chocolatée à ajouter dans les boissons. Cependant, il a arrêté d'utiliser ces derniers, car il n'a pas constaté les effets désirés. Nadir est réticent envers les médecins et les médicaments, car il croit que les médecins ne font pas toujours ce qu'il y a de mieux pour les gens et qu'ils prescrivent des médicaments à cause des ententes avec des industries pharmaceutiques. Nadir a développé ces croyances en partie à cause de ce qu'il a vu chez son père. Le père de Nadir a dû se faire opérer plusieurs fois pour des problèmes de pierres au foie. Chaque fois, les médecins lui ont dit qu'il n'en aura plus après l'opération, mais le problème se répète. C'est lorsque le père de Nadir a commencé à prendre des PSN qu'il a commencé à perdre des pierres, ce qui a contribué à élever la curiosité de Nadir. Cependant, Nadir demeure critique envers les PSN tout comme les médicaments. Pour lui, les effets secondaires des médicaments à long terme sont inconnus, voire néfastes pour la santé,

alors que les PSN sont plus des produits de commerce que des soins pour la santé. Nadir ne croit ni aux médicaments ni aux PSN, mais croit sa mère. Par conséquent, il fait tout ce que sa mère lui dit de faire et prend des oméga-3, et ce, qu'importe ce qu'il en pense réellement. Jusqu'à un certain point, Nadir croit qu'en faisant ce que sa mère lui dit de faire, il est possible d'éviter « plus tard » des maladies.

Oscar a déjà eu une période de vie où il avait des problèmes dépressifs et avait des prescriptions de médicaments d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs. Cependant, il trouve les effets secondaires de ces médicaments « traumatisants », comme donner des idées suicidaires. Il a découvert plus tard que ces médicaments étaient très critiqués pour cet effet secondaire en particulier. Oscar s'est tourné ensuite vers des PSN comme des acides gras essentiels, l'huile de foie de morue et les oméga-3. Pour Oscar, ces produits stabilisent son humeur générale comme les antidépresseurs, mais sans lui donner des effets secondaires néfastes. Ensuite, à cause de ses études et de son travail, qui déborde souvent sur les fins de semaine, Oscar n'a pas beaucoup de temps pour prendre soin de lui et de sa santé. Par conséquent, il utilise des PSN, dont les vitamines, pour « boucher les trous » de sa « diète merdique ». En consommant ces produits, Oscar se sent moins coupable d'avoir mangé un Big Mac ou de la pizza congelée, car il se dit que les PSN vont couvrir les lacunes nutritives des *fast foods*.

Quand Robin avait 16 ans, ses parents ont divorcé et il a commencé à développer des problèmes d'insomnie. Sa mère lui a donné un PSN contre l'insomnie qui l'a aidé. Plus tard, devenu enseignant de chimie dans un collège privé à Gatineau, Robin développe de nouveau des problèmes d'insomnie à cause de l'anxiété. Un médecin lui a prescrit du Xanax, mais les effets secondaires causent des problèmes de pertes d'attention et des trous de mémoire. Pendant les vacances de Noël, il est retourné en France pour visiter ses parents et a vu son médecin de famille. Son médecin lui refait une autre prescription de Xanax, mais en lui recommandant de ne pas en abuser pour ne pas en devenir dépendant. Son médecin lui conseille d'aller voir du côté des produits naturels. À la pharmacie, la pharmacienne lui a recommandé un produit nommé Novanuit et Robin revient au Québec avec ce produit. Lorsqu'il finit sa boîte de Novanuit, sa mère lui expédie un nouveau de France. Robin substitue le Xanax avec son Novanuit, mais garde le Xanax dans son tiroir en cas de nécessité.

Samantha a tendance à être anxieuse et dépressive et a des préoccupations par rapport à son poids. Elle a des prescriptions de somnifères et d'antidépresseurs. Cependant, Samantha ne veut pas prendre ses antidépresseurs. Suite à la lecture d'un livre sur les oméga-3 que sa mère lui a prêté, Samantha a commencé à prendre des oméga-3. Les collègues de travail des parents de Samantha utilisent de la mélatonine pour leur problème de sommeil. Tour à tour, les parents de Samantha, qui sont séparés, lui recommandent de la mélatonine en se basant sur les expériences de leurs collègues de travail respectifs. Cependant, Samantha a cessé de les utiliser après avoir constaté que la mélatonine n'a pas d'effets sur elle et prend des somnifères. Cependant, Samantha croit que les oméga-3 l'aident pour ses problèmes de sommeil et se fait régulièrement des infusions de cannelle et de gingembre qu'une amie lui a conseillées pour réguler son taux de sucre et son poids.

Thomas était un entrepreneur, mais il s'est surmené au travail, ce qui a provoqué un déclin de sa santé (fatigue intense, amaigrissement, chute de cheveux, affaiblissement du système immunitaire, perte d'appétit, mauvais sommeil, etc.). Thomas a pris conscience qu'il ne pouvait pas continuer à travailler ainsi. Suite à des discussions avec son ex-conjointe, qui est une naturopathe, et des amis, Thomas a commencé à faire des recherches sur la médecine ayurvédique et a commencé à utiliser des PSN ayurvédiques (dont l'ashwagandha) pour l'aider à supporter le stress et la fatigue. Par la suite, il a vendu son entreprise et est retourné aux études pour s'arrêter un moment et pour se remettre en santé. Thomas est réfractaire aux médicaments, car il considère que le médicament est une « invasion » que le corps a de la difficulté à gérer. De plus, il veut éviter l'effet cascade des médicaments (prendre un médicament pour contrer les effets secondaires d'un autre). Thomas dit qu'il prendra des médicaments si c'est vraiment nécessaire, mais il privilégie la voie préventive avant tout, car il croit qu'il est possible de prévenir des maladies, et d'éviter les médicaments, avec une alimentation et un mode de vie sains (bonne hygiène de sommeil, bonne hygiène de travail, faire de l'exercice, faire sa nourriture). Thomas ne veut surtout pas retomber dans l'état d'épuisement dans lequel il était avant d'avoir vendu son entreprise.

Véronique a quelques problèmes d'endormissement, de digestion et un peu de préoccupations quant à son poids. Elle n'a pas de problèmes de santé qui nécessitent de prendre des médicaments. Véronique se fait des tisanes de relaxation et d'aide à la digestion. Elle vient



récemment d’emménager à Montréal pour son nouveau travail. À cause de ces récents changements de vie, Véronique n’a pas encore eu le temps de se faire une routine qui inclut de faire de l’exercice ou de cuisiner et elle croit que c’est ce qui influence son poids. Cependant, elle pense que dès qu’elle sera bien installée, elle pourra se refaire une nouvelle routine de mode de vie sain. Suite à une publicité à la radio qui parlait des Nutricap, Véronique a commencé à les utiliser pour avoir de plus beaux cheveux. Véronique considère que les cheveux sont un critère visible de santé.

A priori, ces expériences de la maladie ne permettent pas d’identifier des éléments communs dans les expériences de consommation des PSN des participants. Cependant, nous constaterons plus tard comment ces expériences ont un impact sur la perception et la représentation symbolique des PSN des participants ainsi que de la manière qu’ils les consomment.

## **4.2 Les usages des produits de santé naturels**

### **4.2.1 PSN: entre « aliment » et « médicament »**

Comme nous l’avons déjà mentionné avant, les PSN sont aussi connus sous le nom d’« alicament », qui est en fait une contraction entre les termes « aliment » et « médicament » et qui place les PSN dans une zone floue entre les aliments et les médicaments. Les participants exploitent cette zone floue, les utilisant parfois comme des aliments, parfois comme des médicaments, dépendant de leurs besoins et de leurs objectifs spécifiques. Néanmoins, deux tendances d’utilisation se dessinent entre les participants et les distinguent les uns des autres. Certaines personnes utilisent plus souvent les PSN comme des aliments; l’autre, plus souvent comme des médicaments. Nous les avons divisées en deux groupes distincts selon leur mode d’utilisation préféré : un groupe PSN-aliment et un groupe PSN-médicament. Mais avant de parler plus en détail à propos de leur mode d’usage des PSN, voyons un peu leurs caractéristiques sociodémographiques.

Au niveau de l’interprétation des causes des problèmes de santé, une différence est notable entre les femmes et les hommes. Les femmes attribuent surtout leurs problèmes à des

causes émotionnelles (inquiétudes constantes, stress et anxiété, tensions familiales et au travail, séparations amoureuses) alors que les hommes les attribuent souvent à des déséquilibres du mode de vie (trop de viandes et de sucres et pas assez de fruits et de légumes, trop de travail stressant et pas assez de temps de congé, de repos et de sommeil) ou le manque d'exercice et l'âge (arthrite venant avec l'âge, douleurs articulaires à cause d'une trop longue absence d'exercices physiques).

Dans les études antérieures sur les MAC, les usagers des MAC tendent à être des personnes très scolarisées (Andrews et Boon, 2005; Astin, 2000; Blais, 2000). En effet, nous retrouvons dans notre échantillon un grand nombre de personnes très scolarisées. Cependant, il y a aussi des participants qui ne possèdent pas de diplôme universitaire au moment de l'entrevue. Nous estimons que la consommation des PSN est un peu plus généralisée au Québec, d'autant plus que les PSN sont aujourd'hui beaucoup plus visibles et beaucoup plus accessibles qu'ils étaient auparavant.

Cela dit, le niveau de scolarité semble avoir un certain impact sur la façon dont les participants perçoivent les PSN et la manière dont ils les utilisent. De façon générale, plus la scolarité est élevée (1<sup>er</sup> cycle et plus), plus les PSN tendent à être perçus comme des dispositifs médicaux et ils sont utilisés de façon ponctuelle, à court terme et avec un objectif très spécifique (par exemple, éviter les dépresses saisonnières ou une fragilité du système immunitaire pendant la saison d'hiver). Lorsque la scolarité est tout au plus au 1<sup>er</sup> cycle universitaire, les PSN tendent à être perçus comme des aliments et ils sont utilisés de façon régulière, chronique, à long terme et avec un objectif plus ou moins spécifique (par exemple, maintenir une bonne santé globale ou ne pas avoir de maladies potentielles quelconques).

Concernant le locus de contrôle de la santé des participants, il diffère selon leur contexte de vie familiale/conjugale, à un temps donné et à un moment donné, tendant plus vers un LCS interne dans certaines circonstances, et plus vers un LCS externe dans d'autres. Lorsque le participant vit seul, son LCS tend plus vers un LCS interne, et un LCS interne qui est fort. Lorsqu'il vit avec ses parents ou avec un(e) conjoint(e), le LCS peut varier. Le LCS interne peut diminuer ou se transformer en LCS externe lorsque le participant se remet entre les mains d'une autre personne (mère, père, conjoint ou conjointe) pour la gestion de santé. De la même façon,

le LCS interne peut s'intensifier si leur autre signifiant, souvent entre conjoints, a un LCS plus externe ou un LCS interne plus faible.

À propos des types de problèmes traités par les PSN, les personnes du groupe PSN-médicament ont plus souvent des problèmes d'insomnie, de stress et d'anxiété alors que ceux du groupe PSN-aliment visent surtout à traiter les douleurs et les inflammations (tête, dos, articulations, estomac et intestins, douleurs abdominales pour les problèmes féminins) et les problèmes d'humeur (déprimés, dépression). Il y a plus de personnes qui ont des prescriptions de médicaments par un médecin dans le groupe PSN-médicament que le groupe PSN-aliment.

Les personnes du groupe PSN-médicament utilisent les PSN avant de traiter des problèmes spécifiques de santé alors que les personnes du groupe PSN-aliment visent surtout à rétablir un état de bien-être, à prévenir contre la manifestation de leurs problèmes et à maintenir une bonne santé globale. Le groupe PSN-médicament tend à préférer que la gestion des PSN ne dérange pas trop sa routine journalière alors que les personnes de groupe PSN-aliment ont souvent dû modifier leurs horaires du quotidien et leurs activités de vie depuis leur utilisation des PSN. Les personnes du groupe PSN-aliment consacrent beaucoup plus de temps, d'effort et d'énergie à gérer les PSN que celles du groupe PSN-médicament. Elles se surveillent beaucoup plus assidûment et réagissent beaucoup plus rapidement aux moindres fluctuations de leur état de santé. Quant à celles du groupe PSN-médicament, comme il a été mentionné avant, elles tendent à ne pas réagir au moment où un problème se manifeste, mais attendent un certain temps avant d'intervenir, quand elles jugent que le problème perturbe beaucoup trop leur quotidien.

Concernant l'évaluation de l'état de santé, les personnes du groupe PSN-aliment se considèrent généralement en meilleure santé que celles du groupe PSN-médicament. Paradoxalement, les personnes du groupe PSN-aliment ont une plus longue carrière de malade que celles du groupe PSN-médicament, c'est-à-dire que les premières souffrent depuis plusieurs années de leurs problèmes de santé alors que les dernières en sont encombrées que très récemment, tout au plus depuis un an.

Il est fort possible que ce paradoxe s'explique par le fait que les personnes du groupe PSN-médicament ont été moins habituées à vivre avec les changements récents de leur état de santé, d'où une évaluation plus négative, alors que celles du groupe PSN-aliment ont dû

apprendre à composer avec leurs problèmes depuis longtemps. Il est aussi possible qu'à un même niveau d'inconfort, le niveau de tolérance des personnes du groupe PSN-aliment est plus élevé que celui du groupe PSN-médicament, à cause justement de cette différence de temps vécu avec le problème de santé. Plus un problème persiste dans le temps, plus la personne tend à augmenter son seuil de tolérance face aux inconforts, contribuant ainsi à renforcer son impression que le problème ne l'affecte pas si négativement qu'elle le pense, et donc plus elle tend à déclarer qu'elle est en « bonne santé ». Mais parallèlement, elle tend à oublier ce qu'est l'effet de vivre sans problème de santé.

Revenons au temps de réaction d'intervention des participants des deux groupes. Les personnes du groupe PSN-médicament ont une plus courte carrière de malade, ont moins de tolérance face aux inconforts, mais attendent plus longtemps avant d'intervenir. De l'autre côté, les personnes du groupe PSN-aliment ont une plus longue carrière de malade, ont plus de tolérance face aux inconforts, mais réagissent plus rapidement pour intervenir. Il est possible que ceci soit causé par la différence de la durée de l'expérience face à la maladie entre les deux groupes. Il est probable que les personnes du groupe PSN-aliment ont acquis de meilleures expériences de la maladie, qu'elles soient plus aptes à détecter un problème, à l'identifier ou à le reconnaître, à connaître son impact à long terme et savent comment lui faire face, d'où leurs interventions plus rapides. Quant aux personnes du groupe PSN-médicament, elles ont une expérience plus courte et, par conséquent, savent moins comment réagir adéquatement face à un problème quand il se manifeste.

Concernant la première expérience d'usage aux PSN, presque tous les participants ont été initiés aux PSN dès leur jeune âge par leurs parents. Cependant, ces expériences sont trop éloignées dans leur mémoire pour avoir un impact direct sur leur consommation actuelle. Ainsi, ce qui nous intéresse est leur « initiation » à l'âge adulte/adolescent, c'est-à-dire à partir du moment où ils ont consciemment décidé, de façon (plus ou moins) réfléchie, de commencer à utiliser les PSN. Ceci dit, une initiation pendant la jeunesse n'amène pas nécessairement une ouverture d'esprit aux PSN, mais dépend de l'« initiation » adulte/adolescente.

Pour les personnes du groupe PSN-médicament, elles ont généralement été amenées à utiliser des PSN sur la recommandation directe d'une personne de la famille, des amis, d'un tiers référentiel alors que dans le groupe PSN-aliment, ce sont souvent les participants eux-

mêmes qui prennent l’initiative d’utiliser des PSN. Les personnes du groupe PSN-aliment sont plus proactives que celles du groupe PSN-médicaments dans l’usage des PSN. Étant donné que les personnes du groupe PSN-médicament visent surtout à traiter un ou des problèmes, elles ne se procurent que les PSN qui sont spécifiquement destinés à traiter leur problème et s’aventurent moins vers les PSN à autres usages. Les personnes du groupe PSN-aliment ont des objectifs de soins un peu plus flous d’atteinte et de maintien d’un état de bien-être global, ce qui les amène à vouloir essayer plusieurs produits à la fois. Ainsi, les personnes du groupe PSN-médicament consomment moins de PSN que celles du groupe PSN-aliment, soit une moyenne respective de 3 et de 8 produits par personne pour chaque groupe (l’écart entre le nombre de produits du groupe PSN-médicament est de 8 produits alors qu’il est de 14 pour le groupe PSN-aliment).

À propos des risques potentiels associés aux PSN, la possibilité de pouvoir décider quand commencer, quand arrêter ou quand recommencer des PSN selon les besoins ressentis rassure les participants des deux groupes. Cependant, les personnes du groupe PSN-aliment se montrent beaucoup plus strictes et beaucoup plus exigeantes sur leur gestion des PSN que celles du groupe PSN-médicament. Leur autoprescription est beaucoup plus sollicitée sur la durée du temps et sur les fréquences de consommation et exige beaucoup plus de discipline de soi. Par le même fait, les personnes du groupe PSN-aliment démontrent avoir une plus forte emprise sur leur prise de charge de la santé et une vision beaucoup plus à long terme sur son impact que celles du groupe PSN-médicament.

Nous aimerions faire une parenthèse sur la façon dont les participants de chaque groupe arrivent aux entrevues, car elle est révélatrice de la place que les PSN occupent dans leur vie quotidienne. Les personnes du groupe PSN-médicament arrivent à l’entrevue et se mettent à parler librement en réponse aux questions qui leur sont posées, n’ayant fait aucune préparation préliminaire. Exceptionnellement, une personne avait apporté sa boîte de produit pour l’insomnie dans son sac à dos, mais ce n’était pas préparé pour l’entretien. Cette personne était en visite à Montréal pour une fin de semaine du temps des fêtes, dont avait emporté son produit pour dormir en ville, et nous a accordé une entrevue juste avant de retourner à Gatineau. Elle avait son produit dans son sac à dos et l’avait sorti pour le montrer au moment de l’entrevue.

À l’inverse du groupe PSN-médicament, les personnes du groupe PSN-aliment avaient fait des préparations préliminaires avant l’entrevue. La plupart d’entre elles ont pris le temps de

faire une liste, écrite ou mentale, de leurs PSN, de réfléchir sur les raisons pour lesquelles elles les consomment, les usages multiples qu'elles en font et les raisons pour lesquelles elles ont choisis ceux-ci par rapport aux autres produits. Dans le cas des entretiens réalisés à domicile, les participants avaient sorti leurs produits pour les étaler sur la table de la cuisine ou du salon pour nous les montrer. Cela dit, ces personnes ne choisissent pas nécessairement de parler des produits qu'elles consomment au moment de l'entrevue, mais choisissent les produits qui ont un lien avec un moment signifiant ou marquant du court de leur vie.

Cette différence dans la préparation à l'entrevue entre les deux groupes démontre que les PSN occupent beaucoup de place dans le quotidien des personnes du groupe PSN-aliment que celles du groupe PSN-médicament. Pour les premières, la place qu'elles consacrent à gérer leur santé dans leur quotidien est assez importante pour qu'elles modifient leur mode de vie afin de pouvoir y consacrer une attention plus accrue et une surveillance plus constante. Quant aux personnes du groupe PSN-médicament, elles consacrent une attention à leurs problèmes quand ceux-ci se manifestent.

Par ailleurs, le changement du mode de vie des personnes du groupe PSN-aliment révèle qu'il y a eu une transformation des représentations de la santé et de la maladie et des perceptions de la thérapie chez ces personnes, d'où les remaniements de leurs comportements et de leur mode de vie.

Et par rapport à leur position envers le système de santé conventionnel, seulement un tiers des personnes du groupe PSN-médicament fait encore confiance au système alors que c'est également divisé dans le groupe PSN-aliment. Quant à la confiance au médicament, une seule personne sur 14 fait encore confiance aux médicaments, mais elle n'a pas eu à devoir prendre des médicaments prescrits jusque-là.

A priori, en regard des résultats observés, on peut penser qu'une distinction se dessine entre les participants, d'un côté ceux qui perçoivent les PSN plus comme des aliments et de l'autre côté, plus comme des médicaments. Toutefois, selon ces différences, ils partagent plus de similarités que de différenciations dans leur consommation des PSN.

Concernant le choix des PSN, ceci dépend des philosophies et représentations symboliques que ces produits incarnent pour les participants. Leurs conceptions de la santé

(absence de maladie ou état de bien-être physique, mental, émotionnel, social et environnemental), de la maladie (partie symptomatique du corps ou déséquilibre) et de la thérapie (traitement contre un mal ou rétablissement d'un équilibre) constituent les fondements qui guident leurs choix. Nous verrons cela en détails plus tard.

Et finalement, concernant les usages des PSN, les participants à cette recherche consomment les PSN pour quatre objectifs majeurs : 1) traiter un problème de santé, 2) atteindre, maintenir ou rétablir un état de bien-être, 3) prévenir des problèmes de santé et 4) optimiser sa santé ou augmenter la qualité de vie. Ceux-ci correspondent respectivement à : 1) cibler spécifiquement un problème à régler; 2) se procurer ou rétablir un état de bien-être initial (incluant le maintien de la bonne humeur); 3) se prémunir contre la manifestation d'un mal ou de son symptôme ou l'apparition de maladies potentielles (maintien du bon fonctionnement du système immunitaire); et finalement 4) améliorer sa qualité de vie ou maximiser ses capacités physiques, intellectuelles et cognitives.

#### **4.2.2 Traiter un problème de santé**

Beaucoup d'études (Eisenberg *et al.*, 2001; Fainzang, 2010; Kelner et Wellman, 2000) démontrent que l'automédication est une pratique utilisée comme première stratégie de défense contre les inconforts qui dérangent une personne dans ses activités quotidiennes. Selon Fainzang (2010), ces inconforts sont ce que les individus perçoivent comme des problèmes bénins, c'est-à-dire de « petits risques » (Fainzang, 2010, p. 119, citant Steudler, 1999), des « troubles [qui] ne sont pas assez graves pour déranger un médecin » ou que les sujets (les usagers) « connaissent assez pour se soigner eux-mêmes » (Fainzang, 2010, p. 119, 120). Leur recours peut également viser à traiter les problèmes pour lesquels ils n'ont pas trouvé de solution dans les soins conventionnels.

Fainzang (2010, p. 120) postule qu'un individu considère qu'un problème est « bénin » lorsqu'il connaît ou reconnaît un symptôme pour l'avoir déjà vécu dans le passé. Ainsi, une situation est jugée « bénigne » lorsqu'elle est déjà « connue », soit par l'utilisateur lui-même ou soit par quelqu'un dans son entourage (famille, amis, collègues de travail, etc.), comme c'est le cas pour les problèmes d'allergie, la toux, la fièvre, des douleurs au ventre (douleurs d'estomac,

problèmes de digestion), les maux de dos et l'insomnie. Ou encore, l'automédication est pratiquée lorsque les individus se sentent assez confiants pour traiter eux-mêmes leurs problèmes (Hughes, McElnay et Fleming, 2001). Selon Hughes *et al.* (2001), entre 70 à 90 % des problèmes de santé sont traités par différentes formes d'automédication, et n'ont pas été portés à l'attention des professionnels de la santé.

Les participants à notre étude utilisent les PSN pour traiter des problèmes comme les problèmes immunitaires (rhume, fièvre, allergie, angine bactérienne), des coupures ou des blessures mineures, les douleurs musculo-squelettiques (articulation, dos), les problèmes de digestion (douleurs et brûlures d'estomac, reflux gastro-œsophagiens, maladie intestinale), les maux céphaliques (maux de tête, migraine), l'insomnie, les problèmes d'humeur (déprime, stress, anxiété, dépression) et les problèmes féminins (endométriose, masse et tumeur utérines). À l'exception des maladies intestinales et des masses utérines, les autres problèmes de santé sont identifiés comme des problèmes bénins dans le compendium des problèmes bénins de l'Association des pharmaciens du Canada (Association des pharmaciens du Canada, consulté le 13 juillet 2017). Pourtant, aussi bénins soient-ils, et même s'ils ne méritent pas de recourir à un médecin, ces problèmes sont néanmoins gênants pour les participants, car ils entravent (sérieusement) leur vie quotidienne ou génèrent des inquiétudes constantes. Par conséquent, ils cherchent à régler ces problèmes ou du moins à s'en soulager pour amenuiser leurs impacts afin de pouvoir fonctionner normalement tous les jours.

[C'est un stress] émotionnel, mais c'est plus un stress physique, dans le sens que ça occasionne, ça change les activités, dans le sens qu'il y a des choses que je peux plus faire, comme je ne peux plus vraiment travailler [...]. Avant, je travaillais beaucoup. J'avais deux jobs. Je les ai encore, mais je suis en arrêt de travail. [...] Puis il y a eu l'accident d'auto, fait que j'ai mal au dos [...]. Oui, ça change mes activités là, oui. (Émilie, 24 ans)

Pour traiter leurs problèmes de santé, les participants suivent une série d'étapes pour cerner le problème et y trouver les solutions pour le régler. Tout d'abord, il s'agit de procéder à un autodiagnostic en faisant son auto-examen afin d'identifier le symptôme manifesté. Ensuite, il s'agit de consulter les référents profanes de l'entourage (famille, amis, collègues de travail, etc.) pour connaître la nature du symptôme et lui attribuer un problème à traiter. L'attribution



d'un problème à un symptôme peut se faire sans demander l'avis de l'entourage lorsque la personne reconnaît le symptôme pour l'avoir déjà expérimenté antérieurement.

Bien souvent, la famille est la première source consultée pour parler des problèmes de santé et demander des conseils pour traiter ces problèmes. Les membres de la famille peuvent fournir leur opinion sur la base de leurs expériences antérieures de symptômes similaires – voire même l'expérience d'autres personnes qu'ils connaissent dans leur cercle d'amis et de connaissances étendues –, par rapport à des solutions qui ont fonctionné pour eux ou pour leurs connaissances. Les expériences des membres de la famille ainsi que des amis et des connaissances constituent la première source d'informations et de conseils thérapeutiques.

La mélatonine, c'est une de ses collègues [à ma mère], qui je crois qui utilisait ça, puis qui avait su que j'ai des problèmes d'insomnie depuis toujours. Elle [ma mère] a dit « Essaie ça, on va l'essayer ». [...] Puis justement, la semaine passée, dans le temps des fêtes, je suis allée patiner avec lui [mon père], puis il m'a dit « Ah, j'ai une collègue de bureau qui m'a parlé des produits naturels pour l'insomnie », puis il m'a donné un papier, puis c'était écrit « mélatonine » dessus. (Samantha, 29 ans)

Selon plusieurs chercheurs (Goldstein, 2004; Kelner et Wellman, 1997; Montbriand et Laing, 1991; Wellman, 2000), les membres de la famille sont les premiers et les meilleurs « prescripteurs » de soins alternatifs, surtout s'ils se nourrissent de multiples lectures de médecines populaires (Goldstein, 2004).

Les oméga-3, c'est elle [ma mère] aussi. C'est elle qui avait lu l'livre [sur les oméga-3] du médecin dont je te parlais, puis elle me l'a prêté après. Puis, elle en consomme aussi de 5 à 8 capsules par jour, puis ça avait un bien fait sur sa santé mentale puis son bien-être général. (Samantha, 29 ans)

Après la cueillette des expériences et des solutions proposées par les référents profanes, une personne peut par la suite décider ou non d'étendre ou de vérifier la validité de ces informations et conseils. Ceci se fait par l'autoéducation du sujet, c'est-à-dire que la personne cherche à se documenter davantage sur son problème et sur les solutions existant en naviguant sur Internet, en lisant des livres, des magazines ou des journaux ou en écoutant la télévision et la radio. Toutefois, la validité des informations et des conseils est souvent fondée non sur la crédibilité de la source d'information, mais sur la relation de confiance qu'une personne éprouve

envers son référent. Pour elle, l'expérience des référents est parfois plus valide et plus crédible que les ressources référentielles des experts scientifiques et médicaux. En fait, elle considère que si sa ressource référentielle lui conseille un produit, c'est parce qu'elle a été témoin de son efficacité, soit pour l'avoir expérimenté elle-même, soit pour en avoir observé directement les effets ou en avoir entendu parler par d'autres personnes de son milieu. Ainsi, le PSN conseillé devient une solution thérapeutique qui mérite d'être essayée.

Mon copain [...], lui et sa famille sont beaucoup plus dans les produits pharmaceutiques, des vraies pilules-là tsé. Donc, « Ces recettes magiques-là, ces recettes miracles-là, j'y crois pas ». Mais en même temps, quand je lui ai fait goûter les infusions de gingembre, un soir, j'étais revenue, puis il avait fait 20 pots de Mason d'infusion de gingembre genre pour la semaine là tsé. (Samantha, 29 ans)

Ils [collègues de travail] achetaient des produits biologiques, organiques, tout ça, puis ça l'a juste éveillé ma curiosité. À un moment donné, j'ai dû me demander « Mais pourquoi? » tsé. Puis, je regardais des documentaires de l'alimentation puis tout ça, fait que c'est sûr qu'il y a une influence extérieure, sûr et certain. (Amélie, 29 ans)

Néanmoins, le participant fait une sélection parmi l'abondance des informations et des conseils recueillis en se basant sur ce qui lui semble le plus sensé, c'est-à-dire sur les informations qui résonnent avec ses préférences, ses valeurs, ses croyances et ses représentations de la santé, de la maladie et de la thérapie, ou encore en se basant sur ce qu'il considère comme le mieux adapté à sa condition. Il s'agit pour lui de mettre le plus de chances de son côté pour favoriser la guérison ou de soutenir ses capacités d'autoguérison du corps, et ce, même lorsqu'il ne croit pas en l'efficacité des produits qu'il a choisi d'utiliser.

Avant ma chirurgie, j'ai trois produits homéopathiques à prendre. Je crois pas beaucoup à l'homéopathie. Mais bon, supposément, ça marche, fait que je vais les prendre. C'est pas cher de toute façon. Juste avant la chirurgie, minuit avant j'ai pas le droit de rien boire, de rien manger, fait que des petites granules [d'homéopathie], y va pas vraiment le voir [...]. Ça n'affecte pas ton système digestif, parce que je vais les mettre en dessous de ma langue. Ça va pas augmenter ma vessie non plus. [...] Puis, après la chirurgie, j'ai Liver-G.I. Detox pour détoxifier mon foie, parce qu'elle [la naturopathe] a dit que mon foie est engorgé. Faut que je continue le zinc. Faut que je prenne mon huile de poisson, mes oméga-3 [...], puis je continue l'homéopathie arnica, calendula, hypericum [...]. Et optionnel pour les cicatrices [...], ça s'appelle Wa Enzyme [...], pour aider supposément pour les cicatrices. (Émilie, 24 ans)

Après avoir sélectionné une ou des thérapies à essayer, s'ensuit alors l'étape de l'expérimentation des produits que la personne a choisis pour constituer son autoprescription. Ensuite, elle va se procurer les PSN en magasin, en pharmacie ou en boutique.

### 4.2.3 Atteindre, maintenir ou rétablir un état de bien-être

Atteindre, maintenir ou rétablir un état de bien-être constitue le deuxième objectif d'utilisation des PSN. Ici, il ne s'agit pas de ne viser que les aspects médicaux et biophysiques, mais de se procurer le *ressenti* d'être en santé et de bien-être. Il s'agit donc d'appréhender la santé sur le plan global, incluant les aspects mental, émotionnel, social, environnemental et même spirituel.

Pour les participants, il s'agit non seulement d'être en santé, mais également d'être « en forme ». Les participants font en effet une distinction entre « être en santé » et « être en forme ». « Être en santé » représente pour eux un état de santé au sens médical, c'est-à-dire la santé sur les aspects biophysiques. Quant à « être en forme », cela signifie de se *sentir* en santé et désigne la santé au niveau du *ressenti* du mental et de l'émotionnel. Beaucoup de participants considèrent qu'« être en santé » ne signifie pas nécessairement se « sentir en santé ». Et inversement, « être en forme » pourrait ne pas impliquer « être en santé » médicalement, dans le sens de se *sentir* ou de *se penser* être en santé.

Non, mais c'est vrai! Si t'as mal au ventre tous les matins, mais q'ça t'dérange pas tant q'ça, pis t'es content dans ta vie. *Pfff!* Ben, t'es quand même en santé, quoi. Si t'as un corps en hyper forme machin [...], mais t'es triste et tu t'déprimes toute la journée, ah t'es quand même pas trop en santé, quoi. (Georges, 26 ans)

Idéalement, les participants souhaitent « être en santé » en même temps qu'« être en forme », c'est-à-dire atteindre et maintenir une santé globale qui procure un sentiment d'*empowerment* et qui assure à la personne l'entièreté de sa singularité.

Le oméga, vitamine D, vitamine C, j'en prends pas mal tous les jours [...]. C'est justement pas une guérison, mais plus un supplément pour comme un maintien de la santé global, pis garder un certain équilibre. (Claude, 26 ans)

Cela dit, « soigner sa santé » inclut certes les aspects de traiter et de prévenir les problèmes, mais implique aussi d'adopter des comportements spécifiques tels que manger sainement, faire de l'exercice, ne pas fumer ou abuser de l'alcool ou, pour certaines personnes, faire de la relaxation ou des exercices de détente comme du yoga et de la méditation. De plus, certains participants font de leur alimentation une diète médicale de ce qu'ils mangent, c'est-à-dire qu'ils ne conçoivent pas le fait de manger comme un acte pour satisfaire leur faim, mais pour fournir les éléments essentiels au bon fonctionnement de leur corps (protéines, fibres, minéraux, etc.). Les aliments ne sont plus ainsi de la nourriture, mais sont réduits à des composants nutritionnels pour le corps.

Un aliment devient un PSN lorsqu'il est utilisé avec un but thérapeutique visé. Avec les discours publics de manger sainement, la perception des aliments a pris un virage de perspective générale. La nourriture n'est plus un objet pour satier la faim ou la joie de manger, mais un pourvoyeur de composants nutritionnels (vitamines, protéines, fibre, etc.) pour le corps.

De plus, choisir d'adopter des comportements qui promeuvent la santé implique souvent de changer, ou de chercher à changer, son mode de vie. Lorsque des participants visent à se procurer ou à maintenir une bonne santé globale, ces personnes sont amenées à modifier leur style de vie, et en l'occurrence, pour intégrer des PSN dans leur quotidien. Bien souvent, ce sont des personnes qui souffrent de problèmes chroniques; problèmes qui les ont amenées à modifier leur mode de vie de manière globale et au quotidien pour les contrer. Leurs problèmes chroniques requièrent une attention constante, ce pour quoi ces personnes ont dû transformer leur mode de vie pour s'occuper de façon permanente de leurs problèmes.

J'ai le clapet ouvert, parce que je suis en Afrique il y a quelques années. En fait, je voyage beaucoup, donc j'ai quelques petites séquelles qui ont été, dans le fond, accumulées avec les voyages [...]. Donc, plein de choses ce sont passées, ce qui m'amène à prendre soin et à transformer nos habitudes de vie et de les adapter. (Diane, 34 ans)

J'ai comme drastiquement changé mon alimentation il y a environ trois ans. C'est que j'ai été diagnostiquée d'une maladie intestinale. Alors depuis, je me nourris très sainement. Avant, je me nourrissais pas bien. J pouvais par exemple acheter des repas congelés, déjà faits. J regardais pas vraiment ça. [...] Mais depuis c'temps-là, [...] j cuisine à peu près tout c'que j fais. Pis je prends aussi, tsé, des produits naturels là. [...] Ça a amélioré ma condition de 50 %. [...] C'est sûr, je me nourrissais mieux là. [...] C'est sûr que c'est extrêmement cher là. [...] Là, j me disais c'est mieux d marcher, parce que j investis, tsé. [...] Mais là, j'ai constaté t suite que mes intestins allaient mieux, [...] j'ai quasiment fait

le ménage de mon armoire pour avoir des trucs santé. J'allais au Rachel-Berry pis ces affaires-là là, les magasins de santé. [...] Contenu du bénéfique que ça m'apporte, j'aime-tu mieux payer ça en médicaments pis être mal en point pis payer ça dans mon alimentation, qui là à ce jour que j't'parle, j'prends même plus d'médicaments, rien. (Karine, 29 ans)

Au niveau de l'alimentation, certains participants utilisent les PSN en compléments alimentaires pour « boucher [les] trou[s] » d'une alimentation lacunaire ou pour « pallier » un mode de vie trop effervescent à cause du travail ou des études.

[J'ai] une diète plutôt [...] merdique, donc, c'est manger du *fast food*, trop de viandes, pas assez de fruits, pas assez de légumes. [...] Le rythme de vie imposé par des études universitaires ne permettait souvent pas de prendre soin de ma santé non plus. [...] J'ai tendance à trop travailler, à m'épuiser et à mal manger [...], mais c'est ce dont pourquoi je consomme des produits de santé naturels. Avec mon rythme de vie, visiblement, c'est un avantage. [...] Je fais pas très attention à moi et je mange beaucoup de pizzas congelées. Pis je vois vraiment mon corps dépérir. J'ai mal partout. J'ai pas d'énergie, j'ai pas de force. Et ça [vitamines], pour ça, je trouve c'est génial. Ça m'évite de sombrer dans un abîme finalement de douleurs ou d'échéances corporelles [...]. Je trouve vraiment que c'est un palliatif [...]. Ça sert à boucher un trou, un besoin immédiat [...]. C'est comme me dire je mangerais du Big Mac tout le temps, mais c'est pas grave, je mange des vitamines. J'ai tous mes nutriments [...]. Moi, je suis prêt à les utiliser comme bouche-trous, puis je me dis « C'est pas si pire que ça ». (Oscar, 32 ans)

Du fait que les PSN peuvent « boucher un trou » ou « pallier » des lacunes alimentaires, ils deviennent alors un outil pour se soulager des sentiments de culpabilité pour avoir négligé de manger sainement.

Il [mon frère] fait très attention à sa santé. Il utilise plus de produits de santé que moi, mais sa perspective est encore critique par rapport à son alimentation. [...] Lui se sent relativement coupable d'être obligé de se tourner vers les produits de santé naturels parce que cette semaine, il a fait des abus. Il a mangé trop de sucres. Il n'a pas mangé assez de légumes, de fruits. Il se sent coupable. (Oscar, 32 ans)

L'usage des PSN comme des compléments alimentaires peut être un processus naturel qui suit un changement alimentaire *dans* une alimentation déjà saine. Ou alors, ce sont les PSN qui induisent un changement alimentaire *vers* une alimentation saine.

Je fais de l'endométriose [...], puis j'ai tellement pris de médicaments et d'hormones et de plein d'affaires [...], puis ça fonctionnait pas à long terme. Fait qu'à un moment donné, je me suis juste dit je vais essayer de faire de l'acupuncture pour aller régler ça tout de suite. Puis, tout, tout ce moment-là par rapport à mon alimentation, par rapport à ce que je mangeais, mon éveil sur les choix alimentaires, ce que je mets dans ma bouche, les aliments où est-ce que je les prends [...], fait que la consommation de produits naturels est venue avec ça. (Amélie, 29 ans)

Généralement, c'par cette porte-là que je recommence à prendre soin de moi. J'ai commencé à reprendre [...] des produits de santé naturels. Et après quelques semaines, « Mange donc un peu mieux. Fais-toi donc une salade [...] plutôt que prendre ta pilule. » Et de fil en aiguille, ça m'aide à me remettre en marche vers la santé. (Oscar, 32 ans)

#### 4.2.4 Prévenir des problèmes de santé

En fait, l'objectif de soigner sa santé vise aussi d'une certaine façon à prévenir la manifestation d'un problème de santé ou d'une maladie.

Manger du *fast food*, trop de viandes, pas assez de fruits, pas assez de légumes. Et je ressens les douleurs sur mon corps. J'ai des problèmes d'articulations [...], migraines et maux de tête assez fréquents aussi. [...] Je me rends bien compte que quand je mange mieux, ou quand des fois, je tente de compléter, « Ah tiens! », surprise, les douleurs s'estompent. (Oscar, 32 ans)

Toutefois, au lieu de viser à traiter en aval un problème dont la personne est affectée, il s'agit surtout d'empêcher en amont qu'un symptôme, un mal ou une maladie puisse se manifester en lui enlevant la possibilité même d'apparaître. Il s'agit en fait de maintenir le bon fonctionnement du système immunitaire à long terme contre les imprévus potentiels d'un affaiblissement de la santé en lui fournissant des armes de défense supplémentaires pour qu'il soit paré contre des infections de pathogènes, ou encore pour prévenir contre des dysfonctionnements biophysiques du corps.

Moi, j'utilise beaucoup ça comme des médicaments, si tu veux [...], mais c'est plutôt sur du long terme pour anticiper des maladies plus tard [...]. Je pense qu'on peut prévenir les maladies et éviter de prendre des médicaments. Donc ça, pour moi, je considère que ça, ces rituels-là, sont comme des médicaments, parce que je les prends tout au long de l'avenir en fait. (Thomas, 29 ans)

Et de façon surprenante, l'objectif de maintenir un bon système immunitaire est aussi associé avec le maintien de la bonne humeur générale, surtout pendant les saisons propices aux déprimés saisonnières et aux rhumes comme en hiver. Il semble que pour les participants, un affaiblissement du système immunitaire affaiblit aussi l'état de l'humeur générale.

Ben, c'est sûr les trucs comme l'échinacée pour les rhumes, du miel, des produits naturels, des tisanes quelconques. Aussi, tsé, le cuivre, or, argent là. [...] Des huiles essentielles ou comme moi, vitamine D et oméga-3 là [...]. [Ma femme les prend] pour son système immunitaire, pour se sentir moins fatiguée, des trucs comme ça, genre tsé. (Claude, 26 ans)

Ma mère, elle en consomme pas mal des suppléments [...]. Par exemple, l'hiver, quand c'est renfermé, quand on passe beaucoup de temps à l'intérieur, pour *booster* son énergie pis garder sa bonne humeur, pis garder sa bonne santé et tout, elle va prendre toutes sortes de suppléments là. (Véronique, 26 ans)

Le recours aux PSN sert également à empêcher la manifestation de problèmes ou de ses symptômes spécifiques et à prévenir l'apparition de maladies potentielles.

C'est Enzymedica Digest Gold. C'est des enzymes qui aident à la dégradation et l'absorption des nutriments. [...] C'est pour aider à digérer, parce que sinon, ça me fait vraiment mal au ventre. (Émilie, 24 ans)

C'était ma mère qui me les a [donnés, les oméga-3] [...]. Elle m'disait q'c'était bien. Chaque jour, chaque matin, il fallait q'j'en prenne [...]. J'vais éviter une maladie tout ça. (Nadir, 26 ans)

Santé Canada (2011) avait constaté que les Québécois confondaient les PSN avec les produits biologiques. En effet, beaucoup des participants assimilent les PSN aux aliments biologiques en se fondant sur la croyance qu'ils sont « naturels », sans ajouts d'éléments chimiques tels que les pesticides ou les produits de conservation. Pour ces personnes, les produits chimiques sont nocifs pour le corps et peuvent être des sources de maladies. L'alimentation biologique est associée aux PSN en partie par le fait qu'il s'agit aussi d'une stratégie de prévention contre l'apparition de maladies potentielles.

Des *processed foods*, de la nourriture industrielle, tout ce qui est sous vide, des grandes chaînes, des Craft et tout [...], j'ai une grosse crainte de ces genres de produits-là, parce que ces aliments viennent des terres extrêmement polluées, des produits chimiques de plus en plus chimiques [...]. Tous ces produits-là en fait, on rajoute des conservateurs [...]. Je pense que en fait, les produits de consommation de masse peuvent être une source de maladie [...], parce que ce

sont des produits [...] qui peuvent être nocifs aussi, en fait. [...] Je ne sais pas comment mon corps va réagir aussi à ces aliments [...]. [Des produits] locaux et bios, si possible idéalement, et donc au moins je sais qu'est-ce que je mets là [dans mon assiette]. [...] Pour moi, je considère que ces produits-là peuvent être une source de maladie sur du long terme. [...] Pour moi, mon alimentation a toujours été mon médicament. (Thomas, 29 ans)

[Manger des aliments biologiques est associé à] des effets optimisés pour la santé [...]. Tu vis dans un milieu ben relativement pollué, ou que les légumes et les fruits qu'tu manges, ben bon c'est couvert de pesticides, des choses de chimiques dont t'as pas nécessairement envie d'avoir de plus dans le corps. [...] Tu lis un article et tu te rends compte qu'une quantité infime de certaines choses peut être vraiment nocive. [...]. Si j'étais quelqu'un qui avait une santé optimale, qui avait jamais eu de problème, pas de grosse masse à l'utérus ou des choses comme ça, p'têt' que j'serais plus insouciante [...]. Mais actuellement, j'ai pas envie d'l'être. J'me dis j'aime mieux mettre les choses dans le bon côté. Pis c'est toujours dans un peu espoir de rétablissement, d'avoir un état de santé d'équilibre. (Adélie, 24 ans)

Concernant l'utilisation de PSN en prévention des problèmes de santé, les usagers utilisent aussi ces produits comme des armes de défense à des périodes spécifiques de l'année. Par exemple, quand vient la saison propice aux rhumes, à des gripes ou aux dépressions saisonnières, ils entament une consommation des PSN spécifiques pour se prémunir contre les problèmes de santé hivernaux.

Ma mère, elle en consomme pas mal des suppléments [...]. Par exemple l'hiver, quand c'est renfermé, quand on passe beaucoup de temps à l'intérieur, pour *booster* son énergie pis garder sa bonne humeur, pis garder sa bonne santé et tout, elle va prendre toutes sortes de suppléments là. (Véronique, 26 ans)

Ben, ça s'appelle [...] Oligosol. [...] Et ça, c'est du cuivre-argent en p'tite quantité [...]. En fait, tu renforces ton terrain immunitaire. Donc, tu en prends dans la saison, pis t'es pas malade. Et alors, j'ai pas été malade. [...] Les oligoéléments, c'est en prévention. [...] Tous les ans à la même date [...], j'ai tendance à avoir des genres des baisses de motivation [...]. J'ai aussi pris de la vitamine D [...], un *shot* de trois mois [...] pour des raisons autant du fait de l'humeur, mais aussi en prévention parce que l'hiver, je me balade pas à poil pour prendre du soleil et synthétiser ma vitamine D, quoi. (Georges, 26 ans)

Pendant la période des fêtes de Noël et du Nouvel An, les participants préparent leurs intestins pour affronter les repas des fêtes afin de ne pas souffrir d'indigestion ou pour aider le corps à se remettre après des consommations abondantes d'alcool et de nourritures festives.



Je fais vraiment en ce moment [après la période des fêtes de Noël et du Nouvel An] plus des cures de Bio-K [...]. C'est, selon moi, ce qui est le plus efficace [que le Pantoloc]. [...] Hier, j'étais justement dans l'allée des produits de santé naturels au Pharmaprix ici [au centre-ville de Montréal]. C'était bondé de gens. Les gens étaient là. Là, c'est après Noël, donc les gens ont des bonnes résolutions. Ils ont trop mangé, puis ils y ont des trucs. Mais je me suis vraiment arrêtée, je me suis [dit] « Wow, il y a plein de monde ici maintenant », puis c'était normal que les gens vont dire « Ah, j'vas prendre du zinc ». Avec l'accès à l'information qui est vraiment là, puis l'intégration d'Internet dans nos vies, on fait de la recherche, on s'informe beaucoup [...]. On s'improvise spécialiste de sa propre santé. (Diane, 34 ans)

#### 4.2.5 Améliorer la qualité de vie ou maximiser ses capacités

Améliorer sa qualité de vie ou maximiser ses capacités physiques, intellectuelles et cognitives constitue le quatrième objectif de l'usage des PSN.

Au fur et à mesure qu'on s'avance dans l'ère de la postmodernité, la médecine scientifique fait des bonds au niveau des technologies médicales et les budgets de la santé publique grossissent en parallèle à ces avancées. Incontestablement, les gens ont une meilleure espérance de vie aujourd'hui qu'auparavant. Paradoxalement, plus la médecine avance, moins les gens se *sentent* en santé.

Si les participants à notre étude commencent l'entretien en répondant qu'ils vont bien à la question sur leur état de santé, la suite de l'entretien les fait douter de leur réponse initiale. Les répondants ont de la difficulté à affirmer *et* à penser qu'ils sont en bonne santé. L'extrait suivant de Louise (29 ans) est un exemple qui illustre cette remise en question sur l'état réel *ressenti* de la santé.

I (*intervieweuse*) : Est-ce que ça va bien, ta santé?

L : Euh, ça va... bien... ma santé... Elle est... correcte. Y a rien de... [*hésitation*] problématique sans qu'on tombe malade longtemps [...].

I : « Ça va », c'est-à-dire quoi, ce « ça va »?

L : Ben, j'ai pas de problème vraiment... Je me sens bien, en général. Je me sens stressée, parce que j'suis à l'université, mais c'est pas mal tout. Sinon, ben des p'tites bibittes des fois, mais ça part tout le temps. J'sais pas. [...] C'est... C'est ça. Ça va. [...]

[*Plus loin dans l'entrevue*]

L : Tsé, comme tantôt, tu me demandais « Comment ça va? » pis... J'sais pas! Ça va là! J'ai mal à la tête une journée, puis ça passe, pis ça... [*longue silence*].

Si, au point de vue médical, une personne est en santé, cela n'implique pas nécessairement qu'elle *se sente* en santé. Par conséquent, elle tend à vouloir atteindre ce sentiment d'être en santé, à ajouter ou rajouter le ressenti (émotionnel) de la santé au-delà de l'état physique. De plus, il ne s'agit pas juste d'atteindre une bonne santé globale au niveau physique, mais de se sentir « mieux que bien », de se sentir optimalement en santé.

Concernant l'optimisation, il y a d'abord l'optimisation... des médicaments pharmaceutiques. Quant aux PSN, ce sont des nouveaux outils d'optimisation. En effet, les PSN peuvent aussi être utilisés pour augmenter les effets thérapeutiques des médicaments au-delà de leur efficacité normale ou encore pour limiter l'impact de leurs effets secondaires sur le corps.

Des capsules de yogourt [...] probiotique là. [...] C'est par rapport à la flore intestinale, souvent après la prise d'antibiotiques. [...] Maman nous [en] donnait tout le temps [...]. Son objectif à elle, c'était de nous aider à renforcer [sic] notre flore. (Diane, 34 ans)

Ensuite, les PSN peuvent aussi être utilisés pour d'autres usages d'optimisation.

Lévy et Thoër (2008) ont fait une étude sur l'usage des médicaments pour des fins non médicales chez les jeunes adultes et les adolescents. Les chercheurs ont dénommé ces usages des « usages cosmétiques », car ils se situent en dehors de la sphère médicale. Ce qu'ils désignent comme des « usages cosmétiques » sont les objectifs d'amélioration de la performance sportive, intellectuelle ou sexuelle, de contrôler des humeurs, de modification de certains états de conscience désirés ou de l'atteinte d'une image corporelle idéale.

Il existe plusieurs stratégies d'usages d'*enhancement* (optimisation) qui sont connues à ce jour. Les plus communes sont la consommation de médicaments pharmathérapeutiques, comme les psychostimulants, qui sont utilisés par des personnes qui sont en santé, mais qui veulent optimiser entre autres les capacités intellectuelles et cognitives (Collin, Simard et Collin-Desrosiers, 2012; Robitaille et Collin, 2016). Les PSN sont aussi utilisés pour ces « usages cosmétiques » intellectuels et cognitifs, mais aussi dans le sens littéraire des « usages cosmétiques », c'est-à-dire pour l'amélioration de l'apparence physique, comme entretenir l'apparence de la peau, des cheveux, se faire des muscles ou pour perdre du poids.

#### 4.2.5.1 L'amélioration de l'apparence physique

Pour certains participants, l'apparence physique constitue un barème pour mesurer leur état de santé. Si l'extérieur du corps – son apparence – est « en santé », alors l'intérieur l'est aussi. Et si ça ne fonctionne pas bien à l'intérieur du corps, alors l'apparence extérieure va le faire savoir en lançant des signaux d'alarme (acné, peau terne, teint inégal, cheveux ternes, etc.) pour indiquer qu'il y a des problèmes internes qui sont apparus et qu'il faut s'en occuper.

[Les] Nutricap, c'est pour les cheveux [...], pousser les cheveux plus en santé, pis plus rapidement [...] parce que j'ai des cheveux [...] très maigrichous ou très plats [...]. Ça peut faire paraître mes cheveux plus en santé. [...] J' considère pas les cheveux c'est un facteur important de la santé général... Mais oui, dans l'fond là, c'est quand même un facteur. (Véronique, 26 ans)

J'ai des baromètres, des indices de santé auxquels je me fie et qui ne sont pas forcément reliés à des choses qu'on peut mesurer comme la température, comme la pression, des choses comme ça. C'est plutôt des références qui sont reliées à des médecines asiatiques, ayurvédiques, chinoises et qui sont reliées notamment aux selles, à la peau. C'est surtout à l'œil [...], des choses qu'on peut voir très rapidement en fait [...]. L'haleine aussi est un critère. [...] Quand je mangeais mal, [...] tsé, tu pars 4 jours et tu ne peux pas forcément manger correctement, t'es à Toronto, puis [...] difficile de bien manger. Avec des amis, avec la belle-famille et tu manges de la poutine, haricots, sirop d'érable [...]. Je remarquais à quel point j'étais plus sensible, en fait. Quand je respectais pas ma routine, ça se ressent [...] et ça se traduit simplement. [...] La peau qui est toute grasse, plus grasse, avec des boutons qui poussent, [...] un peu rouge. Aussi des selles qui ne sont pas comme d'habitude [...], une haleine beaucoup moins agréable au réveil, forte au réveil. (Thomas, 29 ans)

L'apparence physique étant un baromètre pour mesurer l'état de santé, prendre soin de sa santé implique ainsi de prendre soin de son apparence physique. Et vice versa, prendre soin de son apparence physique, c'est prendre soin de sa santé.

Dans la médecine chinoise, le visage est désigné comme le « miroir de la santé ». Il est comme une « carte » de l'intérieur du corps. Les différentes zones du visage (front, nez, bouche, menton, joue, etc.) représentent les différentes parties et systèmes du corps (cœur, poumon, estomac, foie, intestins, vessie, système reproducteur, système hormonal, etc.). De plus, les différents organes sont associés à des émotions (tristesse, colère, envie, jalousie, impatience, anxiété, peur, etc.). Quant à l'acné, il représente en fait la localisation d'où un problème de santé

s'est manifesté à l'intérieur du corps, tant au niveau biophysique qu'émotionnel. Par exemple, l'acné sur le haut du front peut donner un indice que les intestins grêles ont de la difficulté à fonctionner normalement et un excès d'impatience, de colère ou d'intolérance envers autrui ou soi-même, alors que l'acné en bas du menton indiquerait un déséquilibre hormonal ou un problème au niveau du système reproducteur et accompagné d'un excès d'inquiétude, d'anxiété ou de manque de confiance ou d'estime de soi. L'acné devient ainsi un outil pour localiser un problème sur le plan biophysique et pour identifier le type de problème sur le plan mental et émotionnel.

Concernant la question de l'apparence physique et la santé, la question du poids est celle qui préoccupe le plus les participants. Le poids, ou plutôt la minceur, est associé à une apparence physique en santé. Ceci nous rappelle Adrien Gagnon, qui a fait circuler l'association des PSN avec l'apparence physique au Québec à partir des années 1940 avec ses produits de mises en forme et de diètes alimentaires.

En faisant un examen des nouvelles médiatiques (journaux, magazines, télévision, radio, sites Internet médiatiques et autres sur la plateforme d'Eureka.cc) sur les PSN au Québec de janvier 2004 à décembre 2014, nous avons constaté que la couverture médiatique des PSN pendant cette décennie renforce encore cette association des PSN avec la perte de poids et, par ce fait, encourage d'une certaine façon le développement des connotations négatives à l'égard des PSN chez les Québécois.

À partir de 2004, la couverture médiatique tourne surtout autour de l'homologation des PSN au Canada par Santé Canada, des mises en garde contre les produits qui ne possèdent pas un numéro NPN (Numéro de Produit Naturel ou, l'équivalent en anglais, Natural Product Number) et, déjà immédiatement, des nouvelles concernant des produits amaigrissants. Suite à cela, il s'agit d'une croisade contre les PSN, son industrie, ses fabricants, les naturopathes et les pharmacies qui vendent des PSN, tout cela en faisant appel à toutes sortes d'experts médicaux, scientifiques et de chercheurs universitaires pour appuyer l'inefficacité et les risques avec des produits naturels. Des années 2010 à 2014, la couverture médiatique des produits amaigrissants arrive en vagues d'une année après l'autre. Les opinions des experts du poids et de la santé ont été fortement mises en valeur pour mettre la population en garde contre les produits amaigrissants, qui sont par ailleurs des produits naturels.

On devrait carrément les interdire! Aucun produit – pharmaceutique ou naturel – n’est capable d’entraîner une grande perte de poids. Plusieurs sont risqués. Pourquoi Santé Canada aide-t-elle l’industrie à vendre des choses insensées à la population? Il encourage un comportement prédateur! (*La Presse*, 14 février 2014, propos d’Yoni Freedhoff, médecin spécialiste de l’obésité, professeur à l’Université d’Ottawa et auteur du blogue Weighty Matters)

Les signaux d’alarme ont beau se multiplier à l’égard des produits « amaigrissants », Santé Canada en homologue de plus en plus. *La Presse* a appris qu’entre janvier 2013 et janvier dernier, le Ministère a donné sa bénédiction à 261 nouveaux produits naturels destinés à la « gestion du poids ». Soit exactement autant, en une seule année, qu’au cours des neuf années précédentes. (*La Presse*, 14 février 2014)

Pourtant, malgré les nombreuses mises en garde pendant ces dix ans, les produits naturels pour la perte de poids n’ont pas vu leur popularité décliner dans la population jusqu’à aujourd’hui. Une des raisons qui explique la popularité constante de ces produits est probablement les pressions sociales de la minceur qui sont exercées sur les gens ou ce sont des personnes qui ont décidé de faire de la perte de poids leur objectif personnel.

Les infusions de cannelle et de gingembre [...] pour la perte de poids, réguler le sucre dans le sang [...]. J’aimerais perdre une trentaine de livres pour l’été. C’est comme ça que je vais me sentir vraiment bien. [...] Mais c’est pas... problématique... tsé. Mais c’est quand même assez central. (Samantha, 29 ans)

Y a aucune femme qui se trouve parfaite. Toutes les femmes y aimeraient ça changer quelque chose. Moi, c’est sûr, j’aimerais ça peser 5-10 livres en moins. [...] J’avoue que je pourrais faire plus d’efforts. (Karine, 29 ans)

J’ai essayé de gagner du poids. [...] Je voulais gagner de la masse. Célibataire à l’époque évidemment, « J’veais êt’beau, je veux paraître mieux, j’veais pogner plus », blablabla. [...] On peut gagner du poids, pis ça va êt’bien pis j’veais pogner plus avec les madames. [...] Visiblement, j’ai un discours très critique de la performance, mais moi-même j’suis tombé dans le panneau. (Oscar, 32 ans)

Le contenu des médias, et maintenant Internet et les réseaux sociaux, visait visiblement à décourager l’utilisation des PSN pour la perte du poids, mais a eu pour effet paradoxal d’avoir contribué à exacerber le poids de la question de la perte de poids. De plus, l’intensification de l’association des PSN à des produits pour la perte de poids contribue à générer la confusion entre les PSN avec les produits amaigrissants, même lorsque ces deniers ne le sont pas.

Pour ce qui est d’ perdre du poids, [...] j’ai essayé beaucoup de choses [...]. Je peux pas nier [...]. J’étais pas imperméable à cette pression-là là [...] pour atteindre des standards de beauté que je sais que j’pourrais pas les maintenir. [...] Les produits naturels pour perdre du poids, j’essaie de pas trop y penser [...], de recherche de l’atteinte d’une perfection qui finalement se traduit par des résultats inverses [...]. En c’moment, j’essaie de focuser sur un état réaliste [...], quitte à ne pas *fiter* dans les critères de beauté ou de minceur idéaux, comme j’voulais avant [...]. Quand t’as un peu d’la pression d’l’extérieure pour bien paraître, on s’met sur les épaules [...]. J’suis pas imperméable. [...] Je sais que j’suis pas immune à ça là. [...] Selon mon docteur, j’pense que j’dois perdre encore un peu, mais... [...] C’est sûr que qu’il y a aucune fille au monde qui va être malheureuse de ça. Je pense pas [...]. Si je perds encore un peu, tant mieux. J’ai déjà vu une fois sur un site Internet, un réseau social, une cousine qui montrait un truc SlimFast. Je sais pas si c’est naturel ou pas, par contre. [...] Bon, tu peux voir aussi là des publicités pour telles tisanes qui semblent avoir des effets antibalotements ou quelque chose comme ça. Tsé souvent, si j’le vois, « Ah tiens, OK. Elle est là-d’ dans ». P’t’êt’ quand c’est les affaires comme les tisanes, j’me dis « Ah, p’t’êt’ j’vais essayer ». (Adélie, 24 ans)

#### 4.2.5.2 L’optimisation des facultés cognitives

Revenons-en aux « usages cosmétiques », qui sont définis comme les usages d’optimisation des facultés cognitives. Au travail ou aux études entre autres, il est parfois difficile de maintenir un niveau constant de concentration. Par conséquent, certaines personnes utilisent des PSN pour se mettre dans un état pour mieux travailler ou étudier.

J’en ai utilisé un p’tit peu, moi. J’ai pris du Chewpod [...]. C’est comme des gommages à mâcher [...] pour me donner de l’énergie au travail et tout [...]. Moi, j’essaie d’les utiliser, mais ponctuellement. [...] J’pense pas q’c’soit bon d’utiliser pour une base régulière [...]. Moi, j’en prenais ponctuellement. Pour moi, ça doit être utilisé ponctuellement. Tsé, « Ah, t’es vraiment mal concentré », ok, là je vais me prendre un truc. Mais utiliser sur une base régulière, j’pense que c’est pas bon à long terme, tu vois. (Robin, 27 ans)

Les étudiants en droit [...], tout le monde est tellement bon, que là, il se dit « Il me faut quelque chose pour me concentrer », pis que là, il prend un truc pour lui donner un *boost*. [...] C’est ça qui semble demander moins d’effort que d’autres choses-là, fait que... (Louise, 29 ans)

Parce que le fait que l’utilisation de PSN pour augmenter les capacités et les habilités de performance est négativement connotée, la mention de ce type d’utilisation soulève chez les participants des réactions d’outrage. Dans ce contexte d’utilisation, les PSN sont associés à des substances illicites comme la drogue.

Ah, mais c'est de la drogue! [...] Je me demande si ça l'aide. Pour moi, je vois ça comme une drogue [...]. C'est un changement d'état. [...] Je suis même pas sûre que tu peux être plus performant. (Diane, 34 ans)

Qu'est-ce que je pense de ça? [...] C'est comme du dopage. C'est du dopage pour le cerveau. Ça peut être le poison qui améliore la mémoire. (Thomas, 29 ans)

Non, mais j'suis complètement en désaccord contre ça! J'trouve ça complètement tordu, en fait. (Oscar, 32 ans)

Moi, j'trouve ça stupide. (Georges, 26 ans)

Cependant, après l'outrage, ils manifestent de la compréhension. Selon eux, à cause de la pression quotidienne du travail ou des études, il est difficile de blâmer les personnes qui utilisent les PSN à ces fins. Ils peuvent désapprouver qu'une personne en soit arrivée à faire ces choix d'utilisation, mais ils ne désapprouvent pas nécessairement l'outil PSN qui est utilisé pour ces fins. Il existe plusieurs outils médicamenteux pour des optimisations cognitives, mais les participants considèrent qu'entre prendre de la drogue ou des psychostimulants et prendre des PSN, il vaut mieux prendre les PSN, puisque ceux-ci sont plus « naturels » que les autres outils. Par ailleurs, les PSN sont plus facilement accessibles que la drogue ou les médicaments sous ordonnances, que le médecin pourrait refuser ou hésiter à prescrire (Collin, 2005).

Ben, tant qu'à moi, c'est mieux ça [ginkgo biloba] que prendre des Red Bull ou des médicaments pour les TDHA là, le Ritalin là. Tsé, y en a qui prenne ça pour se concentrer, pis des Red Bull. Ben, c'est ben mieux de prendre des oméga-3 tant qu'à moi, là. (Karine, 29 ans)

Je préfère qu'une personne prend du ginkgo biloba qu'une personne qui préfère prendre du *speed* [...]. Puis il ne peut pas se faire prescrire rien par son médecin, puis il va recourir à la drogue. (Émilie, 24 ans)

Tant qu'à consommer ce genre de produits qui *boost* quoique ce soit, autant consommer quelque chose de naturel que de consommer de la drogue, du *speed*, de la coke, ces genres de chose-là. Je pense que on [sic] se rassure un peu du fait que c'est des produits naturels. (Amélie, 29 ans)

En fait, il ne s'agit pas de l'idée PSN-drogue qui choque, mais de l'usage des PSN comme « drogue » à des fins de performance. La performance – ou plutôt ses injonctions – est également négativement perçue par les participants, car ils considèrent que ce sont ces injonctions qui amènent les individus à travestir les PSN d'un outil pour le maintien de la santé

en des « drogues » pour de la performance. Ce faisant, le but d'être en santé revient à dire que c'est pour devenir performant, et ce, même au détriment de sa santé.

Si ta santé, c'est de devenir performant pour un système capitaliste un peu tordu, est-ce qu'on parle de ta santé à toi ou de la santé que ton employeur voudrait bien que t'aies? J'trouve ça quand même un peu choquant [...]. Ça, vraiment, j'trouve ça choquant. C'est comme dire je vais hypothéquer mon corps, pis à la limite, prendre d'la coke [...]. Moi, personnellement, je trouve que c'est jouer avec ta santé pour répondre à un besoin qui est finalement pas nécessairement le tien. (Oscar, 32 ans)

Cependant, il devient socialement de plus en plus normal de demander aux individus de se dépasser au-delà de leur niveau d'accomplissement habituel. La performance devient ainsi une nouvelle « normalité » sociale, où l'« acceptable » n'est plus acceptable, mais repoussée en hauteur au niveau de la perfection.

Moi, je pense que c'est presque normal dans la société qu'on vit, parce que la société dans laquelle on vit met beaucoup de pression. Il y a tout le temps des choses que tu dois faire en même temps [...]. Je dirais en anglais « *What do you expect?* » Ah, c'est normal que les gens en soient devenus à ce point-là. C'est normal. Avec la société dans laquelle on vit, ç'en est normal. C'est « *to be expected* ». C'est normal. (Émilie, 24 ans)

Tsé, je comprends l'idée. Tsé, ça semble plus facile. Ç'a l'air quand même logique aussi. Tsé, mettons pour se concentrer, ben tu utilises les moyens du bord [...]. Tsé je veux dire, je comprends ben que le gars se met à faire ça [...], j'comprends qu'y a des contingences qui sont présentes selon les milieux dans lesquels les personnes évoluent, pis selon les contraintes sociales qui pèsent sur eux et elles. Pis c'est ça qui fait que tu vas p't-être opter vers ça, parce que c'est des solutions qui sont attrayantes. (Louise, 29 ans)

Les participants conçoivent qu'il est normal qu'un individu ait recours à des PSN pour augmenter ses facultés physiques ou cognitives au-dessus de son seuil de performance habituel à cause des pressions sociales autour de lui. Face à des injonctions sociales qui le dépassent, il est normal qu'un individu en vienne à devoir recourir aux outils qui peuvent l'aider à répondre à ces injonctions, quitte que ce soit des outils qui sont plus ou moins légitimement tolérés.

Je me mets dans la peau de la personne, je me dis ben si la personne veut performer, elle va trouver d'autres moyens pour performer. (Émilie, 24 ans)



Tsé, c'est sûr [...] qu'on veut tous aussi bien performer [...], avec les moyens qu'on a, les moyens qu'on peut s' permettre [...], surtout les moyens auxquels on croit. (Adélie, 24 ans)

Les gens y vont et prennent les moyens qui veulent. [...] Ils prennent des moyens mis à leur disponibilité pour atteindre des impératifs qui sont construits autour de nous. [...] Je comprends que des gens optent pour ces voies-là. [...] L'idée d'avalier un truc et pis de pas avoir à travailler pour que les choses se règlent ou s'améliorent, [...] je pense que c'est attrayant là [...]. Tu utilises les moyens du bord. (Louise, 29 ans)

#### 4.2.5.3 Les pressions sociales de la performance

Les participants ne sont pas réprobateurs de la performance, mais d'un certain type de performance. Ils distinguent deux types de performance. Le premier est la performance personnelle selon laquelle une personne « fait ce qu'elle veut et quand elle le veut », c'est-à-dire la performance qui procure un sentiment de liberté de ses décisions et de ses actes. Et le deuxième type est celle qui est socialement reconnue, soit la performance sociale de se démarquer de ses pairs au travail, aux études ou autres, celle qui fait qu'un individu se situe « au top » des autres. Maintenant, concernant le premier type de performance, qu'entendent les participants par la « performance personnelle »? Selon eux, ce type désigne l'accomplissement de quelque chose pour son plaisir personnel, quelque chose qui se fait de bon cœur sans ressentir de la pression sociale, et ce, malgré l'état de sa santé physique ou mentale.

C'est pouvoir faire ce que tu as envie de faire sans être limité par ton physique, psychique [...]. À l' trimestre d'automne [...], j'ai pris deux jours de pause en quatre mois, là. Et j'travaillais tout l'temps, tout l'temps, tout l'temps. J'avais pas l'temps de faire du sport, j'avais pas l'temps à rien faire. J'suis rentré en France à Noël, voir mes parents. Tsé, on a fait une rando [randonnée à vélo] et tsé, c'était... c'était... C'était douloureux, quoi [...]. C'est pas dire j'vais faire des sommets [...], monter des Alpes le lendemain matin. Ça, c'est pour moi, c'est aut'chose-là. Ça peut'êt' de la performance, mais pas forcément. [...] C'est que les activités qui me tentent, que j'ai envie d'faire, qu'on me propose, que je puisse les faire. (Georges, 26 ans)

Quant au deuxième type de performance, celle présentée comme une mise en scène de soi devant les autres, il évoque un emprisonnement « aliénant » de l'individu dans les attentes que les autres le pressent d'accomplir et où il perd le contrôle sur lui-même et sur les événements de sa vie.

J'ai l'impression que ce sont les événements qui me dictent quoi faire. Et ce sentiment-là, c'était un sentiment que j'avais beaucoup eu quand je travaillais, que j'étais... j'étais... En fait, je ne contrôlais plus rien, c'est-à-dire que je prenais la première chose que je devais faire tout de suite. J'avais pas de vision [...], pour mon entreprise, pour le travail. (Thomas, 29 ans)

Les pressions sociales de la performance ont conduit à associer la santé à la performance, où se montrer performant, c'est démontrer être en santé; et vice versa. Cependant, même si les participants condamnent l'injonction sociale de la performance et ses effets sur les individus, ils demeurent néanmoins conscients qu'il n'est pas possible de ne pas se soumettre à cette injonction, sans risque de se faire rejeter par ses pairs. Ainsi, certains participants ont fait usage des PSN dans ce but de pouvoir dépasser leurs capacités.

J'en consomme moi-même, fait que je peux pas dire que j'suis comme complètement contre. [...] On est dans une société de performance. Il faut tout le temps qu'on soit au top, tsé le plus qu'on peut, le plus longtemps qu'on peut, autant dans nos performances, tsé intellectuelles [...] que dans nos performances physiques. Fait qu'en fait, c'est un peu inévitable [...]. Je pense que c'est un peu la faute de la société, honnêtement. [...] Y a toujours un [sic] intention d'aller chercher plus, puis mieux, tout le temps. C'est sûr et certain. (Amélie, 29 ans)

Par ailleurs, s'il n'est pas possible de ne pas prendre des produits pour maximiser ses performances sociales, il y a la solution d'éviter d'en prendre de façon constante et de se restreindre que pour les circonstances particulières, quand il faut fournir des efforts supplémentaires dans ce qui doit être fait.

Moi en fait, ce n'est pas une technique stratégique que j'affectionne tant que ça, même si je l'ai déjà... [...] j'ai déjà... j'ai déjà... [hésitation] j'ai déjà eu recours à ça [...]. Je pense que sur le long terme... [C']est plus efficace que cette technique [soit] à court terme, où vraiment là, en une semaine, il reste 10 jours, puis là, je vais me *booster* en produits, je dirais même dopants. (Thomas, 29 ans)

À quelque part, je sais bien que [...] dans certaines situations probablement difficiles d'y échapper. Je pense au policier qui fait un *shot* ou à un ambulancier qui est sur appel pendant 14 heures pis qui doit prendre un p'tit produit pour le garder réveillé... [Grande aspiration] Okay, dans des circonstances extraordinaires, c'est bien. Dans un quotidien, je te dirais, quand tu le fais de façon régulière, [...] ça me désole de voir le monde se *booster* à toutes sortes de produits pour arriver à ça, finalement. (Oscar, 32 ans)

Cela dit, consommer des PSN, c'est courir potentiellement le risque d'être confronté à la désapprobation des personnes de son entourage à cause d'un choix thérapeutique non conforme, voire courir un risque de se faire ostraciser par les autres.

Genre, ça l'air marginal dans l'fond de prendre des produits naturels. (Claude, 26 ans)

Sa grand-mère [à mon mari] [...] m'a même traitée de sorcière. (Émilie, 24 ans)

On dirait que changer son alimentation là, c'est comme rentrer dans une secte. [...] C'est la façon j'étais perçue. Là, ma grand-mère, elle découpait des articles dans l'*Journal de Montréal* par exemple, d'une femme qui était devenue folle parce qu'elle *checkait* juste les aliments naturels, là. Du côté de ma mère et de ma grand-mère, j'étais comme spéciale bizarre, là [...]. J'avais des commentaires [du] genre « Faut pas virer folle! ». *Pffft!* (Karine, 29 ans)

Et même qu'il arrive que les personnes de l'entourage minimisent les problèmes de santé d'une personne parce qu'elle s'automédique avec des PSN.

Mes colocataires à Québec, ils disaient que ça avait aucun effet, que c'est un effet placebo, que ça servait à rien [...]. Pour eux, c'est comme 100 % placebo [...]. Parce que comme je l'prends Novanuit pour l'insomnie, c'est quelque chose quand même qui est de plus en plus fréquent, mais c'est quand même pas évident d'en parler [...]. J'suis plus gêné d'en parler [...]. Quand je rencontre mes colocs, ils disaient « Ah ben, c'est dans la tête » et tout, « C'est rien » et tout, « Tu penses trop. Tu t'fais plein d'soucis », fait que... Ce sont des réactions qui sont pas constructives, fait que je... J'suis tanné d'ces réactions-là! (Robin, 27 ans)

Pourtant, les participants ont recours aux PSN non pour devenir des « délinquants » sociaux ou des « transgresseurs » de la conformité, mais simplement pour recouvrer leur « fonctionnalité » quotidienne. Qu'est-ce qu'ils entendent par la « fonctionnalité »?

#### **4.2.5.4 La quête de la « fonctionnalité »**

Les PSN peuvent être utilisés pour améliorer l'apparence physique et optimiser les facultés cognitives, mais aussi pour augmenter les capacités physiques et sa qualité de vie. En fait, l'objectif de traiter les douleurs chroniques, par exemple, vise à améliorer la qualité de vie,

à être moins dérangé par ces douleurs dans ce qu'on fait. Ou, autrement dit, à pouvoir mieux accomplir ses performances sociales aux études, au travail ou dans les autres sphères d'activité de la vie. Cependant, les participants ne veulent pas parler de « performance » et utilisent le terme de « fonctionnalité » pour désigner l'objectif de l'amélioration de la qualité de vie.

En même temps, l'utilisation du terme « fonctionnalité » à la place du terme « performance » dévoile que les participants ne se sentent pas en santé comme ils le souhaitent et évoquent en effet qu'ils se sentent contraints par les diverses entraves liées à des maux ou à leur maladie. Derrière la recherche de « fonctionnalité » se cache alors l'aveu qu'ils ne se sentent pas réellement en santé, même si, médicalement, ils le sont. Jusqu'à un certain point, les attentes de la santé ont été (sur)élevées, faisant de sorte que lorsqu'un individu n'atteint pas ce nouveau seuil de santé, il ne se sent pas ou ne se pense pas être vraiment en santé. Ainsi, l'expression « être en santé » d'aujourd'hui est pervertie par le fait de devoir vivre avec des inconforts tout en devant remplir ses engagements sociaux (travail, études, etc.) malgré les états fluctuants de son corps ou de son esprit.

[Ma] définition [de la santé] a changé énormément depuis ces quelques dernières années. [...] Ma définition de la santé à l'époque : pas avoir mal nulle part [...]. Évidemment, je me rends compte, huit ans plus tard, que je les ai tous, ces symptômes-là. J'ai des p'tits bobos à droite, à gauche. Ma définition de la santé est devenue beaucoup moins absolutiste [...]. Maintenant, c'est vraiment être fonctionnel [...], être capable de fonctionner dans notre monde occidental un peu fou finalement. Donc tsé, pas à te sentir handicapé à quelque part par des problèmes de santé physique qui t'empêchent de réaliser tes activités de la vie quotidienne qu'une majorité de citoyens de la classe moyenne sont capables de faire [...]. [Que] ça ne limite pas dans mes activités quotidiennes [...], qu'on souffre au fur et à mesure [...], mais maladies chroniques, graves, mortelles, tant que j'ai pas ça, j'suis en santé. Ou de [problèmes] chroniques, [...] [de] conditions handicapantes. (Oscar, 32 ans)

C'est le fait de se sentir correct [...]. Ben, il faut pas que j'ai d'impression de souffrances, de douleurs, de malaises, qui soient suffisants pour que je sois clouée au lit, là. [...] Si tu peux faire tes affaires, si tu peux respecter tes engagements, tes responsabilités. Tsé, c'est plus quelque chose de fonctionnel, là [...]. Je pense qu'à un moment donné, tu peux avoir des souffrances qui te rendent infonctionnel, pis ces souffrances-là sont variables [...]. Je pense que l'importance dans tout ça, c'est [...] que je continue mon train-train. (Louise, 29 ans)

En fait, il serait plus approprié de désigner l'objectif d'augmenter ses capacités physiques par la tentative de recouvrer un état initial de leur bon fonctionnement de leur corps avant sa détérioration.

Par ailleurs, cette perception de la « fonctionnalité » et de l'absence du ressenti de la santé illustre un exemple du détachement des émotions de la santé physique dans les soins conventionnels, d'où le recours à des thérapies holistiques pour rattacher de nouveau ces éléments ensemble. De plus, pour beaucoup de participants, la maladie ou les problèmes de santé comportent aussi des dimensions non biophysiological. Les manifestations des symptômes ou des douleurs représentent pour eux les expressions d'états émotionnels particuliers. Et inversement, les émotions peuvent induire des douleurs et des symptômes d'un mal ou d'une maladie.

Mais avant d'aborder la question des liens entre les émotions et les problèmes de santé, il importe de regarder les croyances, les valeurs et les représentations des symboles de la santé et de la maladie qui sont associés aux PSN par les participants.

Tout d'abord, choisir de s'automédiquer avec des PSN devient parfois un combat à long terme, qui peut s'étirer sur plusieurs années, pour défendre ce qu'une personne croit et valorise.

À tous les ans, on a des prises de sang au travail [...]. La personne qui fait des analyses est tout le temps « Wow, continue ce que tu fais, ça marche bien, tout est beau » tout le temps tandis que j'ai des collègues autour de moi qui sont souvent malades [...]. Donc, même si on me juge [depuis plus de dix ans] parce que j'ai une alimentation... différente, ça n'me dérange pas beaucoup parce que le résultat reste que je vais performer probablement plus que eux, et que ceux qui prennent de la drogue et des trucs pour compenser. (Diane, 34 ans)

Ceci dit, il existe une explication possible du malaise ressenti par l'entourage face à la consommation de PSN des participants. Lors d'une de nos entrevues, nous avons eu la chance d'être témoin d'une situation qui illustre pourquoi un membre de l'entourage serait malaisé par rapport à l'usage des PSN des participants. Cette entrevue a eu lieu dans la cuisine de l'appartement de Véronique (26 ans) et où une de ses colocataires était descendue pour se faire à souper au moment de l'entrevue. Au milieu de l'entrevue, Véronique s'est adressée directement à sa colocataire pour lui poser une question sur ses opinions à propos de sa consommation des PSN. Voici l'extrait de l'échange entre Véronique (V) et sa colocataire (C) :

[I] Est-ce que tu penses qu'il est possible par exemple dans ta famille, tes amis, ton entourage, il y aurait des personnes qui ont des opinions plus réticentes?

[V] Hmn, [*longue pause*] je pense pas. Non, j'pense pas qu'il y a des gens dans mon entourage. [*S'adresse directement à sa colocataire devant la cuisinière*] Toi, t'en penses quoi?

[C] Du fait que tu es grano?

[V, *rire*] Ouais, mais quoi d'autre?

[C] Euh, ben... C'est... Ben, j'trouve que c'est... bien... [*hésitation*]

[V] Tu trouves que c'est drôle, un peu.

[C] Ben...

[V] T'as l'droit de dire, là.

[C] Non, c'est-c'est-c'est... C'est correct... C'est... Comment dire...? J'sais pas! Tsé, mettons par exemple, la semaine passée, mon amie est venue ici, pis elle me dit que « Bon le lait, c'était comme super pas bien traité là. Les vaches étaient pas bien traitées ». Ça, « qui avaient du pus finalement dans l'lait à cause des [bactéries] » nanana. Bon ben, c'est ça! C'est juste qu'elle-elle-elle d'même... Mais non. C'est ben correct. T'es même un exemple à suivre. Moi, je l'suis pas là, fait que...

[I] Donc, ça dérange pas trop ton entourage que tu sois un peu « grano »?

[V] À la limite, j'pense qu'elle le dit pas, mais elle trouve ça un p'tit peu drôle. C'est mon interprétation [*rire*].

[C] Mais non, j'trouve pas ça... drôle, mais euh... [...]. [Ç]a me... J'me sens un peu coupable... C'est pas pareil... C'est ça... Ben oui! Parce que j'consomme pas ça, tsé! J'fais pas attention comme toi tu fais attention.

Dans cet extrait, les choix particuliers de Véronique ont éveillé chez sa colocataire la conscience de son alimentation ainsi qu'un sentiment de culpabilité. Cet extrait démontre qu'en consommant des PSN, les participants s'affichent comme des personnes qui prennent activement la charge de leur santé en main. Par ce geste, ils font miroiter aux autres que ceux-ci ne se prennent pas en charge comme ils sont demandés de le faire par la société. À cause de cela, les personnes de l'entourage peuvent se sentir mal à l'aise, d'où la raison pour laquelle elles peuvent parfois faire des remarques ou adopter des attitudes plus ou moins désobligeantes envers les usagers de PSN pour cacher leur inconfort d'être confrontées à ce qui leur apparaît comme la négligence de leur santé.

Maintenant, est-ce que les PSN utilisés aident vraiment à traiter, à prévenir, à atteindre un état de bien-être et à optimiser la santé? Les études scientifiques sur les PSN tendent à

affirmer leur inefficacité et leur innocuité. Et pourtant, les PSN sont loin d'être en déclin. Comment expliquer cette popularité? Si les preuves scientifiques affirment le contraire, alors pourquoi des gens continuent-ils d'en consommer? Quels bénéfices les usagers retirent-ils de ces produits à l'efficacité douteuse? Et, en parlant d'efficacité, quelle efficacité ces personnes perçoivent-elles dans les PSN? Et comment font-elles pour valider cette efficacité – s'il y en a une – ou l'inefficacité des PSN?

### **4.3 Automédication, (in)efficacité et risques**

L'automédication est une pratique d'autonomisation de la santé, mais c'est aussi une pratique sociale, car elle implique de faire des échanges avec son environnement. La pratique de l'automédication se construit sur la base des relations sociales qu'une personne entretient avec les personnes et les éléments qui composent son environnement (membres de la famille, amis, collègues et clients de travail, connaissances, Internet, télévision, radio, journaux, magazines, etc.). Et c'est aussi à partir de ces relations qu'un usager va établir le mérite des PSN (qui inclut la gestion des risques) et la validité de leur efficacité ou inefficacité perçue.

#### **4.3.1 L'autonomisation de l'automédication**

L'automédication comporte six étapes procédurales d'autoaction qui font appel aux personnes et aux éléments qui composent l'environnement social de la personne qui la pratique. Ces étapes sont : 1) l'autoexamen, 2) l'autodiagnostic, 3) l'autoéducation, 4) l'autoprescription, 5) l'autoévaluation et 6) l'autorégulation. Que désignent ces étapes?

L'autoexamen désigne le fait de devenir conscient d'un changement de son état de sa santé et d'identifier le symptôme qui caractérise ce changement d'état. L'autodiagnostic consiste à attribuer à ce symptôme un problème de santé quelconque, comme une sorte d'étiquette médicale. L'autoéducation indique le fait de chercher à vérifier si le problème attribué correspond bien au symptôme identifié. À cette étape, la personne cherche à accumuler des connaissances sur son symptôme et ce qu'il peut bien représenter. Il s'agit en fait

de collecter les informations et les connaissances disponibles autour d'elle, par exemple recueillir les expériences et des témoignages des autres (famille, amis, collègues ou clients de travail, etc.), naviguer sur Internet, lire des livres, des magazines ou des journaux ou écouter la radio ou les documentaires télévisés, ou même de consulter des praticiens de MAC (naturopathe, phytothérapeute, herboriste ou autres). La personne procède en fait à faire son éducation médicale pour devenir son propre expert-conseiller médical à partir d'un symptôme ressenti.

Je suis un hypocondriaque autodidacte. [...] Je me documente relativement beaucoup. [...] Généralement, je vais creuser sur Internet. [...] En même temps [...], j'ai été mis en contact avec [...], tsé, toutes sortes [...] [de] médecines traditionnelles, chinoises... (Oscar, 32 ans)

Ok, [les Nutricap], ça, c'est vraiment niais en fait, là. J'suis vraiment une personne influençable clairement, mais c'est parce que j'ai entendu une publicité à la radio. J'ai été curieuse d'essayer de ça. (Véronique, 26 ans)

Je regardais des documentaires de l'alimentation, puis tout ça, fait que c'est sûr qu'il y a une influence extérieure, sûr et certain. (Amélie, 29 ans)

Malgré la profusion d'informations disponibles, ce qui constitue la plus importante source d'informations, en plus d'être la plus forte force d'influence à inciter la consommation des PSN, est le réseau des relations sociales des référents profanes, surtout les ressources familiales. Souvent, la curiosité et l'intérêt développés pour les PSN naissent du berceau familial.

J'ai commencé surtout à utiliser les huiles essentielles, parce que en fait, y a [...] de[s] gens autour de moi qui connaissaient, qui ont fait des stages en huiles essentielles. Y a une amie infirmière qui a fait [...] l'aromathérapie [...]. Pis elle, du coup, elle m'a dit des trucs. Tsé genre, elle m'a dit telle huile, tu peux utiliser pour telle raison, telle huile, pour telle raison et de telle manière. Pis ma grand-mère en faisait aussi. J'ai deux amis qui en font aussi. Du coup, c'est plus par mon entourage on va dire que j'ai été socialisé aux huiles essentielles, d'abord par ma grand-mère, pis par les amis de mes parents. [...] En fait, j'en ai une de mes coloc [...], et elle, elle a des huiles essentielles, mais elle connaît pas les mêmes que moi. Du coup, c'est pratique. J'peux lui dire « Ah, prends plutôt ça », pis elle va dire « Prends plutôt ça » [...]. Vu qu'on a pas les mêmes, on peut se les partager. [...]. Mais en fait, ça circule un peu les conseils qu'on va avoir dans la famille. [...] Tsé genre, moi, quand y a un truc qui marche avec moi et mon frère m'a dit « Ah, j'ai mal là et je ahhh... », « Tu devrais essayer ça » là. Pis ça, ça marche un peu comme ça avec mes parents, un peu avec mes frères. (Georges, 26 ans)



Il convient de mentionner ici que certains participants ont commencé à prendre des PSN simplement parce qu'une personne référentielle importante (par exemple la mère, le père, l'épouse ou la conjointe) leur a dit d'en prendre.

[Les oméga-3], c'était ma mère [...]. Elle m'disait q'c'était bien. Chaque jour, chaque matin, il fallait q'j'en prenne. (Nadir, 26 ans)

Ainsi, ce n'est pas tous les usagers de PSN qui sont des proactifs dans la prise en charge de leur santé, comme les usagers de MAC le sont généralement, mais que certains tendent à préférer laisser la gestion de leur santé dans la main d'autres personnes, qui sont évidemment des personnes en qui ils ont confiance. Dans un ménage, il arrive parfois que les personnes initiatrices soient des hommes, mais le plus souvent, ce sont les femmes qui ont le plus d'influences pour éveiller une personne aux PSN et l'amener à en consommer.

Je trouvais ça drôle. [...] Mon père m'a... forcé, si on veut, [à consommer des PSN]. En fait, tous les matins, quand je me levais chez moi, j'avais droit à [...] un fruit pour le déjeuner, quelques petites vitamines qui m'attendaient, des vitamines en général, [...] mon muffin ou la sucrerie que je vais mettre sous la dent. Fait que dès mon plus jeune âge, j'ai toujours été... obligé, si on veut, de consommer de ces produits-là. Évidemment, mon père était futé. Il prenait la sorte qui goûtait le bonbon ou la gomme balloune. Donc, pour moi, ç'a été des bonbons, finalement. [...] Elle [ma mère] a pas contesté nécessairement ce que mon père faisait, mais elle ne voyait pas... l'importance de prendre ces suppléments alimentaires ou vitamines, ampoules de ginsengs, peu importe. [...] D'ailleurs, ce qui est très drôle [...], mon père fait la même chose avec ma mère. Il lui donne des petites pilules le matin, deux fois par semaine. Elle les prend, mais avec un certain scepticisme, je pense. Donc, c'est ni chaud ni froid je dirais, ses relations à ces produits-là, finalement. [...] Elle est plus critique, ma mère. Mes deux parents sont des scientifiques. [...] Mon père, malgré son *background* scientifique [en physique], a tout à fait acheté l'efficacité de ces produits-là. Ma mère les regarde, avec son doctorat en chimie, avec un œil plus critique, je te dirais. Puis moi, je souscris plus sous la vision, à la perspective de mon père que celle de ma mère. (Oscar, 32 ans)

Il [mon mari] prend des oméga, il prend de la vitamine D. Il prend ces trucs. [...] C'est moi qui lui a dit « Prends ça ». [...] [Lui], c'est juste « Okay ». Il l'a pris. Honnêtement, peu importe ce que je lui donne, il le prend. C'est vraiment un patient très docile. Genre, littéralement, je peux lui donner n'importe quoi et il va le prendre. Mais tsé, il sait que je fais attention, que je suis un peu obsédée, là. Je lis les bouteilles, je lis tout, je lis plein d'affaires avant de lui donner quelque chose. [...] Littéralement, je dis « Prends deux comme ça », puis il va le prendre. Il va même pas regarder c'est quoi. (Émilie, 24 ans)

Les études antérieures sur la consommation des PSN et l'enquête pancanadienne de Santé Canada (2011) ont observé que les femmes étaient les plus grandes consommatrices de PSN. Cependant, ces études n'ont pas regardé l'influence que ces femmes ont sur leur entourage, car c'est surtout entre les mains de ces femmes que repose la santé d'une famille ou d'un ménage. Parfois, ce sont les hommes qui demandent à leur femme, leur mère, leur conjointe ou leur petite amie d'aller chercher pour eux tel ou tel produit au magasin, à la pharmacie ou à la boutique, car elles s'y retrouvent mieux qu'eux.

Qui consomme des produits naturels au Québec? « Ce sont des femmes à 80 %. Elles achètent pour elles et parfois pour leurs maris. Les hommes en achètent peu ou pas, sauf peut-être les médicaments contre l'inflammation. » (*Le Devoir*, 12 mars 2008, propos de Denis Charlebois, ex-vice-président retraité de chez Uniprix et président de ViaZen Pharma)

L'étape de l'autoéducation apporte avec elle son lot de solutions diverses qui proviennent de plusieurs personnes et de plusieurs sources d'informations pour le problème que l'utilisateur de PSN cherche à traiter. Celui-ci doit alors procéder à faire le tri de ces solutions pour n'en choisir que quelques-unes pour constituer son autoprescription de traitements à essayer. Suivant l'autoprescription est l'étape de la validation de l'efficacité (ou de l'inefficacité) de la thérapie, où l'utilisateur détermine par lui-même si le PSN qu'il a choisi lui convient ou non, s'il lui a apporté les effets escomptés ou non ou s'il s'agit d'un effet placebo ou non.

#### **4.3.2 La validation de l'(in)efficacité des PSN**

Avant de poursuivre, il convient d'abord de définir ce qu'est un effet placebo. Selon Guy-Coichard et Boureau (2005), l'effet placebo est « tout procédé thérapeutique donné intentionnellement pour avoir un effet sur un patient, symptôme, syndrome ou maladie, mais qui est objectivement sans activité spécifique pour la condition traitée » (Guy-Coichard et Boureau, 2005, p. 227, citant Shapiro 1964). En d'autres termes, il s'agit des effets ressentis pour une personne suite à la prise d'un produit quelconque qui ne contient aucun principe actif pouvant produire un effet thérapeutique chimique quelconque.

Les arguments scientifiques utilisent souvent l'effet placebo pour désigner les effets d'efficacité ressentis par les usagers de PSN. Du côté des participants de cette étude, presque la totalité d'entre eux est confondue entre l'efficacité réelle des PSN et leur effet placebo.

Les Nutricap, je sais pas si c'est juste psychologique ou c'est dans ma tête, mais j'ai l'impression q'ça aide aussi à faire pousser mes cheveux plus vite pis plus épais. (Véronique, 26 ans)

Cette confusion est en partie causée par le fait que le moment où ils consomment des PSN coïncide avec les périodes où ils ont une bonne hygiène de vie, faisant en sorte qu'ils se demandent si l'efficacité ressentie découle effectivement des PSN ou elle n'est qu'une illusion produite par les effets placebo. Ou encore, elle est peut-être née de leur puissant désir de croire en l'efficacité des PSN.

Je ne sais pas à quel point ça m'a aidé, parce que j'ai pris l'ashwaganda et puis j'ai changé mon alimentation, mon régime alimentaire. Ç'a été global. (Thomas, 29 ans)

Je ne sais si ç'a fonctionné [les oméga-3 contre l'anxiété]. Tsé, les périodes où j'en prends, c'est tout le temps des périodes où j'ai un rythme de vie qui est vraiment sain [sic], que je mange bien, que je m'entraîne et tout. Donc, c'est peut-être je sais pas si c'est des oméga-3 ou comme le mélange de tout ça qui fait en sorte que je me sens bien. Ou l'effet placebo [...]. Des fois, je me questionne sur leur efficacité. Tsé, je me demande s'il y a pas l'effet placebo dans le sens qu'on y croît et tout. (Samantha, 29 ans)

L'effet placebo laisse planer des doutes sur l'efficacité des PSN, ce qui génère de la frustration chez quelques participants. En effet, à cause de cela, ils ne peuvent pas dépendre du produit pour les cas où ils ont réellement besoin que les effets désirés se manifestent.

[À l'adolescence], quand j'ai fait d'insomnie plus sévère [...], ma mère m'avait dit « Ah, c'est un produit naturel, pis ça marche bien [...]. C'est pas aussi puissant qu'un somnifère, mais ça va t'détendre ». Et j'ai cru ma mère, pis ça a aidé. Pis là, quand j'ai eu mes problèmes de sommeil qui sont revenus l'an dernier, j'en ai repris, mais [...] le Phyto, c'était pas assez puissant. Fait q'là, j'me dis y devait avoir un côté effet placebo [...]. Une fois qu'on l'sait, c'est comme un peu dérangeant, parce que quand on est vraiment pas sûr de dormir, on s'dit « Ah, mais c'produit-là est un effet placebo. Ça sert à rien que je le prenne » [...]. Le Novanuit, il a quand même un certain effet. Même si tu crois moins, il détend quand même, quoi [...]. Les nuits où j'pense qu'il va bien marcher, il marche mieux. Et les nuits où j'suis sceptique, il marche moins bien. (Robin, 27 ans)

Par contre, si l'effet placebo frustre certaines personnes, il en réjouit d'autres, car il résonne avec leur croyance du pouvoir d'autoguérison de leur corps et leur confirme leurs capacités de se guérir par elles-mêmes de leurs problèmes. Pour ces personnes, mieux vaut que ce soit un effet placebo que véritablement l'efficacité des produits qu'elles utilisent. Ainsi, l'effet placebo des PSN devient plus important que leur efficacité incertaine ou l'absence des preuves scientifiques.

C'est peut-être placebo [...], parce qu'il y a rien qui est prouvé [...]. Donc, si c'est placebo, tant mieux. (Diane, 34 ans)

J'aime mieux croire que je peux me guérir par moi-même [...]. Tsé, tant mieux en fait, là. Si t'es pas obligé d'prendre un *esti* d'médicament qui est de la cochonnerie genre, qui est pas bon pour toi, mais qui t'vas t'guérir mais comme, au bout d'la ligne, tout ce que ça l'a fait à ton corps, c'est pas bon genre [...]. C'est aussi ben d'avoir un effet placebo, pis justement genre toi, tu travailles par toi-même. (Claude, 26 ans)

Cependant, si les participants sont incertains quant à l'efficacité des PSN, beaucoup croient que si les PSN ne peuvent pas guérir leurs problèmes, ils peuvent néanmoins aider à les soulager ou soutenir le corps à mieux les supporter. L'efficacité des PSN n'est pas toujours évidente à constater, ce pourquoi les participants se fondent sur leur perception des effets ressentis pour la valider.

Ben moi, j'ai senti les premiers signes d'amélioration après un mois. Eux autres [membres de la famille], ils ont comme validé que j'avais raison là, p't'êt' six mois après. [...] Ma mère et ma grand-mère, qui s'achetaient par exemple de la spiruline. [...] « Ah oui, on va s'prendre en main ». Eux autres, c'était dans l'but d'maigrir, parce que quand j'avais changé mon alimentation, j'avais perdu comme 10-12 livres, fait qu'y se disaient « Ah, on va faire comme Karine », tsé. (Karine, 29 ans)

De la même façon qu'ils établissent la validité de l'(in)efficacité des PSN sur les ressentis de leurs expérimentations, les participants établissent aussi la crédibilité des PSN et les informations à leurs propos sur la base des sentiments de confiance qu'ils éprouvent envers leurs référents. Pour eux, les preuves scientifiques ne constituent pas une source de validité crédibilité, puisque les essais cliniques ne mesurent pas les aspects émotionnels, sociaux et

environnementaux qui peuvent influencer la maladie : ces essais s'effectuent souvent en isolant les individus de ces facteurs d'influences non biophysiologicals. Pour les personnes qui ne se sentent pas en santé, les preuves scientifiques importent peu, car leur but principal est de recouvrir un état de bien-être. Par conséquent, les expériences personnelles des individus (d'eux-mêmes, des membres de la famille, des connaissances ou des rumeurs) sont celles qui conduisent à établir l'efficacité des PSN.

Je peux voir des différences entre les journées où je prends des probiotiques et des journées où j'en prends pas. [...] Même en ayant le même type d'alimentation, si je prends pas de probiotiques, mon reflux va être vraiment intense tandis que les journées où j'en prends, c'est plus calme. (Diane, 34 ans)

Pour certains participants, la maladie ou la manifestation d'un symptôme n'est pas toujours attribuable à une lésion des tissus ou à un dysfonctionnement biologique, mais à des éléments non physiologiques, comme les événements de la vie. Par exemple, des séparations amoureuses ou des périodes de stress intenses (fin de mois au travail, période des examens, etc.) peuvent causer des sensations de brûlure d'estomac ou réveiller des douleurs ou des symptômes d'un mal, d'un problème ou d'une maladie. Les symptômes représentent ainsi une manifestation physique des états émotionnels fluctuants de la personne.

Une fois que j'ai eu un malaise là, [...] j'returnais la voir [après deux ans d'absence], pis elle [médecin] a dit « Ah! Tu vois! Si t'as eu un malaise, c'est significatif que t'as effectivement besoin d'la médication! » Mais tsé, je vivais une grosse période stress, de séparation, fait q'tsé, quand t'as une maladie intestinale, ça l'a un gros impact là. (Karine, 29 ans)

Les participants tiennent compte des émotions et des sentiments dans leurs représentations de la santé et de la maladie. Pour eux, une maladie est une manifestation d'un déséquilibre entre le physique et le mental, qui comprend aussi les aspects émotionnels et spirituels. Par exemple, le stress et l'anxiété peuvent intensifier les problèmes de sommeil en insomnie, dont deux tiers des participants en souffrent. Et du fait que les problèmes de santé sont associés avec des émotions, la thérapie pour traiter ces problèmes devrait donc aussi contenir ces dimensions émotionnelles.

J'avais aussi appelé au centre d'aide étudiante pour voir un psychologue [...], j'avais besoin d'aide. [...] J'suis encore suivi par un psychologue pour ça et l'anxiété. [...] Je pense que mon cycle biologique de sommeil fonctionne très, très bien [...]. C'est juste l'anxiété qui s'met en route, qui peut gêner le cycle. Donc quand même l'anxiolytique vient briser l'anxiété, ben ça permet aussi au sommeil naturel de se remettre en marche quoi, normalement. (Robin, 27 ans)

Le physique et le mental ne peuvent pas être séparés. Si les émotions peuvent affecter le corps, inversement, les états du corps peuvent aussi affecter les émotions.

Tsé, quand pour toi, te lever le matin c'est un fardeau là, ou que faire une tâche ordinaire pendant la journée, t'as une douleur là, que t'es incapable de faire une certaine activité, parce que t'es malade. Tsé, ça l'affecte non seulement ton physique, mais aussi ton psychologique. [...] On sent pas bien. Fait quand on est en santé [...] c'est comme un engrenage-là. Ton corps commence à aller mieux, ton psychologique commence à aller mieux, fait que tout va mieux. (Karine, 29 ans)

Et comme il a été mentionné plus haut, les participants croient que si les produits naturels ne les affranchissent pas de leurs problèmes, ils les aident néanmoins à mieux les supporter ou à les gérer. C'est le cas, par exemple, pour les problèmes d'humeur comme le stress ou les dépresses.

J'ai déjà pris des anxiolytiques, des antidépresseurs, de médicaments quelconques pour ces deux conditions-là. [...] Les effets secondaires étaient traumatisants, en fait [...]. Je me suis mis [...] à l'huile de morue, aux oméga-3. [...] Même si je voyais bien que ça réglait pas tous les problèmes dans ma vie, mon humeur générale était similaire à celle que j'avais sous ces médicaments-là [...]. Je retrouvais le même effet que le médicament pharmaceutique, sans avoir toutes sortes de pensées tordues ou d'effets secondaires hyper désagréables. (Oscar, 32 ans)

Maintenant, j'prends [...] des ampoules de magnésium que j'prends tous les matins. Et ça, c'est plus sur ton terrain de stress latent, parce que je ressentais pas de stress, mais y a quand même des symptômes du stress que j'aurais pu avoir là [...] parce que j'fais beaucoup de projets, donc ça m'occupe pas mal. Et ça, c'est stressant. [...] Le stress [...], ça produit des toxines, tu vois, qui vont avoir des effets sur toi. Par exemple, la spasmophilie, ces genres de choses. Et du coup, le magnésium va agir sur ce terrain-là. C'est pas que ça va régler tes problèmes de stress. Ça va favoriser le fait que ton corps va mieux le gérer. (Georges, 26 ans)

Dans le cas où un PSN s'est révélé inefficace pour une personne, ceci ne l'empêche pas de chercher à essayer d'autres produits, surtout parmi les produits qui lui ont été recommandés par d'autres personnes.

Mon ami Simon, qui a des problèmes d'insomnie chroniques comme les miens, j'veux dire, ça fait 72 milliards de produits qu'on s'envoie et qui ne fonctionnent pas, malheureusement. (Oscar, 32 ans)

En se fondant sur le fait que si l'efficacité des PSN n'est pas scientifiquement prouvée, l'inefficacité non plus ne l'est pas. Ceci fait que l'argument de l'absence de preuves scientifiques a comme résultat surprenant de ne pas décourager l'utilisation de PSN, mais au contraire d'encourager des explorations supplémentaires pour expérimenter des PSN. L'efficacité et l'inefficacité sont des objets du ressenti d'une personne. Se fondant sur la croyance que chaque corps est différent et chaque personne est différente, alors leurs ressentis le sont aussi, y compris envers un même objet. Par conséquent, un produit qui ne fonctionne pas chez une personne pourrait l'être chez une autre et vice versa.

Je faisais souvent des infections urinaires [...], j'en avais souvent. [...] Je travaillais comme préposée aux bénéficiaires à domicile [...], spécialement pour des personnes qui sont en situation d'handicap, puis les personnes qui sont quadraplégiques [sic] ont vraiment une propension super élevée, eux et elles, à faire des infections urinaires [...]. Puis lui [un client] en prenait [cachets de canneberge] [...], genre deux par jour, un [sic] affaire de même. Puis il disait depuis qu'il faisait ça, sa vie y a changé. [...] Fait que moi je m'étais dit « Ben je vais essayer ». [...] J'ai essayé, pis ça, ça changeait vraiment rien, là. [...] Ça marchait pas vraiment [...], alors que j'ai arrêté même si on me disait que c'était efficace. Moi je voyais pas d'effet, alors j'ai arrêté. (Louise, 29 ans)

En homéopathie, par exemple dans les granules que je prends, l'argument de mon pote Alex, c'est d'dire « Ouais, mais tsé, y a tellement peu de trucs de principes actifs dedans [...]. Par granule, y en a quasiment pas, si y en a » [...]. Mais tsé, genre, tout l'principe de l'homéopathie, c'est ça, en fait, c'est d'dire j'te donne un tout p'tit peu de truc tout petit là. Et pis tsé, ça fait l'effet, parce t'as pas besoin de plus, tu vois. [...] L'homéopathie, pour moi, ça marche. Par expérience, j'dis q'ça marche. (Georges, 26 ans)

Plus loin encore, l'argument du « scientifiquement non prouvé » est utilisé pour amenuiser le désappointement face à un PSN qui n'est pas efficace ou qui a cessé d'être efficace, puisque l'usager n'avait pas d'attentes élevées envers l'efficacité de celui-ci.

Cela dit, dans le cas où il y a une efficacité constatée, celle-ci n'est pas attribuée au produit, mais à son effet placebo, car justement, l'efficacité n'a pas été scientifiquement prouvée. Le ressenti est aussi un composant de l'effet placebo. Ainsi, l'absence de preuves scientifiques et l'effet placebo ne représentent pas un obstacle à l'utilisation des PSN, entre autres à cause de l'assurance du « naturel » des PSN.

Revenons brièvement sur l'effet placebo. Celui-ci peut mener à deux résultats possibles : le premier étant de faire en sorte que l'utilisateur arrête son exploration des PSN, car il a trouvé ce qui le satisfait; le deuxième étant d'encourager à explorer davantage des PSN, car l'expérimentation d'un PSN précédent lui a été positive. Dans le cas où un usager décide de pousser plus loin son exploration des PSN, il reste conscient que s'automédiquer comporte des risques. Par conséquent, il développe des stratégies de gestion des risques dans son exploration des PSN pour contourner ou minimiser les risques potentiels des PSN.

### **4.3.3 La gestion des risques**

Concernant la gestion des risques des PSN, la première ligne de défense des usagers réside dans leur confiance dans la DPSNSO pour le contrôle de la qualité et de l'innocuité des PSN accessibles au Canada.

Le Canada possède une réglementation sur les PSN pour protéger les consommateurs canadiens. Toutefois, cette réglementation est encore jeune et il y a trop peu d'informations et de ressources disponibles pour garantir efficacement le contrôle de la qualité des PSN. Certaines industries ont même utilisé cette réglementation comme un outil de marketing, comme le cas de la boisson énergisante Red Bull par exemple.

Jusqu'en 2003, la vente de Red Bull était prohibée au Canada par l'Agence canadienne d'inspection des aliments à cause de la présence de la taurine dans sa composition, un stimulant nerveux plus puissant et d'une durée plus longue que la caféine. Cependant, Red Bull a obtenu un numéro de NPN en juin 2004 – soit parmi les premiers produits à obtenir un NPN, si pas le premier –, ce qui l'a permis de contourner l'Agence pour être vendu au Canada (*La Presse*, 28 août 2004). De l'année de 2004 à la fin de l'année 2013, Red Bull a été reconnu comme un



produit de santé naturel alors qu'on connaît tous aujourd'hui les effets néfastes sur la santé de cette boisson sucrée.

D'autre part, la DPSNSO ne peut pas contrôler les achats en ligne des produits naturels ni les colis contenant ces produits expédiés par la famille ou les connaissances et les amis en outremer, et encore moins lorsque les naturopathes n'ont pas été bien formés pour conseiller leurs clients, ce qui peut arriver.

Les limites de pouvoir de la DPSNSO combinées aux peu de connaissances des PSN pourraient alors expliquer la collaboration du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour mettre en garde les Québécois contre les PSN (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2011), car le fait de s'automédiquer avec des PSN peut comporter des risques, entre autres les risques d'interactions avec les médicaments.

De leur côté, les participants ont développé leurs propres stratégies de gestion des risques pour contourner ces effets ou les limiter. Cette gestion des risques peut se faire de la manière suivante : essayer un nombre restreint de produits, à petites doses et pour une courte durée de temps. Au constat de l'absence de l'effet escompté ou de l'apparition d'un effet indésirable, ils peuvent toujours arrêter l'utilisation du produit.

Ça s'appelle Usana [...]. J'ai eu des réactions à ça. Je dirais que c'est pas mal le seul produit auquel j'ai eu une réaction. [...] C'étaient vraiment des pilules compactes. [...] Je me souviens que je faisais comme des éructations. Je la goûtais. Puis si je la prenais sans nourriture, oublie ça, j'avais des nausées, j'avais envie de vomir. C'était vraiment désagréable. Mais, après ça, j'avais appris que Usana, c'était pas la meilleure chose à prendre. Fait que c'est pour ça [que j'ai arrêté]. (Émilie, 24 ans)

Si un produit ne fonctionne pas, il y a toujours possibilité de le délaissier et d'essayer un autre, puis un autre, puis un autre. L'assurance du « naturel » sert de garantie que « ça ne peut pas nuire », donc rien n'empêche de les essayer les uns après les autres jusqu'à ce que la personne trouve quelque chose qui la satisfait ou qui la correspond.

Parce que je pense que ça ne peut pas nuire. Par exemple, quand on parle de probiotiques, dans ma tête, ça peut pas me nuire que je le prenne. Donc si c'est

placebo, tant mieux. Il y a rien, je pense, qui peut être dommageable. (Diane, 34 ans)

Je pense que on se rassure un peu du fait que c'est des produits naturels. (Amélie, 29 ans)

La pratique de l'automédication procure un sentiment d'*empowerment* qui, combiné avec la certitude de toujours pouvoir arrêter un produit, affaiblit les sentiments de crainte et d'insécurité des risques associés aux PSN. C'est cette croyance que les PSN « ne peuvent pas nuire », ou du moins qu'ils ne peuvent pas avoir des effets secondaires aussi néfastes que ceux des médicaments pharmaceutiques, qui pousse l'audace d'expérimenter plus loin de nouveaux PSN. De plus, étant donné que ce sont les usagers qui ont eux-mêmes établi leur autoprescription de PSN, cela signifie donc qu'ils peuvent aussi modifier cette autoprescription à tout moment, en concordance avec leurs besoins et leurs ressentis.

Par ailleurs, pour certains participants, ce ne sont pas tant les PSN qui représentent un risque en soi, mais bien l'utilisation qui en est faite. Avec les PSN comme avec les médicaments, il s'agit de faire usage du sens commun, qui parfois désigne le ressenti de l'utilisateur.

Tsé, on sait que c'est pas trop régulé [...]. Tsé, quand je travaillais, tsé, j'ai côtoyé des gens qui ne juraient que par ça [des produits naturels], pis ils se sont rendus, tsé se sont rendus malades, là. [...] J'ai connu une autre femme qui c'était débile ce truc-là. Elle voyait un espèce de naturopathe qui lui vendait des espèces de petites bouteilles, avait mis des espèces de names, de noms dessus. Pis juste le nom. c'était louche, là. Tsé, genre le produit, c'était comme Action, Poison [...]. Pis je me souvenais, à un moment donné, elle avait de la misère à respirer. Pis moi, j'étais comme « Là, on s'en va à l'hôpital, là ». Ça avait pas d'allure, cette affaire-là. Puis, elle était là « Non, non, non. On va appeler mon naturopathe. Pis, on l'avait appelé, pis a [elle] fait « J'ai la misère à respirer. J'ai la misère à respirer. » Pis y [il] avait dit genre « Prends cinq gouttes de Poison aux deux minutes. Pis après, deux *shots* de Action. » Tsé, c'est comme, c'était n'importe quoi, là [...]. Tsé, c'est ce genre de consommation de produits naturels [...] qui est pas critique là, tsé. Je pense qu'il faut être critique envers les produits naturels, même envers les médicaments pharmaceutiques. [...]. Ben, je pense que, comme tous les médicaments, tout ce qu'on fait, tout ce qu'on mange, je pense qu'il faut juste être à l'écoute. Genre, as-tu l'impression que ça marche ce que tu fais? [...] Tsé, la madame avec ses gouttes, tu le vois ben que ça marche pas là. Pis ça sert à rien. Pis tsé. mettons là, moi les produits pour les allergies, ben j'ai essayé pis « Ah ben oui, ça marche » [...]. Je pense qu'il faut faire une utilisation qui est moindrement alerte. (Louise, 29 ans)

L'(in)efficacité des PSN ne peut pas être déterminée avant d'en avoir fait l'expérimentation. Cependant, plus que les questions d'efficacité ou de preuves scientifiques, ce qui importe pour les participants, c'est la possibilité et la liberté de pouvoir explorer et expérimenter différentes solutions, avoir un large éventail d'alternatives de traitements et de thérapies à leur disposition, et non de juste s'enfermer dans des options restreintes, ce que la médecine conventionnelle tend souvent à faire.

La santé avec les produits, les PSN, ça serait [...] plus facile. Puis, sans les produits de santé naturels, le mot qui me vient à l'esprit, c'est casse-tête. [...] C'est plus facile parce qu'au moins, j'ai une option alternative. S'ils n'existaient pas, [...] je-je-je serais pas comment gérer ma santé si j'ai juste l'option du chimique. (Émilie, 24 ans)

Pour beaucoup de participants, la médecine conventionnelle a ses forces, mais elle a aussi des faiblesses. Les MAC aussi ont leurs forces et leurs faiblesses. Les participants croient sincèrement que si les deux médecines sont employées en combinaison côte à côte, alors elles peuvent mutuellement couvrir les faiblesses de l'autre.

Tsé, j'ai une tante. Elle a une maladie très grave. C'est la maladie de Charcot. C'est une sclérose amyotrophique latérale. [...] C'est un peu comme une sclérose en plaques, mais plus rapide. En fait, tu vis entre six mois et trois ans après tu le declares [...]. Ton cerveau s'ferme progressivement. Tu perds l'usage de tes membres et tu meures d'asphyxie ou j'sais pas quoi. Et on n'sait pas soigner ça. [...] Les seuls médicaments que ma tante peut prendre, c'est évidemment ceux qui atténuent la douleur [...], qui vont faire moins mal quand elle va perdre l'usage de quelque chose [...] Ben, elle est sous antidépresseurs parce qu'elle sait qu'elle va mourir dans entre six mois et trois ans, tu vois [...]. Dans la médecine occidentale conventionnelle, on n'a pas de médicaments, on n'a pas de manières de le soigner. Par contre, on sait que tout ce qui est stress, etc., ça va agir négativement sur les symptômes. Ça va aggraver. Ça va aller plus vite. C'est pour ça qu'ils la mettent sous antidépresseurs. Ben oui, sinon, elle pourrait pas vivre, là. Tsé, j'imagine qu'elle serait en état de perpétuel désarroi, en dépression intense. [...] Mais y a plusieurs personnes, pis moi, je lui en avais pas parlé, parce que... [...] À sa place, j'pense que j'irais voir d'autres médecines. Tsé, quand t'as la médecine occidentale qui t'dit euh « Ben voilà, on va te donner des antidépresseurs et des calmants et des [antidouleurs] musculaires, mais que tu vas quand même mourir dans trois mois ». Ben, t'essaies autre chose enfin, tsé. [...] La médecine naturelle, j'pense que c'est une alternative qui peut soigner d'autres choses que la médecine conventionnelle n'arrivera pas [...] ou mieux que ce que pourrait faire la médecine conventionnelle. (Georges, 26 ans)

Depuis des lustres, la quête du remède magique et de la potion miraculeuse qui guérit tout a toujours fasciné les hommes. Le vaste éventail de thérapies des MAC procure un sentiment de fascination comme de faire une chasse au trésor pour trouver le remède miraculeux. Et à cela s'ajoutent la croyance du naturel et la possibilité d'arrêter en tout temps, qui encouragent alors la multiplication des expérimentations avec les PSN.

Cela dit, l'exploration des PSN se restreint malgré tout aux produits qui sont familiers aux usagers. Parmi les PSN, il en existe appartenant à plusieurs types de médecine (chinoise, ayurvédique, thaïe, tibétaine, russe, autochtone, etc.), de plusieurs pratiques (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie, herboristerie, apithérapie, etc.) et sous plusieurs formes (plante et matière séchées, cachet, gélule, granule, macération liquide, pommade, suppositoire, etc.). La gestion du risque se traduit par l'exploration des produits qui s'inscrivent dans les mêmes catégories, les mêmes pratiques et les mêmes formes que les PSN que les usagers utilisent déjà ou envers lesquels ils se sentent assez connaisseurs et confiants pour tenter l'expérimentation. L'exploration demeure ainsi dans un périmètre assez restreint par rapport à la grande variété des différents types de PSN existants.

Les participants se limitent aux produits qu'ils connaissent ou qui leur paraissent familiers, car ils en ont soit entendu parler dans leur entourage, soit lu dans un livre, un magazine ou dans le journal, soit vu ou entendu à la télévision ou à la radio. Par exemple, ils évitent les produits qui sont trop complexes à utiliser (comme suivre un programme de traitement en entier et à long terme) ou qui sont désagréables à consommer (comme des cachets de canneberge « dégueulasses » qui goûtent le « carton », des probiotiques qui goûtent le « vomi » ou des remèdes tibétains qui goûtent les « crottes de lapin [...] hyper amères »).

Si les participants limitent les frontières de leur exploration, c'est également parce qu'il y a peu de connaissances disponibles. Certes, l'accumulation d'expériences positives peut conduire à consommer de plus en plus de PSN, pourvu que l'utilisateur trouve qu'ils lui correspondent bien.

J'ai commencé surtout à utiliser les huiles essentielles, parce que en fait, y a [...] de[s] gens autour de moi qui connaissaient. [...] Y a une amie infirmière qui a fait [...] l'aromathérapie [...], pis elle, du coup, elle m'a dit des trucs. Tsé genre, elle m'a dit telle huile, tu peux utiliser pour telle raison, telle huile pour telle raison et de telle manière. Pis ma grand-mère en faisait aussi. J'ai deux

amis qui en font aussi. Du coup, c'est plus par mon entourage on va dire que j'ai été socialisé aux huiles essentielles, d'abord par ma grand-mère, puis par les amis de mes parents [...]. Après, j'en connais pas assez les huiles essentielles pour, tsé, explorer tout seul toutes les huiles essentielles. Il y a un gros paquet, là. J'utilise juste celles que je connaisse. J'en connais pas mal là, mais... [...] C'est que c'est très vaste comme truc, tu vois. [...] En fait, y a beaucoup trop d'articles. C'est difficile à se retrouver. Faut trouver ce qui correspond aussi à toi.  
(Georges, 26 ans)

De la même manière que prendre plusieurs médicaments peut générer des interactions médicamenteuses, la multiplication des PSN risque aussi de générer des interactions entre les produits. Cependant, si le cumul du mélange des médicaments pharmaceutiques inquiète par le fait qu'ils peuvent induire des effets délétères (Fainzang, 2010), les usagers des PSN font abstraction des interactions potentielles, d'une part parce que les produits ont passé leur test d'évaluation des risques et d'une autre part par l'assurance conférée par l'étiquette de « naturel ». Jusqu'à un certain point, le cumul des PSN est envisagé comme pouvant augmenter la synergie des effets thérapeutiques pour soigner et maintenir une bonne santé globale. Toutes les stratégies sont bonnes, tant qu'on obtient les résultats désirés pour l'amélioration de la santé.

C'est une autre façon d'faire aussi, avec les moyens qu'on a, les moyens qu'on peut s'permettre [...], surtout les moyens auxquels on croit. (Adélie, 24 ans)

Dans ses explorations et les représentations derrière ces PSN, un usager peut tomber sur « toutes sortes de théories [...] farfelues » ou des découvertes « miraculeuses ». Devant ces imbroglios des théories, de philosophies et des connaissances, l'usager choisit celles qui lui font du sens, qui résonnent avec ses représentations, ses préférences et ses valeurs tout en ne négligeant pas son sens commun. Il peut choisir de légitimer et d'adopter les uns comme d'abâtardir et de délaisser les autres. Tout dépend de ses perceptions des thérapies qu'il a choisies et de son jugement personnel.

As-tu l'impression que ça marche ce que tu fais? (Louise, 29 ans)

Cependant, ces choix ne constituent pas des perceptions statiques, mais d'un flux dynamique de va-et-vient, dont les premières perceptions peuvent être modifiées au fur et à mesure que la personne découvre plus d'autres représentations et d'interprétations. Un des

participants à ce projet est une personne d'origine laotienne, mais qui a grandi en France. Ayant une éducation culturelle différente, Thomas (29) et ses parents n'interprètent pas de la même manière les représentations de la médecine. Thomas a rejeté la médecine traditionnelle familiale de ses parents dans sa jeunesse, mais s'est ouvert à la médecine alternative plus tard dans sa vie quand il a vu ce que cette dernière peut apporter pour lui.

Mes parents [...] respectaient une médecine chinoise, ayurvédique [...] avec des notions [...] qu'on peut retrouver en acuponcture, shiatsu, de feu, de choses comme ça. Ils ne mangeaient pas ça parce que ça fait monter le feu, des choses qui, pour moi, me paraissaient complètement bizarres quand j'étais petit, plus jeune [...]. J'ai pu voir mes parents se soigner d'une telle façon et moi, j'ai un peu rejeté ça étant adolescent, parce que je voulais être moderne, prendre des médicaments, etc. [...], parce que mes parents n'ont jamais su expliquer, parce qu'ils n'en font [sic] pas un héritage culturel. [...] C'est vraiment pas la meilleure des réponses quand on est adolescent. Mais quand j'ai les explications, etc., puis je vois aussi qu'il y a [...] des gens dans la médecine alternative qui soignent avec ça [...], ça a comme en fait légitimé en fait la médecine alternative. (Thomas, 29 ans)

Le ressenti est l'élément majeur qui guide les explorations des PSN et c'est aussi l'élément qui compose l'étape qui suit l'autoprescription, c'est-à-dire celle de l'autorégulation. Dans l'étape de l'autorégulation, l'utilisateur peut soit modifier la dose ou la fréquence des PSN qu'il a choisi de consommer en fonction de ses ressentis ou de ses besoins, soit d'essayer d'autres PSN ou encore de moduler ses perceptions et ses croyances initiales en fonction des nouvelles perceptions qu'il a rencontrées au cours de son exploration.

Par ailleurs, l'étape d'autorégulation ne comporte pas juste le fait de réguler les PSN ou leurs perceptions, mais aussi d'autoréguler ses habitudes ou ses manières d'être et de consommation, par exemple modifier ses habitudes alimentaires ou son hygiène de vie ou pratiquer la modération et la patience, c'est-à-dire en ne prenant pas trop de produits en même temps dans un laps de temps restreint et se donner un délai de temps relativement long pour observer les effets à long terme, ce qui peut s'étirer sur plusieurs mois à plusieurs années. Après l'étape d'autorégulation, en cas d'un constat d'une inefficacité ou d'un désir d'obtenir des résultats plus rapides, l'utilisateur peut revenir en arrière et recommencer de nouveau à partir de l'étape d'autoprescription jusqu'à ce qu'il trouve ce qu'il cherche.

En somme, avec ses six étapes procédurales (autoexamination, autodiagnostic, autoéducation, autoprescription, autoévaluation et autorégulation), l'automédication représente pour les usagers de PSN leur façon de se responsabiliser et de s'autonomiser pour leur santé. C'est ainsi qu'un usager « s'improvise son médecin ». Et au cas où, malgré tout cela, l'usager ne peut pas régler son problème, où il a épuisé toutes les stratégies pour contrer leurs problèmes et que l'exploration des PSN n'a pu aboutir à des résultats espérés, alors il peut décider de consulter un médecin.

## **4.4 Médecin et médicaments**

L'usage des PSN inquiète les médecins et les pharmaciens à cause des interactions potentielles entre les PSN et les médicaments (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2011). Les médias (journaux et télévision en particulier) rappellent constamment à la population de parler de leur consommation des PSN à leur médecin et à leur pharmacien. Cependant, les gens hésitent à en parler. Certaines personnes jugent même qu'il n'est juste pas nécessaire d'en parler au médecin ou au pharmacien, car cela risque d'empoisonner les relations. Les usagers de PSN vont consulter le médecin en cas d'absolue nécessité pour obtenir leur expertise médicale, mais ce qu'ils font avec le traitement prescrit par le médecin reste leur affaire personnelle.

### **4.4.1 La résistance et méfiance envers le médecin**

Les usagers des PSN prennent la charge de leur santé en pratiquant l'automédication avec des PSN pour régler leurs problèmes de santé. Cependant, cela ne signifie pas pour autant qu'ils délaissent la médecine officielle. Ils recourent aussi aux soins conventionnels et à la consultation médicale dans les cas où les PSN n'apportent pas le soulagement ou les résultats escomptés.

Aller voir un médecin [...] qui va m'titiller [...]. Quand c'est grave ou que ça fait trois jours que je fais d'la fièvre, tsé, j'arrive pas à en sortir, j'vais aller voir un médecin, tu vois. Mais je vais d'abord essayer la médecine naturelle.  
(Georges, 26 ans)

Dans certains cas, la consultation du médecin devient le dernier recours lorsque toutes les stratégies de PSN sont épuisées. Parfois, la consultation du médecin précède l'utilisation des PSN. Dans ce cas-ci, consulter un médecin n'implique pas pour autant de consentir aux traitements prescrits, mais seulement pour obtenir l'explication sur le problème ou la maladie – lorsque le médecin veut bien donner une explication – et non pour se soumettre à ses traitements, surtout si les traitements en question se résument à la prescription de médicaments.

Les problèmes de santé pour lesquels les médecins ont été consultés dans le cadre de cette étude sont l'insomnie, les problèmes gastro-intestinaux et les problèmes féminins. Près du deux tiers des participants souffrent des problèmes d'insomnie, un tiers souffre de divers problèmes digestifs (douleurs et brûlures d'estomac, reflux gastriques, maladie de Crohn) et le cinquième des femmes est confronté avec des problèmes d'endométriose, de fibrome utérin et de tumeur utérine.

Que le médecin soit consulté avant ou après l'utilisation des PSN, son expertise est recherchée dans le but de mieux comprendre les problèmes pour lesquels l'utilisateur n'a pas trouvé d'explication au cours de sa démarche d'autoéducation médicale. Après obtention de l'information recherchée, le patient peut choisir de suivre la prescription du médecin ou alors de modifier cette prescription de manière à ce qu'elle lui convienne mieux, comme en changeant le dosage, en accompagnant le médicament d'un recours aux PSN ou encore en substituant tout simplement le médicament par des PSN. Une fois sortie du cabinet du médecin, rien n'empêche une personne de tenter de trouver d'autres solutions alternatives au traitement prescrit par le médecin. Dans certains cas même, le traitement prescrit par le médecin devient *une alternative temporaire* jusqu'à ce que le sujet trouve *la* solution miracle dans les PSN.

Je voyage beaucoup, donc j'ai quelques petites séquelles qui ont été [...] accumulées avec les voyages [...], des amibes, [...] des bactéries [...]. Puis, depuis l'Afrique, [...] j'ai eu une intoxication alimentaire [...], puis mon clapet y est ouvert. Donc, depuis, j'ai des reflux. [...] La dernière fois, je suis partie huit mois, puis au Mexique. C'était très difficile de bien s'alimenter. Ils utilisent beaucoup de friture, de tout ça. Donc, quand je reviens à la maison, il y a une période de gastrites. Ça fait vraiment mal là où il y a de l'inflammation. [...] Ma docteure m'a prescrit mon Pantoloc [...] que je veux pas le prendre tout le temps [...]. J'essaie de me traiter d'autres façons. Je me fais des traitements-chocs de probiotiques. (Diane, 34 ans)



Très souvent, l'objectif réel – obtenir des informations médicales recherchées pour savoir quels PSN utiliser après – est dissimulé ou n'est pas mentionné au médecin, qui tend à réprouber la pratique « déviante » de l'automédication par les « mauvais patients ». Par conséquent, une personne n'informerait pas son médecin qu'elle commet ou va commettre un « acte de déviance » ou de « transgression » médicale. Et de plus, il y a encore moins de raison d'informer le médecin si la personne utilise les PSN pour des usages cosmétiques ou des fins non médicales, qui sont par ailleurs considérés comme encore plus « déviants » que l'automédication elle-même. Pour beaucoup de personnes, le fait de dissimuler au médecin son automédication des PSN n'est pas fait dans le but de contester ou de se moquer du médecin, mais parce qu'elles craignent de s'attirer sa réprobation ou qu'elles croient que leur médecin ne pourra pas les comprendre. Donc, il est inutile de songer à les informer pour s'attirer des ennuis. Dans bien des cas, dissimuler au médecin son utilisation des PSN est une stratégie pour (tenter de) préserver une relation harmonieuse avec son médecin.

Les participants qui ont eu recours à un médecin pour leur problème de santé ont reçu des prescriptions de médicaments, à l'exception de deux cas : celui d'une participante qui a consulté seulement pour une échographie dans le but de confirmer la présence d'une masse utérine et celui d'une participante qui était en attente d'une chirurgie élektive pour l'ablation d'une tumeur à l'utérus. Parmi les autres personnes, seulement trois ont informé leur médecin qu'elles utilisent des PSN. Et sur ces trois personnes, deux sont d'origine française (Georges et Robin) et une est d'origine québécoise (Karine). Parallèlement, le médecin des deux premières personnes est Français alors que le troisième est Québécois. L'expérience de relation médecin-patient et PSN vécue avec un médecin français n'a pas été la même que celle avec un médecin québécois.

Concernant les PSN, les médecins au Québec n'ont pas les mêmes perceptions que les médecins en France. La France et plusieurs autres pays de l'Europe (Royaume-Uni, Allemagne, Suisse, etc.) (Fisher et Ward, 1994) reconnaissent les traitements alternatifs à la médecine conventionnelle, tels que l'homéopathie et les herbes médicinales. Georges et Robin ont des médecins de famille en France. Georges utilise des PSN qui lui ont été prescrits par son médecin

et Robin a été dirigé vers les PSN par son médecin, et conseillé par une pharmacienne, pour contourner les effets secondaires des médicaments prescrits.

J'prends l'homéopathie depuis un moment, parce que j'ai une homéopathe en France que je suis pas mal de temps. Quand j'étais petit déjà, mes parents venaient la voir, parce que j'ai des problèmes des reins [...]. Et pis après, c'est avec elle que je travaille sur les problèmes des ORL [oto-rhino-laryngologique], mais en traitement de fond, parce que c'est censé modifier le terrain à long terme [...]. Après, par exemple, elle m'a filé des granules sur quand j'ai des débuts d'angines, parce que j'ai souvent des angines. Pis ça, ça marche bien, donc que j'continue. [...] Moi, l'homéopathe qui me suit, elle est médecin généraliste en plus d'être homéopathe. (Georges, 26 ans)

J'ai commencé à faire mes gros problèmes de sommeil l'an dernier. Au début, j'prenais un médicament sous ordonnance [prescrit par un médecin à Québec], mais y était vraiment puissant, là. C'est du Xanax. Et pis, j'savais qu'à long terme, c'était pas bon, parce que ça crée de la dépendance, pis y a beaucoup d'effets secondaires et tout ça. [...] Fait qu'après, j'ai cherché quelque chose de moins dangereux [...], qui ne crée pas de dépendance. [...]. En France, j'ai un médecin d'famille, fait qu'il sait exactement les problèmes de santé q'j'ai eus, etc., les médicaments q'j'ai pris. [...] Quand j'suis rentré en France [périodes des fêtes de Noël et du Nouvel An], j'ai vu mon médecin, pis il m'a dit « Ben, pour les somnifères [...], y fallait pas trop en abuser », fait qu'on est allé en pharmacie, pis on cherchait un produit naturel pour le sommeil, sans ordonnance, mais qui marchait quand même bien. [...] La dame [pharmacienne] nous a dit « Y a le Novanuit, ça marche bien. Parmi mes clients, c'est parmi les produits que mes clients prennent, c'est celui pour lesquels [sic] les gens sont le plus satisfaits ». [...] Le médecin, lui, m'avait dit d'éviter les somnifères en général et éventuellement d'regarder les produits naturels, mais il avait pas ciblé un produit en particulier. Il les connaissait pas trop, fait que la pharmacienne, elle nous avait dit « Ben, le Novanuit, c'est celui qui, d'après nos clients, marche le mieux ». Donc, j'ai pris c'lui-là, pis il a bien marché. [...] Et c'est après ça que j'ai le Novanuit, fait que j'ai arrêté le Xanax et j'ai pris le Novanuit. [...] Mon médecin en France, [...] c'est lui qui m'a parlé des produits naturels. (Robin, 27 ans)

Les cas de Georges et de Robin sont ici intéressants par le fait qu'ils démontrent que la médecine conventionnelle peut aussi servir de relais vers la pratique des MAC, ce qui n'a pas été souvent soulevée dans la littérature. Néanmoins, il faut se rappeler que les MAC sont reconnus en France alors que ce n'est pas nécessairement le cas comme au Québec par exemple.

Georges et Robin ont eu des expériences positives avec leur médecin, mais ce n'était pas le cas de Karine. Karine a été diagnostiquée avec la maladie de Crohn « à un niveau léger ». Elle devait prendre rendez-vous avec son docteur une fois aux trois mois pour ses médicaments.

Après qu'elle ait changé son alimentation et commencé à consommer des PSN, elle avait constaté une amélioration de son état et voulait arrêter ses médicaments, ce qui a donné lieu à une altercation avec son médecin. Depuis, elle n'est retournée voir son médecin qu'une seule fois en deux ans.

Les médecins sont contre ça. [...] Quand je prenais des médicaments, j'allais aux trois mois voir le médecin, faire des prises de sang, etc. Fait que là, à un moment donné, quand j'allais très bien, j'ai dit « R'garde, tu vois par mes résultats, tu constates que je vais très bien. » Tsé, les prises de sang, ça mentent pas. J'ai plus malaise, rien. J'ai changé mon alimentation. Là, y a dit « Parfait ». Là, après ça, rendez-vous après, encore trois mois après, j'ai dit « Ben, r'garde. J'vas très bien. J'ai arrêté mes médicaments. Fait que je va t'contacter quand je vais bien ». [...] J'suis allée une fois depuis deux ans [...]. De c'que j'ai compris de son message, c'est que avant que on reconnaisse admettons q'les produits naturels ou quoi que ce soit, c'est comme effectif pour une maladie intestinale, ou que ça l'aille passer, que ce soit reconnu pour la communauté scientifique. [...] [*Grande respiration*] Elle [médecin femme] disait que je devrais pas arrêter la médication, parce que c'est pas démontré que le gluten est nocif, pis le lait, pis tout. [...] Une fois que j'ai eu un malaise, là [...], j'retournais la voir. Pis elle a dit « Ah! Tu vois! Si t'as eu un malaise, c'est significatif que t'as effectivement besoin d'la médication ». Mais tsé, je vivais une grosse période stress de séparation, fait q'tsé, quand t'as une maladie intestinale, ça l'a un gros impact, là [...]. Mais de toute façon, tsé, dès qu'y a eu la première possibilité de dire qu'il fallait prendre d'la médication, ben la médecin a dit ça. (Karine, 29 ans)

L'expérience de relations médecin-patient de Karine confirme ce que Furnham et Vincent (2000) ont observé dans leurs recherches. Selon les chercheurs, une expérience négative avec le médecin peut amener un patient à changer de médecin ou à espacer les visites avec celui-ci, ce qui alimente aussi la frustration du médecin. Inversement, une bonne relation médecin-patient peut rendre un individu moins réticent à revenir voir son médecin en cas de besoin. Pour les usagers des PSN, une bonne relation avec leur médecin peut commencer par une ouverture d'esprit du médecin envers les PSN. Ils consomment beaucoup plus de PSN que de médicaments, donc ils recherchent plus de conseils pour les guider avec des PSN qu'avec des médicaments. Si leur médecin peut aider à guider autant la consommation de médicaments que de PSN, une personne a ainsi davantage de raisons de revenir le voir.

Moi, l'homéopathe qui me suit, elle est médecin généraliste en plus d'être homéopathe. Du coup, tsé, quand t'as une grosse angine blanche avec plein de

blancs partout, elle va dire « Ben, prends des antibiotiques ». C'est inventé pour ça aussi, quoi. C'est pour ça que je vais la voir aussi. (Georges, 26 ans)

Cela dit, beaucoup de personnes s'attristent de la fermeture d'esprit de leur médecin à ce sujet ou déplorent leur ignorance, ce qui explique qu'elles gardent sous silence leur consommation de PSN. Pourtant, certains usagers aimeraient que leur médecin leur offre d'autres alternatives que des médicaments pharmaceutiques.

Ma docteure m'a prescrit mon Pantoloc [...]. Ben, c'est sûr que son premier choix, quand je vais la voir [médecin femme] [...], son premier [choix], ça va être c'est « Prends ça ». [...] Elle ne parle pas d'alternative à ça. (Diane, 34 ans)

Parler au médecin des PSN – du moins aux médecins au Québec –, c'est courir le risque de s'attirer sa désapprobation ou d'envenimer les relations avec lui. Par ailleurs, la méconnaissance à propos des PSN ou des MAC est une raison valable pour certaines personnes d'outrepasser le médecin.

Je me suis déplacé deux vertèbres cervicales l'été dernier [...], mais j'avais mon traitement [...]. J'allais chez l'ostéopathe, je m'en allais pas chez le docteur, parce que selon moi, ça m'aurait rien donné d'aller à la clinique, parce qu'ils m'auraient donné j'sais pas quoi, des anti-inflammatoires. Puis après, il aurait fallu que j'aille chez l'ostéopathe [...]. (Diane, 34 ans)

Une autre raison importante qui explique la réticence à consulter le médecin est la crainte de se faire prescrire des médicaments. De façon surprenante, le professionnel de santé qui est associé en premier aux médicaments n'est pas le pharmacien, mais le médecin. Certaines personnes ne voient dans le médecin qu'un technicien prescripteur ou un distributeur mobile de pilules pharmaceutiques. Leur méfiance des médicaments a amenuisé l'image du médecin soignant, voire jusqu'à remettre en question l'expertise du médecin, surtout quand les médicaments prescrits font plus de mal que de bien notamment en regard de leurs effets secondaires.

Tsé, juste comme quand tu vas chez le médecin [...], tu fais juste tousser un peu, pis y te donne ta pil-... ta boîte d'antibiotiques [...]. Tsé, certains médecins peuvent vouloir que tu fasses certaines choses, pis c'est pas nécessairement mieux pour toi, là. (Louise, 29 ans)

La réticence à consulter un médecin est ainsi reliée à la méfiance envers les médicaments, ou, plus spécifiquement, envers les effets secondaires des médicaments.

Les médicaments q'les médecins recommandent sont pas... forcément... forcément efficaces [...]. Tu vas chez le médecin, il te dit « Prends ce médicament ». [...] T'as une migraine, quelqu'chose d'pas vraiment grave [...], il va te recommander un produit, parce qu'il pense dans une clinique privée [sic], pis... Ils ont des contrats. (Nadir, 26 ans)

Pourquoi moi j'en prends [des produits naturels], dans le sens qu'moi ça marche, ça attaque moins mon foie. J'ai pas besoin d'aller voir un médecin [...]. Un médecin, ben, c'est toujours il faut y aller, faut prendre rendez-vous, pis ça coûte des sous. Pas l'automédication. (Georges, 26 ans)

#### **4.4.2 La réticence face aux médicaments**

La réticence éprouvée par les participants face aux médicaments est notamment liée aux effets secondaires et aux représentations négatives véhiculées envers ceux-ci. Les médicaments incarnent pour plusieurs une « béquille », un « poison » ou une « invasion » « chimique » « difficile à gérer » pour le corps, en plus du fait que leurs effets secondaires les handicapent (nausée, maux de ventre, somnolence, sentiment de faiblesse, perte de concentration), voire intensifient leurs problèmes, surtout les problèmes de douleurs.

Mais parce que je veux pas le [Pantoloc] prendre tout le temps [...], je vois ça comme une béquille, le Pantoloc [...]. Je voulais pas prendre ça à tous les jours de ma vie jusqu'à temps de mourir! (Diane, 34 ans)

Je considère aussi que c'est un élément extérieur que ton corps doit éliminer en fait. [...] Je privilège [sic] un traitement plutôt naturel, plutôt doux, parce que je considère que le médicament en fait peut être une invasion [...], quelque chose de plutôt difficile à gérer pour le corps. [...] Prendre un médicament ne règle pas tout. (Thomas, 29 ans)

L'année 2010, 2011, où j'en avais fait cinq [angines bactériennes] dans l'année. À la fin, j'étais trop traumatisé de tous les antibiotiques. [...] En fait, tous les [...] médicaments professionnels [...] pharmaceutiques-là, c'est quand même assez lourd sur ton foie [...]. Tsé, quand tu t'enchaînes de 50 jours d'antibiotiques, à un moment, il faut trouver une autre solution. (Georges, 26 ans)

Aussi, ils craignent que les médicaments leur fassent développer de la résistance médicamenteuse ou de la dépendance physique et psychologique. Sur 14 participants, 13 affirment être méfiants envers les médicaments. Quant à la personne qui a dit avoir encore confiance envers les médicaments, elle admet en même temps qu'elle n'a pas encore été malade au point de devoir prendre des médicaments prescrits.

Pour certaines personnes, les médicaments les rendent surtout conscients du « fardeau » de leur corps ou font ressortir ce qu'elles estiment être ce qu'il y a de plus laid ou de plus pitoyable en elles (prise de poids, instabilité des humeurs, dépression, acné sévère, sentiment de faiblesse généralisé, idées de suicide, etc.). Et plus encore, certaines d'entre elles considèrent que les médicaments risquent potentiellement de générer d'autres maladies.

J'ai déjà été justement sur la pilule contraceptive [...], Diane-35. C'était vraiment l'enfer. Je l'associe encore à ce jour à quelque chose de vraiment très, très négatif [sic] dans ma vie, autant en termes de gain de poids que sautes d'humeur intenses que de vraiment grosses déprimés [...]. Je pense qu'il y avait aucune amélioration avec mon acné, parce que on m'l'avait dans l'fond entre autres suggéré pour les problèmes d'acné [...]. Finalement, à tous points de vue, je me sentais vraiment très perdante [...]. Après coup [...], j'pense que j'ai vu une fois dans un *Métro*, complètement par hasard, qui avait des recherches ou plutôt des observations en France, comme quoi la Diane-35 était vraiment assez dangereuse, qui pouvait être associée à des problèmes de santé assez graves, là [...]. Je veux pas non plus partir de rumeurs non fondées [...], c'est sûr que la Diane-35 avait été associée à des choses aussi graves que peut-être des ACV [accidents cardio-vasculaires] [...]. Donc, ça, c'est resté très négatif dans ma tête. (Adélie, 24 ans)

J'ai déjà pris des anxiolytiques, des antidépresseurs, de médicaments quelconques pour ces deux conditions-là. [...] Tu prends une pilule, tu vas bien. Le lendemain, t'es comme « Ah, j'aurai le goût de me tuer », « Ah, je pense ça, là ». « Ouais. Ah, ça fait 14 jours que j'suis sur un nouveau médicament, j'y ai pas pensé tout de suite après ». [...] Ces médicaments-là [...] me donnaient [...] toutes sortes de pensées tordues. (Oscar, 32 ans)

Parfois, les médicaments ne soulagent pas les maux, mais au contraire, les amplifient.

J'ai été dans le milieu de santé normal [en soins infirmiers]. [...] Tsé, j'ai déjà pris plein de chimiques avant, puis j'en veux plus. Ça m'a pas aidé. Ça m'a juste rendu pire [...]. J'étais rendu que j'avais des migraines. Et je prenais comme presque 1900 ou 2000 mg d'anti-inflammatoire, antidouleur par jour. Puis, une combinaison, genre de l'acétaminophène avec des antidouleurs de muscle, des relaxants, des ibuprofènes, tout ça mélangé ensemble. Ça faisant, genre, j'avais encore mal. Ça servait à rien. J'avais quand même mal. Donc, ça s'empirait, ça

s'empirait, ça s'empirait. J'avais encore mal à la tête, j'avais encore mal à la tête. (Émilie, 24 ans)

Parfois, ce ne sont pas les effets secondaires qui poussent les gens vers les PSN, mais simplement l'inaccessibilité de certains médicaments, entre autres à cause de l'exclusivité de vente et du prix. Une participante, Louise, utilise des PSN pour ses allergies. Cependant, elle n'a pas commencé à utiliser des PSN parce qu'elle le voulait, mais parce que les circonstances de son travail l'y ont obligée. Louise préfère de loin des médicaments antihistaminiques, surtout de la marque Aeries, qui ne lui causent pas trop d'effets secondaires désagréables. Cependant, cette marque était en vente exclusive et lui coûtait cher. Par conséquent, elle a dû opter pour une autre solution.

Le problème que j'ai moi avec les produits pour les allergies pharmaceutiques [...], je suis vraiment sensible aux effets secondaires, puis surtout tout ce qui a trait à [des] symptômes d'endormissement, nausées. Ça, ça m'affecte vraiment, vraiment beaucoup. Puis, dans beaucoup de produits pour les allergies saisonnières, je sais pas c'est quoi la molécule-là, mais elle est dedans. Puis, ça me rend vraiment mal, ce qui fait que les seuls qui me fit, c'est la marque Aeries. Puis, à l'époque [...], il y avait pas encore la version chez Jean Coutu marque maison [...], donc ça, ça, ça coûtait cher. C'est vraiment la marque d'antihistaminiques les plus chers. Ça revenait à une piasse la pilule. C'est ça, non seulement ça coûtait vraiment cher ces médicaments-là, mais en plus, tsé, y avait vraiment l'exclusivité [...]. Je travaillais comme préposée aux bénéficiaires, puis j'allais chez le monde, puis y en avait beaucoup qui ont des animaux domestiques [...]. Moi, je prenais des antihistaminiques à tous les jours quasiment [...], fait que ça me revenait vraiment chère, cette histoire. Puis en plus, j'avais développé une espèce de résistance. *Anyways* [sic], tout ça pour dire qu'elle [une cliente] m'avait proposé ses fameuses pilules auxquelles j'étais bien sceptique. Puis effectivement, ça marchait, puis j'avais pas d'effets secondaires. Ça coûtait vraiment pas cher [...]. Le seul hic, c'est qu'il fallait en prendre vraiment plus régulièrement. (Louise, 29 ans)

Beaucoup de participants supportent mal les effets secondaires des médicaments, c'est pour cela que, lorsqu'ils rencontrent des situations où ils sont obligés d'en prendre, certains tentent de réduire les doses prescrites dans la perspective de réduire l'impact des effets secondaires ou alors de les substituer par des PSN.

Au début, j'prenais un médicament sous ordonnance, mais y était vraiment puissant, là. C'est du Xanax. Et pis, j'savais qu'à long terme, c'était pas bon, parce que ça crée de la dépendance, pis y a beaucoup d'effets secondaires et

tout ça. [...] Fait qu'après, j'ai cherché quelque chose de moins dangereux [...], qui ne crée pas de dépendance. [...] Les somnifères, c'était quand même costaud. [...] J'prenais un comprimé 2,5 mg, puis j'ai dormi 8 heures. [...] Le lendemain, j'étais un peu *ppfi!*, p'tit peu *stone* [drogué] là, c'est sûr. [...] Et c'est que toute la matinée après [...], j'avais du mal à m'concentrer parce que le produit est encore très fort. [...] On est pas très efficace le lend'main, quoi. On a des p'tits trous de mémoire, on est moins concentré, tout ça. [...] [Après, j'ai pris] seulement un demi-comprimé plutôt que un [...], ça a moins d'effets secondaires, parce que la dose est plus petite. Et c'est après ça que j'ai le Novanuit, fait que j'ai arrêté le Xanax et j'ai pris le Novanuit. (Robin, 27 ans)

Par ailleurs, l'obligation de devoir passer par un médecin ou tout autre intermédiaire professionnel pour obtenir une prescription de médicaments peut aussi exaspérer les gens et dès lors les rendre frustrés face à l'idée de devoir prendre des médicaments.

À partir de l'adolescence, je faisais souvent des infections urinaires. Fait que ça, ça impliquait d'aller chez le médecin pour prendre des antibiotiques. Puis ça c'est niaisieux là. Une infection urinaire, tu pognes ça facilement, pis... C'est, c'est la fin du monde quand t'as une infection urinaire! [...] C'est il faut que t'aïlles en clinique pour qu'il te donne genre cinq, six antibiotiques. C'est ridicule je trouve ce système-là. (Louise, 29 ans)

Outre les effets secondaires handicapants ou les risques de développer de la résistance ou de la dépendance physiologique et psychologique ou d'autres maladies par effets iatrogènes, les participants se méfient des médicaments aussi pour le risque de l'effet cascade des médicaments. Cet effet consiste à prendre des médicaments pour contrer les effets d'autres médicaments (Mallet, 2016), qui amènent certaines personnes à considérer la possibilité de se soigner sans avoir à recourir aux médicaments.

J'ai été diagnostiquée [...] [de] la maladie de Crohn [...]. J'prenais plein de médicaments. Je me faisais des lavements de médication avant de m'coucher [...]. De l'azathioprine [...], des lavements Salofalk, de la cortisone en pilule. Pis y en a un autre, j'pense, mais j'm'en souviens plus. [*Après le changement d'alimentation*] [...] J'y croyais pas vraiment que ça allait marcher [...], fait que j'y allais à reculons [...]. Mais c'est quand j'ai vu les résultats dans les semaines qui ont suivi sur ma condition, [...] contenu du bénéfique que ça m'apporte, j'aime tu mieux payer ça en médicaments, pis être mal en point, pis payer ça dans mon alimentation, qui là, à ce jour que j't'parle, j'prends même plus d'médicaments, rien. (Karine, 29 ans)

Si je peux éviter les médicaments, je vais éviter les médicaments [...]. Je pense que c'est une dimension qui va être de plus en plus forte [...] de prendre



médicament sur médicament. Un médicament fait un effet secondaire et on prend un autre pour contrer l'effet du médicament. Et que aujourd'hui, on peut arriver à des résultats similaires, mais on prend plus de temps, mais avec une médecine plus douce. [...] Je vois aussi qu'il y a [...] des gens dans la médecine alternative qui soignent avec ça. [...] J'ai pu voir que soigner très, très, beaucoup de maladies [...] en prenant pas de médicament. [...] C'est une philosophie que je me rapproche plus. (Thomas, 29 ans)

Par contre, l'effet cascade des médicaments rend les PSN intéressants pour leur versatilité, c'est-à-dire qu'un produit peut être utilisé à plusieurs fins, pour cibler et traiter simultanément plusieurs problèmes à la fois ou pour soigner en même temps plusieurs aspects de la santé, aspects incluant les émotions, les sentiments et la spiritualité entre autres.

[D]es infusions de cannelle et gingembre, là je fais ça régulièrement. C'est une amie à moi qui m'a parlé de ça. Puis c'est comme un stimulant un peu, comme du café, mais je me sens moins fébrile quand je prends ça. C'est bon au goût, puis ça régule de taux de sucre dans le sang aussi. Donc euh les périodes où j'essaie de faire attention à mon poids et tout, ben souvent je me fais des infusions. Puis pour la grippe aussi, le gingembre c'est très bon. (Samantha, 29 ans)

La versatilité des PSN séduit par le fait qu'elle va à l'encontre du paradigme de la spécificité du médicament ("*a pill for every ill*" (Busfield, 2010)) cher à la biomédecine et à l'expansion du marché des médicaments (Collin et Otero, 2015). D'ailleurs, la réticence des participants face aux médicaments est en partie causée par leur méfiance envers l'industrie pharmaceutique.

Pour certains participants, l'industrie pharmaceutique tend à fabriquer des maladies (même imaginaires) pour vendre leurs médicaments ou elle n'est pas éthique dans ses protocoles pour tester leurs médicaments. Jusqu'à un certain point, certaines personnes pensent que l'effet cascade des médicaments est expressément voulu par l'industrie pharmaceutique pour faire vendre plus de médicaments.

C'est sûr que y faut qu'ils vendent leurs pilules. Pis quand, tsé, r'garde, y s'font payer des beaux, euh, des belles conventions-là là, qui s'vont même sur des bateaux, pis qui sortent avec Pfizer, Johnson & Johnson, *whatever*, pis qui tout est payé. Là, c'est sûr « Ah, y a pas de connivence », mais genre, y a un pharmacien, va êt' plus enclin à passer les pilules. [...] J'ai l'impression que la pression des pharmaceutiques est tellement importante que ça va jusqu'à

influencer quelque chose de neutre comme le DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders], dans le fond [...], qui essaie quand même de comprendre [...] les vrais problèmes parce que c'est vrai qu'y en a des vrais problèmes, là. C'est pas juste des inventions, là. (Claude, 26 ans)

Les compagnies pharmaceutiques qui sont souvent dégueulasses. T'as quand même un côté éthique sur t'as à prendre un médicament pharmaceutique [...]. Et les pharmaceutiques chimiques, ben y a quand même un sacré nombre de scandales sur ce qu'ils ont fait dans d'autres pays qui sont vraiment dégueulasses [...]. J'ai lu un article dans l'*Courrier international* sur Pfizer [...]. Il y avait une épidémie de méningites [...] en Afrique. Et ils avaient mis des stands pour tester leurs médicaments contre la méningite à côté des stands de l'OMS. Tsé, ils respectaient aucun protocole de santé, genre. Y a plein d'gens qui se sont retrouvés qui sont morts [...], sont devenus aveugles ou handicapés à cause de leurs médicaments, parce que y avait aucun contrôle éthique dessus, parce que c'était pour faire leurs études, ils voulaient tester leurs trucs. C'est un laboratoire humain, quoi. Et du coup, tsé, j'ai tendance quand même à me méfier des pharmaceutiques [...]. Ben, ça fait pas rêver, quoi. [...] Pour moi, l'argument éthique, c'est un argument, quoi. (Georges, 26 ans)

Cela dit, malgré la réticence qu'ils ont à propos des médicaments, cela ne signifie pas pour autant que les usagers de PSN rejettent les médicaments.

#### **4.4.3 L'usage concomitant de médicaments et de PSN**

Les médicaments prescrits sont craints, mais ils sont néanmoins conservés et utilisés pour des situations que les participants jugent être des cas de nécessité. Face à l'incertitude de l'efficacité des PSN, le médicament pharmaceutique demeure pour eux un ancrage de sécurité au cas où les PSN ne suffisent pas. Toutefois, le médicament n'est utilisé que ponctuellement. Il devient le traitement alternatif aux PSN.

Oui [prendre le Pantoloc], c'est vraiment pour [...] quand c'est aigu [pour les problèmes de reflux gastro-œsophagiens]. Puis, j'essaie de ne pas en prendre à tous les jours, parce que je ne veux pas le prendre à tous les jours. [...] Je prends quand il le faut, parce que c'est trop grave. Faut pas que les intestins explosent, non plus. (Diane, 34 ans)

Ben, à court terme, oui [pour le Xanax]. [...] Pour un besoin ponctuel, c'est correct. [...] Moi, j'ai des amis qui prennent des somnifères, pis [...] y en a une qui en prend d'puis des années, là. Mais, ça, j'aimerais éviter de tomber là'dans, [...], fait que je reste très prudent [...]. C'est une bouée de sauvetage, si tu veux. J'essaie de n'pas l'prendre préventif. [...] Ponctuellement, ça m'arrivait de devoir reprendre du Xanax. (Robin, 27 ans)

J'prends aussi des produits pharmaceutiques quand j'en ai besoin [...]. Quand j'ai très, très mal à la tête, je vais pas me contenter [de l'huile essentielle] de la menthe poivrée [...]. J'vais prendre une aspirine. (Georges, 26 ans)

Cela dit, si les participants ont des réticences évidentes envers les médicaments pharmaceutiques, ils ne les négligent pas pour traiter l'acné. Pour l'acné, ils ne lésinent pas sur les dépenses ni sur les médicaments pharmaceutiques, ni sur les PSN et ni les produits cosmétiques.

J'fais de l'acné étant jeune [...]. J'en ai eu quand même pas mal. Ça a laissé des cicatrices, d'ailleurs. Pis oui, j'ai tombé dans le panneau d'utiliser mille et un produits, qui ont d'ailleurs pas fonctionné, pour la plupart [...]. J'ai déjà eu des brûlures, des affaires, des grains de beauté qui sont apparus à cause de ça [...], pis visiblement parce que j'ai utilisé toutes sortes de p'tites crèmes, des fois naturels, d'autres fois pas, pis par mon dermatologue, par ailleurs. (Oscar, 32 ans)

Bon, il y a toujours aussi eu les produits qu'on vend à la pharmacie pour l'acné, par exemple. Parce que ça aussi, c'est assez flagrant aussi, dans mon cas. [...]. À c'niveau-là, j'peux mélanger avec des produits naturels, des produits pharmaceutiques. Et bon, parfois, le cocktail des deux. (Adélie, 24 ans)

Avec les PSN, les médicaments sont mis de côté, mais pas abandonnés pour autant. Les médecins sont encore consultés, mais seulement quand l'individu juge qu'il est nécessaire ou qu'il n'a pas trouvé de solution satisfaisante dans son exploration des PSN ou de toute autre MAC. Ce que cette façon de faire révèle est la tendance de plus en plus forte des pratiques de pluralisme de la santé.

#### **4.5 Le pluralisme de la santé : « Ça devient normal. »**

Qu'importe le type de médecine utilisé, conventionnelle ou non conventionnelle, l'importance est qu'une personne puisse employer tous les moyens qui sont disponibles pour qu'elle puisse recouvrer la santé et le bien-être, autant sur le plan physique que mental, émotionnel que spirituel.

Quand il faut se traiter par les voies officielles, on le fait. Mais quand on peut essayer d'autres choses, ça, c'est de façon préventive ou curative, ben, c'est ce que je priorise. (Diane, 34 ans)

L'utilisation des médicaments en parallèle avec des PSN révèle l'émergence discrète, mais stable des pratiques de pluralisme de la santé. La médecine conventionnelle et les MAC sont utilisées en parallèle et en complémentarité. Les MAC sont plus généralement désignées comme la médecine complémentaire à la médecine conventionnelle, mais certaines personnes préfèrent considérer la médecine conventionnelle comme la médecine complémentaire aux MAC.

Les participants utilisent les deux médecines en attribuant des champs d'action spécifiques à chacune. Pour traiter des problèmes qui sont surtout de type chronique, les MAC sont privilégiées. Quant aux problèmes de santé graves ou qui nécessitent des interventions spéciales, comme des chirurgies, c'est la médecine conventionnelle qui est envisagée.

J'ai un problème en particulier [...], un fibrome au niveau de l'utérus, qui est assez gros [...], pis je voulais évidemment réduire la masse, mais je voulais pas prendre [...] des médicaments, à cause des mauvaises expériences dans le passé. Et, euh, je me suis fait suggérer par [...] une naturopathe [...] d'essayer c'médicament-là [un programme de produits pour la santé des femmes] [...]. Mais, quelqu'un, une autre personne dans mon entourage, qui a déjà eu des problèmes similaires, a fait la remarque [...] que c'est comme lorsqu'une barque prend l'eau, c'est comme la vider avec une cuillère, donc il y a un petit effet. Mais, dans certains cas, ça prend vraiment en sceau, des méthodes plus drastiques. Pis effectivement, la méthode drastique, c'qui va s'imposer pour moi bientôt, c'est l'opération chirurgicale [...]. Mais remarque, je n'irai pas davantage vers les médicaments. (Adélie, 24 ans)

Parfois, les deux médecines sont utilisées pour traiter un même problème, mais son traitement se porte sur des aspects différents. Par exemple, prendre des somnifères (aspect biophysologique de la médecine conventionnelle) avec des infusions de valériane (aspect biophysologique des PSN) et faire de la méditation (aspect spirituel) pour traiter l'insomnie. Qu'importe la façon dont un problème de santé est abordé, la pratique d'automédication avec les PSN tend à favoriser les pratiques de pluralisme de la santé. Avec les nouvelles représentations de la thérapie (dont le pluralisme de la santé) et avec les dernières tendances du

développement de la consommation de la santé, les PSN tendent à devenir une nouvelle « normalité ».

Il est facile aujourd'hui de se procurer des PSN à Montréal. Au cours des dernières années, de plus en plus de boutiques et de magasins spécialisés se sont multipliés pour augmenter la distribution des PSN. De plus, les pharmacies (Pharmaprix, Jean Coutu, Uniprix, Proxim, Brunet, etc.) vendent aussi des PSN. D'ailleurs, beaucoup de pharmacies vendent plus de produits, en variété et en quantité, qu'une boutique spécialisée en produits naturels. Même les magasins à grande surface (Walmart par exemple) suivent l'exemple des pharmacies en réservant des rayons entiers aux PSN. Les PSN se font de plus en plus visibles dans le quotidien des gens. Cette visibilité de plus en plus grande nourrit l'expansion des pratiques de pluralisme de la santé, dont la consommation en parallèle des médicaments et des PSN. Certes, il y a encore de la méfiance envers les PSN – tout comme c'est le cas envers les médicaments –, mais il y a aussi moins de réticence à leur égard par rapport à la dernière décennie.

Un ami, lui, il a pas de problème sommeil [...], fait que, quand je lui ai dit ça « Tsé, je sais pas à quel point c'est efficace, mais ça peut pas me faire de mal, donc... J'veux dire, y a pas de dépendance, d'accoutumance, pourquoi me priver? » Et lui, il m'a dit « Ben oui, si ça fait pas de mal, bon. À part q'ça va te coûter l'argent, mais bon, ça t'regarde ». Il s'est pas moqué. [...] Il disait « Oui, tsé, on sait pas trop les effets, mais si ça t'fait pas d'mal, tu perds rien à les utiliser, tsé » bon. [...] Il disait « Ouais, ça t'fait pas d'mal, pourquoi pas? Rien t'empêche d'utiliser ça. » (Robin, 27 ans)

Ils [consommateurs de PSN] sont influençables [...] par leur environnement [...], le bouche-à-oreille, leurs amis, leurs parents [...], qu'ils ont eu une bonne expérience. Y a l'effet de publicités [...] qui va les amener à être plus intéressés. De l'effet d'mode, tout ça [...], les tendances. Partout, ça commence à se généraliser dans la société. Tout l'monde en prend [...] pour se sentir cool [...], se sentir accepté. [...] [Il y] a des gens qui va [sic] voir tous ses amis qui en prennent des produits naturels, il va se sentir comme exclu. [...] Des fois ils en parlent, lui, il en prend jamais [...], il pourra pas intégrer dans leurs débats. (Nadir, 26 ans)

Maintenant, je pense que c'est beaucoup mieux normal pour tout le monde de faire ça. [...] J'ai eu des collègues qui me jugeaient au départ [dix ans auparavant], puis maintenant, eux aussi ont leurs graines de chia avec eux, puis leurs trucs, parce que c'est comme une mode [...]. Je pense que au départ, il y a toujours des réfractaires, puis à un moment donné, c'est normal. Puis, ça devient presque tendance. Si tu le fais pas, tu te fais plus juger. C'est comme fumer. Au départ, c'était *cool*, là après, maintenant, c'est que si tu fumes, tu te fais juger. Donc, il y a un changement, je pense. Il y a eu une évolution des mentalités [...]. Ma mère, en ce moment, est conseillère en produits de santé naturels dans une pharmacie, à Saint-Bruno. [...] Elle travaille dans une

pharmacie au centre-ville [...], puis c'est la première qu'ils ont créé un poste de conseillère en produits naturels pour venir vraiment compléter l'offre de la pharmacie. Et pour répondre à un besoin, évidemment. (Diane, 34 ans)

Se procurer des PSN tend à devenir aussi normal que de faire son épicerie, surtout lorsque les PSN sont considérés comme des aliments ou des nutriments au même titre que la nourriture dans son alimentation.

Et malgré les réticences des professionnels de la santé à l'égard des PSN, les PSN occupent néanmoins une espace non négligeable dans les pharmacies. Les pharmacies sont critiquées pour la place qu'elles accordent aux PSN dans leur pharmacie, mais les PSN restent toujours sur les étagères, et ils se font de plus en nombreux et de plus en plus variés d'année en année. De façon paradoxale, dû au fait que les PSN sont considérés comme inefficaces par la médecine conventionnelle, ceci encourage les pharmacies à garnir leurs étagères, car, sans aucun doute, les PSN leur rapportent des profits considérables.

Il faut revenir au principe de réalité élémentaire : les pharmacies sont des entreprises. Ils savent très bien que ça ne peut faire aucun mal, parce que c'est de l'eau, et que ça rapporte énormément. (SRC, *Zone libre*, 26 novembre 2006, propos de Yves Gingras, professeur d'histoire des sciences à UQAM)

Grâce à la multiplication des pointes de vente, surtout des pharmacies, les bases du pluralisme de la santé à Montréal sont officiellement mises en places, et plus fortes qu'avant. Maintenant, ce sont les opinions des gens, entre autres dans le milieu de la santé conventionnelle, qui prennent plus de temps à changer et à accepter cette nouvelle réalité.

Les pharmaciens ne sont pas à l'aise sur cette question, car ils ne sont pas formés adéquatement sur les produits naturels. (*La Presse*, 23 juillet 2013, propos de Jean-Yves Dionne, pharmacien conférencier)

Toutefois, encore une fois, malgré les conflits de perceptions et d'opinion, ce qui importe au final, c'est d'*être* en santé et de *se sentir* en santé.

C'est toujours dans un peu espoir de rétablissement. (Adélie, 24 ans)

L'importance, c'est juste que tu te sens mieux au bout de la ligne, tsé. (Claude, 26 ans)

D'un autre côté, la nouvelle importance accordée au ressenti du bien-être et la réticence devant l'injonction de la performance sociale dévoilent un certain épuisement de l'idéologie de la performance.

Je pense qu'on devrait plus écouter notre corps et respecter nos limites plutôt que d'aller repousser, mais je pense que c'est un peu la faute de la société, honnêtement. (Amélie, 29 ans)

## 5. DISCUSSION

Dans le chapitre du cadre conceptuels, nous avons vu que les concepts de santéisation, de biosocialisation et d'autocontrôle en santé n'ont pas été abordés spécifiquement à propos du phénomène de l'engouement pour les PSN. Cependant, ces concepts aident grandement à comprendre une partie de l'origine de l'émergence de ce phénomène. En effet, l'usage de PSN se présente comme une forme d'autocontrôle de l'individu sur sa santé, qui est en fait un moyen pour l'individu pour se tailler une place dans une société qui perçoit la santé comme une valeur cardinale et morale. Les PSN représentent pour ces usagers une stratégie de socialisation et d'intégration sociale en changeant les comportements de leur corps pour les faire correspondre aux normes de santé établies. En même temps, les PSN sont aussi un moyen subversif de ne pas se conformer aux normes aux quelles ils s'opposent sans pour autant « ébranler l'ordre social établi » (Heinich, 2002, p. 20, citant Elias, 1985).

### 5.1 La santé morale

Avant de continuer plus loin, nous aimerions faire une petite parenthèse sur le déroulement des entrevues des participants. Beaucoup d'entre eux commencent les entrevues avec les propos comme « Excuse-moi d'avance. Je viens de finir une grosse journée, alors je vais peut-être un peu perdu. » ou « Excuse-moi hein, je viens de sortir d'un cours et *ouf!* », « Tu m'excuseras, j'ai eu une grosse semaine, alors euh... », « Excuse-moi si je suis habillée chic comme ça [en robe], mais j'ai tellement mal [à l'abdomen] que je ne peux pas porter de pantalon. » ou encore « Je m'excuse. J'suis un peu fatigué ces temps-ci, alors... » De plus, ils répètent ces excuses à quelques reprises pendant les entrevues.

Souvenons-nous dans le chapitre du cadre conceptuel, avec le concept de la biosocialisation et les normes de la performance sociale, nous avons mentionné que dans une société qui idolâtre la santé et la performance, s'afficher dans un état d'inconfort ou de faiblesse, même temporaire, est devenu quelque chose d'impardonnable ou d'inadmissible (Poliquin, 2015), au point que les individus doivent s'en excuser. Ces propos des participants laissent



supposer que l'injonction de la santé et de la performance ainsi que la conscience de la santéisation et du devoir moral de la santé sont bien ancrées chez eux.

Rappelons que la santéisation a posé le droit à la santé comme un devoir moral de l'individu dans la société. En élevant la santé au niveau des valeurs cardinales de la société, la santéisation a élevé la médecine au même rang qu'une religion moderne, où l'adoption de « comportements sains » est bénie par les médecins-prêtres alors que les « comportements malsains » sont condamnés comme des « péchés » « immoraux », qui reflètent l'« impureté morale » d'un individu (Le Breton, 2008; Lupton, 1995; Poliquin, 2015).

En 1984, Friedson a écrit:

« La médecine occupe aujourd'hui une position comparable à celle des religions d'État hier. Elle a le monopole officiellement reconnu de dire ce que sont la santé et la maladie, et de soigner. Elle jouit, d'autre part, d'une grande estime dans l'opinion publique, comme en témoigne son prestige. » (Le Breton, 2016, p. 78, citant Friedson, 1984, p. 15)

Massé (1999) et Lupton (1995) se joignent à Friedson dans leur perception de la santé publique comme une institution de « religion séculière » (Massé, 1999, p. 7), où le médicament remplace l'hostie, quoique sans pour autant répondre aux aspirations spirituelles des gens (Buclin, 2000).

De plus, Friedson ajoute que la maladie en est venue à être considérée comme une forme de « crime » et de « déviance » sociale, et où la santé publique « transforme la maladie en problèmes économiques et politiques dont la résolution passe par des mesures de contrôle et d'intervention collective » (Massé, 1999, p. 9). La santé publique prend ainsi la forme d'une « entreprise normative » de comportements sociaux, qui est « perçue comme une alternative moderne à la religion et à la loi », car « qu'elle n'appelle rien de moins qu'une acculturation du citoyen à une nouvelle culture sanitaire fondée sur le primat de la valeur santé et d'une rationalité utilitariste. » (Massé, 1999, p. 8).

Afin d'amener les individus d'une société à se conformer aux injonctions de la santé pour devenir des êtres « performants », « sain[s] », « énergique[s] » et « productif[s] », la santé publique crée une « micro-éthique de la honte » pour imposer son contrôle sur eux (Massé, 1999,

p. 10-11). Cette « micro-éthique de la honte » se fait en induisant chez l'individu une honte intériorisée « de ne pas avoir fait tout en son pouvoir pour maintenir sa santé » (Massé, 1999, p. 11, référant à Lecourt, 1996), l'amenant ainsi à se culpabiliser lui-même lorsqu'il adopte des comportements « malsains » ou commet des « transgressions » ou des « délinquances ». Ces conduites « socialement indésirables » l'investissent de « sensations de déplaisir » (Martucelli, 2007, p. 234), dont la honte et la culpabilité, et l'incitent ainsi davantage à vouloir se conformer aux normes (Massé, 1999, p. 10-11, référant à Lecourt, 1996). Jusqu'à un certain point, adopter des comportements « malsains » (fumer, boire de l'alcool, manger des *fast foods*, etc.), même s'il s'agit d'actes occasionnels qui ne se manifestent que de temps à autre, s'apparente à être atteint d'une « maladie » « malpropre ».

Dans une société qui priorise la santé, les individus qui ont des maladies ne sont pas condamnés, mais leur maladie l'est. Toutefois, quand la maladie est considérée comme étant une partie intégrante de l'individu, alors il devient lui-même un être condamné par la société à cause de sa maladie.

« C'est plutôt la 'maladie' qui est condamnée que la personne, mais la condamnation existe; la personne est traitée avec sympathie plutôt que punie, mais on attend d'elle qu'elle se débarrasse de l'attribut ou du comportement condamné. » (Le Breton, 2016, p. 79, citant Friedson, 1984)

Par le fait que la maladie est plus ou moins socialement acceptée, des mesures sont prises, entre autres par la santé publique, afin d'éviter du mieux que possible qu'elle ne puisse arriver, dont par exemple l'élaboration de codes de conduites et de comportements, qui sont socialement perçus comme étant défavorables à sa genèse. Ainsi, la santé publique prend la forme d'« une entreprise pédagogique » dont le rôle est de « légitimer les pratiques de contrôle des habitudes de vie » des individus et de les amener à consentir à se conformer volontairement aux normes afin d'avoir « un meilleur contrôle sur eux-mêmes », faisant d'eux les relais de leur autorité pour ensuite discipliner leur entourage (Massé, 1999, p. 12). Ce faisant, l'individu se fait ainsi imposer le devoir de maximiser sa santé afin qu'il puisse ensuite maximiser ses rendements sociaux pour sa collectivité (Massé, 1999). En effet, l'individu n'existe que pour être assimilé dans la logique utilitariste et économiste qu'on lui demande de se conformer s'il veut intégrer la société dans laquelle il est membre (Massé, 1999). Par conséquent, l'individu

doit impérativement se faire muter en un être en santé, et ce, même si l'objectif de santé n'est pas son bien-être personnel.

Cependant, un individu tend naturellement à désirer atteindre un état de bien-être personnel de sa santé. Ainsi, l'automédication par les PSN lui apparaît comme une ruse qui lui permet de répondre non seulement à l'idéal social de la santé, mais aussi en même temps de soigner sa santé pour son bien-être personnel.

L'automédication est désapprouvée par la médecine conventionnelle, car elle est une pratique de la toxicomanie, où des individus consomment des drogues pour soigner un mal-être (Martin, 2000). Toutefois, elle est perçue par les usagers de PSN comme une stratégie pour se conformer à la norme... sans s'y conformer à son propre détriment, sans délaisser sa santé pour la santé des autres. Mais paradoxalement, elle peut aussi être un incitatif à commettre d'autres « délinquances » ou « transgressions » de la santé.

Rappelons-nous des cas d'Oscar et de son frère. Les deux frères utilisent les PSN pour panser leur sentiment de culpabilité d'avoir mangé des *fast foods*, « pas assez de légumes » ou « trop de sucreries » sur la croyance/espérance que les PSN vont couvrir les lacunes de ces aliments « malsains ». Le cas des deux frères illustre comment l'automédication représente une forme d'engagement social à la santé tout en créant en même temps une distanciation envers les valeurs dominantes d'une société qui valorise la santé et la santé de la performance. D'une part, les deux frères adhèrent à l'injonction de la santéisation en concevant l'alimentation saine comme une condition à la bonne santé et en se sentant coupables quand ils n'ont pas mangé « sainement ». D'autre part, ils utilisent les PSN comme une stratégie de ruse pour « boucher des trous » d'une transgression alimentaire, qui a dévié en cours de route, et ainsi contourner les sentiments de culpabilité. Voire, Oscar utilise les PSN pour se donner des excuses pour continuer à manger des *fast foods*, car il se repose justement sur la croyance que les PSN vont couvrir ses lacunes alimentaires.

Le PSN prend ainsi en même temps deux représentations symboliques opposées : un outil pour maintenir la santé, mais aussi pour excuser l'adoption des comportements socialement jugés mauvais pour la santé. Il a été mentionné auparavant qu'il peut être fastidieux de constamment devoir se comporter « sainement » pour devenir en santé. À l'encontre de ce

processus fastidieux, il apparaît que les PSN représentent une façon d'arriver au même résultat final, mais d'une manière moins fastidieuse.

## **5.2 Les croyances et les logiques rationalisées**

La biomédecine domine le domaine médical par son assise sur les preuves scientifiques, qui constituent la base de son pouvoir de domination symbolique dans les sociétés occidentales (Fries, 2005), à un tel point qu'il est aujourd'hui quasiment inconcevable d'imaginer une hérésie de la biomédecine sans causer une crise du domaine de la science (Fries, 2005, référant à Wolpe, 1993). En même temps, les gouvernements ne peuvent pas ne pas faire de concession aux praticiens des MAC et leurs clients (Fries, 2005, référant à Baer, 1989).

Dans l'ère de la culture de la consommation, tout devient des produits de consommation, incluant les symboles, les significations, les connaissances et même la « vérité », ou ce qui a été construit comme une « vérité » (Fries, 2005, référant à Sampson, 1994). Selon Fries (2005), dans cette ère de globalisation, de déterritorialisation et d'hybridation des cultures, l'hégémonie de la biomédecine est affaiblie par l'intensification des différenciations des espaces sociaux, car ces différenciations ont permis l'émergence de nouveaux symboles culturels où leurs significations ont été négociées et renégociées entre les individus. C'est pour cette raison qu'aujourd'hui, ce sont les significations symboliques qui constituent les nouvelles motivations et qui justifient les recours de différentes médecines, conventionnelles ou non (Fries, 2005).

Bourdieu a établi que l'environnement social ne se construit pas sur la conscience, mais sur les habitudes des pratiques et les mécanismes de doxa dont les individus reconnaissent sans nécessairement les connaître ou les comprendre (Fries, 2005, référant à Bourdieu et Eagleton, 1992). Une doxa est un « ensemble des opinions couramment admises, des croyances largement partagées, des savoirs informels diffusés au sein d'une communauté sociohistorique et culturelle donnée » (Provenzano, 2014) et la doxa de la biomédecine est le savoir scientifique qui découle des essais cliniques contrôlés.

De leur côté, les MAC proposent de considérer les habitus de santé comme une autre forme de doxa médicale. Bourdieu définit l'habitus comme l'internalisation inconsciente des

objectifs des structures sociales, qui apparaissent naturelles et spontanées, mais qui sont en réalité socialement conditionnées et dont leur conditionnement est codé par des significations culturelles (Fries, 2005, référant à Bourdieu). Cependant, un habitus n'est pas une construction rigide, mais fluide et dynamique – à l'inverse des preuves scientifiques –, puisqu'il est continuellement négocié et renégocié par les individus entre les individus.

Beaucoup de participants nourrissaient des opinions négatives envers les MAC avant de commencer à utiliser les PSN. C'est le fait qu'ils ont côtoyé des personnes qui en consommaient dans leur entourage (membres de la famille, collègues de travail, amis), qui les ont amenés à modifier leurs perceptions et leurs opinions premières. Et eux-mêmes plus tard ont influencé d'autres personnes de leur entourage à consommer des PSN. Par exemple, Amélie a commencé à prendre des PSN après avoir observé ses collègues de travail. Les collègues de Diane se sont intéressés à ses *smoothies* et s'en font aujourd'hui alors que dix ans auparavant, ils se moquaient d'elle. Ou encore, la mère et la grand-mère de Karine se sont achetées des *greens*, comme la spiruline et la chlorelle, pour pouvoir maigrir comme elle, alors qu'au début, elles lui faisaient des remarques désobligeantes.

Le corps de l'individu est un objet « plastique » (Fries, 2005, référant à Sweetman, 2000; Le Breton, 2008) capable d'intérioriser les symboles culturels du groupe dans lequel l'individu appartient. Cette plasticité permet de « ré-écrire » les habitus de l'individu à chaque fois qu'il renégocie des symboles culturels, d'où découlent ses résonances culturelles aux nouvelles valeurs modernes. Cette plasticité tend aussi à modifier les comportements de l'individu et lui constitue une nouvelle identité ethnique de santé (Fries, 2005, référant à Featherstone, 2000) pour constituer une alternative à la « biopolitique » (Rose, 2001), permettant ainsi aux MAC de se tailler un positionnement dans les sociétés occidentales postmodernes.

La doxa médicale des MAC intègre à la dimension biophysique de l'individu ses aspects psychologiques, émotionnels, sociaux, environnementaux et spirituels, qui constituent l'intégralité et la singularité de ce dernier, car la science à elle seule ne peut pas effectivement faire face aux demandes complexes des individus modernes (Fries, 2005; Snyderman et Weil, 2002).

Par leur domination des représentations symboliques de la santé, la médecine conventionnelle s'appuie sur l'absence de preuves scientifiques des « médecines subversives » (les MAC) pour justifier leur illégitimité (Fries, 2005). Il est vrai que jusqu'à là, il y a peu de connaissances disponibles sur les MAC et que même les usagers eux-mêmes s'y perdent. Souvenons-vous, le domaine des PSN est très vaste, mais les participants ne se limitent qu'aux produits dont ils ont certaines connaissances ou qu'ils se sentent confiants de les essayer, qui par ailleurs ne constituent qu'un petit échantillon de l'ensemble des PSN existant disponibles sur le marché.

Et pourtant, il existe aujourd'hui beaucoup de recherches scientifiques sur les MAC, surtout grâce aux activités croissantes des groupes de recherches dans les pays anglo-saxons, scandinaves et germaniques (Graz et Schopper, 2009). Cependant, les professionnels de la santé expliquent qu'« [e]n dehors de notre domaine [...], on n'a pas le temps de s'informer par nous-mêmes, ni de faire les recherches de littérature » et que « la difficulté de la gestion de l'incertitude est très peu abordée, de même que l'art de dialoguer avec ses patients sur la quête du sens de la maladie, et de sa cause exacte » alors que c'est peut-être ce que certains patients croient pouvoir trouver dans les recours aux MAC (Graz et Schopper, 2009, p. 2525).

Graz et Schopper (2009) conçoivent que la méconnaissance de la littérature *evidence-based* des MAC donne raison à des préjugés d'exister. Faire des études en médecine conventionnelle, c'est s'aligner fortement au « courant de pensée qui veut que les AC [alternatives complémentaires] seraient à l'évidence de simples placebos » (Graz et Schopper, 2009, p. 2526). Ce courant de pensée favorise le développement d'attitudes péjoratives, qui « sont renforcées par la pratique en milieu *conventionnel*, car on ne voit que les échecs des autres » et que « ceux qui ont guéri avec une AC n'ont pas besoin de consulter ailleurs si bien qu'on ne les voit pas » (Graz et Schopper, 2009, p. 2526). Ces préjugés donnent ainsi raison aux professionnels de la santé de ne pas chercher à s'informer sur les médecines « peu orthodoxes », ce qui encourage la genèse de tension dans les relations médecin-patient dans une consultation médicale lorsque les patients sont des usagers de MAC.

Entre autres, les MAC n'ont pas de valeurs dans les yeux des professionnels de la santé conventionnelle, parce que les bases des théories sont *unscientific* (non scientifiques) et que leurs études empiriques ne sont pas approuvées par les normes standardisées des études des

essais en clinique (Schachter, Weingarten et Kahan, 1993, p. 1270). Les professionnels experts se défendent aussi qu'inclure des MAC dans la distribution des soins ne ferait que générer inutilement des dépenses supplémentaires pour le système de santé (Busato, Dönges, Herren, Widmer et Marian, 2006).

De leur côté, dans une étude effectuée dans un centre pour traiter des patients atteints de cancer à Vancouver, au Canada, Taylor *et al.* (2008) ont démontré qu'une meilleure connaissance des PSN par les médecins augmente la satisfaction des patients, car les PSN leur permettent d'améliorer leur qualité de vie. Il ne s'agit pas de conseiller des PSN, mais seulement d'en parler en *counselling* (consultation). Cette tâche de *counselling* ne demande que neuf minutes supplémentaires par consultation, soit une augmentation de coût de 7,49 \$ (en dollar canadien) par patient, ou de 8,33 \$ en coûts supplémentaires pour l'investissement de ces services (Taylor *et al.*, 2008, p. 41). De plus, parler avec les patients à propos de PSN ne signifie pas nécessairement que ceux-ci vont consommer des PSN après, mais juste le fait d'en parler contribue à augmenter la satisfaction du patient sur la qualité de la consultation médicale. Mehta, Gardiner, Phillips et McCarthy (2008) confirment aussi que quand des patients ont eu la chance de pouvoir discuter des MAC avec leur médecin, ils rapportent la satisfaction d'une amélioration de la qualité des soins.

Astin *et al.* (1998) ont répertorié les représentations des MAC et des praticiens de MAC aux yeux des médecins. Selon ces derniers : 1) les praticiens des MAC n'ont pas les connaissances nécessaires pour pouvoir poser adéquatement des diagnostics, 2) qu'il n'y a pas de preuves d'efficacité confirmée des MAC et que 3) les MAC sont potentiellement dangereux compte tenu de leurs effets secondaires ou par l'effet indirect de repousser les patients à recourir aux soins (conventionnels) appropriés pour traiter leurs problèmes de santé.

Concernant le point 1 sur les connaissances médicales des praticiens de MAC, ceci est peut-être la raison pour laquelle les praticiens de MAC sont désignés comme des « charlatans » dans le Code déontologique des médecins du Collège des médecins (Collège des médecins du Québec, 2017, p. 2, code 10, numéro D.1213-2002, a. 10). Et pourtant, plusieurs des naturopathes au Québec étaient des médecins, généralistes ou spécialistes, avant de se convertir à la naturopathie. Ils ont pratiqué en France avant de venir au Québec, ou ils ont changé leur

choix de carrière plus tard dans leur vie, comme le grand-père d'Amélie, qui était un des cofondateurs de l'Institut de cardiologie de Montréal.

Concernant le point 2 sur l'absence de preuves d'efficacité certifiées en clinique, Mays et Pope (1995) mettent de l'avant que parfois, les résultats de recherches scientifiques ne peuvent pas être applicables à la réalité, car les résultats de ces preuves ne sont pas transférables au contexte de soins de santé ou à la population (Mays et Pope, 1995, référant à Britten and Fisher, 1993), entre autres parce qu'elles ne prennent pas toujours en compte l'apport du patient, ni de ses besoins, ni de ses préférences (Kohn et Christiaens, 2014, référant à Nelson 2008).

C'est pour cette raison que Biesta (2007) affirme que ce qui fonctionne dans les études cliniques pourrait ne pas fonctionner dans la réalité. D'après Biesta (2007), l'enseignement de la médecine conventionnelle tend à trop s'aveugler avec les résultats des essais cliniques pour établir que l'efficacité légitime des traitements conventionnels, qui sont *beyond reasonable doubt the effectiveness* (au-delà de tout doute raisonnable de leur efficacité) (Biesta, 2007, p. 16). L'auteur conçoit aussi que cette façon de former les médecins les limite dans leurs capacités de porter des jugements de manière adéquate en fonction des contextes variables de leurs patients. La focalisation sur le « *what works* » (ce qui fonctionne) rend difficile le questionnement de « *what [...] should work for* » (ce qui devrait fonctionner pour [le patient devant soi]) (Biesta, 2007, p. 6), étant donné que les *evidence-based* sont des résultats scientifiques qui proviennent d'un milieu stérilisé d'interactions sociales, d'échanges culturels et environnementaux. D'une certaine manière, la stérilité scientifique tend à induire une certaine stagnation des potentiels de jugements en médecine conventionnelle.

Par ailleurs, les études scientifiques ne sont pas à l'abri de la fraude scientifique à cause entre autres de la falsification ou de la fabrication des données, fraudes qui, une fois découvertes, sont parfois ensuite couvertes et cachées par les entreprises pharmaceutiques ou dans certains milieux académiques (Buyse *et al.*, 1999). Yves Gingras de l'UQAM et Serge Larivée de l'Université de Montréal affirment que les cas de fraudes sont « rares » et « exceptionnels » (*Le Devoir*, 16 novembre 2002, propos d'Yves Gingras, sociologies des sciences à l'UQAM et de Serge Larivée, professeur à l'École de psychoéducation à l'Université de Montréal). De plus, certains cas ne sont pas reconnus comme étant des cas de fraude, puisqu'il n'y avait pas de réelles intentions de vouloir falsifier les résultats, mais simplement une conséquence résultant



de la négligence ou de l'incompétence des chercheurs, ce qui par contre, laisse planer l'hypothèse qu'il existe des cas de fraudes, de négligences ou de mauvaises conduites éthiques, qui n'ont pas encore été détectés (Buyse *et al.*, 1999). Par ailleurs, le domaine de la médecine est le plus « touché » par les fraudes scientifiques (Larivée, 1994), avec un taux de 52 % de cas de fraude alors que ce taux s'élève à 81 % dans l'ensemble des sciences de la santé (*Le Devoir*, 16 novembre 2002, référant à Serge Larivée).

Les recherches de Larivée (1994) ont démontré que dans les années 1980, près du quart des résultats des essais cliniques a été falsifié, entre autres par les entreprises pharmaceutiques, pour faire vendre leurs médicaments « dont la toxicité n'a pas été correctement évaluée » (Larivée, 1994, p. 6, référant à Shapiro et Charrow, 1985). Malgré cela, les preuves scientifiques demeurent néanmoins les standards de la médecine scientifique et elles sont utilisées pour encourager le maintien des opinions condescendantes envers les médecines non conventionnelles. Pour Biesta (2007), les études cliniques, qui devaient servir à enseigner la médecine, sont rapidement devenues le paradigme de la pratique médicale pendant que les prises de décisions médicales se font de la même manière que suivre les instructions de ce que Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson (1996, p. 72) désignent comme un *cookbook* médical. Schachter *et al.* (1993), Elder, Gillcris et Minz (1997) et Thomson, Jones, Evans et Leslie (2012) avertissent les médecins : il est louable d'avoir confiance dans les preuves scientifiques, mais une confiance aveugle n'avantage ni le patient ni le médecin.

Et quant au point 3 sur les dangers potentiels des effets secondaires des MAC, les effets secondaires des médicaments consistent justement une des raisons pour les gens, dont les participants dans cette étude, de se détourner vers les MAC.

Cela dit, de la même manière que les MAC sont délégitimées par les preuves scientifiques des essais cliniques, Schachter *et al.* (1993) considèrent que les médecins pourraient aussi être critiqués de ne pas appliquer les outils d'évaluations adéquats pour mesurer les preuves négatives concernant l'efficacité des MAC. Les chercheurs jugent que les experts médicaux s'aveuglent en se basant trop sur les méthodes scientifiques pour asseoir la légitimité des progrès de la science médicale. Leur aveuglement contribue à encourager le développement d'opinions et de perceptions condescendantes envers les MAC, ce qui explique et induit alors le sentiment de malaise des gens et les encourage à dissimuler leurs usages des MAC, croyant

qu'il est inutile de parler au médecin des choses que celui-ci ne veut pas entendre ou simplement sur la crainte de subir la colère de ce dernier (Elder *et al.*, 1997).

Le Breton (2016) soutient que « l'individu attribue du sens à ses actions [et] à leurs retentissements », qu'« il interprète aussi celle des autres et il agit en conséquence » (Le Breton, 2016, p. 52). Ainis, si une personne croit que son médecin nourrit des préjugés envers des PSN, alors elle tend à dissimuler sa consommation pour éviter de s'attirer des représailles. Thomson *et al.* (2012) ont observé que certains patients informent leur médecin de leurs usages des MAC, mais ce ne sont que des pratiques qui sont des manipulations et des techniques du corps et de l'esprit (acupuncture, massage, taichi, yoga, méditation, etc.). Cependant, lorsqu'il s'agit de MAC médicamenteuses (substances à base de plantes médicinales et de matières animales ou médecine nutritionnelle, etc.), alors ils gardent le silence, comme Diane, qui a choisi de dissimuler à son médecin qu'elle prenait des probiotiques à la place de son Pantoloc pour ses reflux intestinaux.

Dans le cas spécifique des PSN, il est vrai que dans de rares cas, ils peuvent potentiellement aggraver des problèmes de santé ou interagir avec des médicaments ou retarder un traitement qui peut sauver la vie d'un patient (Elder *et al.*, 1997). Cependant, la crainte de s'attirer la désapprobation du médecin est parfois plus forte que la conscience des risques potentiels des PSN. Parfois, plus que les dangers potentiels des PSN eux-mêmes, c'est la fermeture d'esprit du médecin qui peut mettre en péril la santé ou la vie d'un patient. Ceci illustre bien ce que Le Breton (2016) décrit par « comprendre n'est jamais univoque mais toujours emporté dans l'affectivité » dans les situations d'interactions sociales (Le Breton, 2016, p. 52). Souvenons-nous de Karine, qui était revenue voir son médecin après deux ans d'absence pour sa maladie de Crohn. Karine avait attribué la manifestation de ses douleurs intestinales au stress de sa séparation amoureuse alors que son médecin l'attribuait au fait qu'elle avait cessé sa médication pendant ces deux ans contre ses recommandations.

### **5.2.1 L'impact des représentations symboliques**

Revenons avec le cas d'Oscar, qui démontre que les sens, les significations et les croyances qui sont attribués à des objets ou à des phénomènes sont de puissants facteurs qui

peuvent induire certains comportements chez les individus, les « bons » comme les « mauvais », de la manière dont la société les définit.

Selon Herbert Blumer, « les êtres humains agissent envers les choses sur la base du sens qu'elles ont pour eux », que « le sens est traité et modifié par un processus d'interprétation auquel a recours la personne qui a affaire à celles-ci » et que « la signification de ces choses dérive et émerge de l'interaction avec autrui » (Lacaze, 2013, p. 45, citant Blumer, 1969). Ces points développés par Blumer apportent des éclaircissements sur les usages des PSN au niveau des conduites et des comportements induits par des représentations symboliques. Les consommateurs de PSN font usage des PSN en fonction des représentations symboliques qu'ils leur attribuent.

Selon Le Breton (2016), une interaction symbolique est un échange des sens et des significations qui sont diverses et multiples entre les individus sur les mêmes objets ou les mêmes phénomènes. Les représentations symboliques des PSN sont nées des croyances que les usagers attribuent à la santé, qu'ils ont adoptées et modifiées en contact avec d'autres croyances culturelles. Ces représentations et ces croyances deviennent par la suite des facteurs déterminant de nouveaux comportements, sans compter qu'elles sont constamment remodelées et revitalisées, dépendamment de la façon dont l'individu perçoit et interprète les nouveaux objets symboliques qui se manifestent à lui.

Häußinger, Ruhl et Hach (2009) et Busato *et al.* (2006) ont observé que les croyances jouent un rôle déterminant dans l'adoption de comportements de responsabilisation de la santé ou du contrôle de la maladie (Häußinger *et al.*, 2009, référant à Arefjord *et al.*, 2002). Ces comportements (dont le choix des ressources thérapeutiques profanes ou conventionnelles) sont eux-mêmes affectés par la culture et l'environnement, physique ou social de l'individu. Les facteurs symboliques induisent des attributions particulières à la maladie, et ce, autant des attributions physiques (explications médicales de la maladie) que non physiques (explications sur la base des représentations de la culture populaire comme le stress, le travail, les études ou la famille) (Kohn et Christiaens, 2014; Massé, 1995; Sofaer, 1999). De plus, les croyances, comme les représentations symboliques, sont aussi des facteurs qui influencent la façon dont les individus établissent l'évaluation de leur santé, sur la base des méthodes mesures qui ont été

validées par la population, qui par ailleurs proviennent souvent des représentations de la culture populaire (Busato *et al.*, 2006; Massé, 1995).

### **5.2.2 Les savoirs rationalisés de la culture populaire**

Le Québec est composé de plusieurs groupes ethniques, qui sont « porteurs de sous-cultures originales » et qui contribuent, par leurs représentations culturelles diverses, à colorer la « matrice globale » de la culture populaire québécoise (Massé, 1995, p. 312). Selon Levasseur, la culture populaire est « un ensemble de symboles, de représentations, de valeurs, de pratiques, de savoir-faire qui expriment la totalité de l'existence quotidienne et lui donnent sens » (Massé, 1995, p. 313, citant Levasseur, 1982). Elle est constituée d'une série de représentations culturelles différentes de celles qui ont été imposées par la culture dominante. Dans le domaine médical, la médecine conventionnelle serait la culture dominante alors que les MAC seraient une culture populaire parmi d'autres.

La culture populaire tend à modifier des savoirs populaires en reconfigurant les représentations symboliques initiales. Au point de vue médical, la maladie s'explique par des dysfonctionnements biophysiques alors que du point de vue populaire, la maladie est aussi perçue, selon Massé (1995), comme un signifiant du mal de vivre, d'insatisfactions sociales ou de crise des valeurs.

La culture populaire du Québec fait de la maladie une « configuratio[n] de signes et de symptômes qui donn[e] lieu à l'établissement de catégories diagnostiques populaires représentant un ensemble de significations explicites et implicites » (Massé, 1995, p. 325). Elle fait du stress, de mauvaises conditions de travail, des habitudes de vie, d'infections de pathogènes (virus, bactéries) qui sont transmis par les autres, de l'hérédité, de la pollution et autres les explications ou les causes perçues de la maladie. Par exemple, certains participants dans cette étude attribuent à certains de leurs problèmes de santé aux saisons et à la température. L'été est la cause des allergies au pollen et à la déshydratation alors que l'hiver est propice à la baisse de motivation et à la fragilisation du système immunitaire face à des infections virales et bactériennes. Massé (1995) désigne ces causes (stress, mauvaises conditions du travail,

mauvaises habitudes de vie, etc.) comme un ensemble de croyances de savoirs populaires de la santé et de la maladie.

Ces savoirs populaires sont en fait un type de savoir rationalisé, qui permet à l'individu « d'établir des liens avec [s]es expériences antérieures » de la maladie, « mais aussi avec sa vision du monde naturel ou surnaturel » (Massé, 1995, p. 342). Par exemple, certains participants, comme Adélie, Émilie ou Thomas, conçoivent des maladies inconnues potentielles comme les conséquences probables des ajouts alimentaires comme les pesticides, les produits conservateurs et les additifs alimentaires.

Ces savoirs populaires rationalisés donnent lieu à l'émergence de différentes croyances sur la santé et la maladie et, du point de vue de la médecine, ces croyances sont nuisibles aux individus et à la société, car elles interfèrent avec les possibilités de guérison à cause de leur logique irrationnelle. Cependant, les savoirs populaires « ne peuvent être jugés irrationnels du seul fait qu'il n'y a pas guérison » (Massé, 1995, p. 351).

Une des perceptions de la maladie par la médecine conventionnelle est qu'elle est un objet de « l'irrationalité des comportements humains, de l'illogisme et de l'absence de planification face au risque » (Massé, 1999, p. 13). Cependant, cette « irrationalité » est « rationalisée » par les usagers des MAC par les croyances qu'ils ont envers elles. Souvent, des conflits sont générés lorsque des individus d'un même lieu ne partagent pas les mêmes perceptions, les mêmes codes sociaux, les mêmes visions des choses ou les mêmes significations symboliques. Les MAC et la médecine conventionnelle divergent sur leur représentation de la santé, de la maladie et de la thérapie, d'où s'élèvent des conflits de perceptions et d'opinions.

Dans la philosophie des MAC, la maladie est perçue comme un déséquilibre entre le corps, le mental (les émotions) et l'esprit. Du point de vue de la culture populaire, la maladie résulterait entre autres d'un déséquilibre entre les études, le travail, la famille, et même l'alimentation. Nos participants attribuent leurs problèmes de santé à plusieurs types de déséquilibre : la difficulté d'équilibrer travail et repos (travail qui déborde sur les fins de semaine, ne pas pouvoir prendre des congés à cause de la charge de travail, manque de temps de sommeil, manque de temps pour des activités personnelles, etc.), d'entretenir un mode de vie équilibré (manque de temps pour cuisiner ou de faire de l'exercice, manger trop de viandes et

de sucres et pas assez de fruits et de légumes) et de maintenir des émotions et des relations saines (excès d'inquiétude et de stress, séparation amoureuse, relations tendues avec des employeurs, des collègues de travail ou des clients, etc.).

Et d'une certaine façon, ces « déséquilibres » sont utilisés pour justifier l'accusation, par la médecine conventionnelle, selon laquelle les MAC ne sont que des rationalités thérapeutiques « déséquilibrées », que les MAC sont des médecines « irrationnelles ». Quant à ceux qui ont recours aux MAC, ils sont aussi des individus « irrationnels » et « déséquilibrés ». Pour certains professionnels de la santé conventionnelle, seules les personnes « *poorly educated, end-stage patients, neurotic, ignorant, or gullible patients* » (pauvrement éduquées, patients en phase terminale, névrosées, ignorantes ou des patients crédules) vont recourir aux MAC (Elder *et al.*, 1997, p. 183), car justement, leur « mental » et leur « esprit » sont déséquilibrés et incapables de prendre des décisions rationnelles et logiques.

### **5.2.3 Les logiques rationalisées et les croyances**

Cela dit, les usagers de PSN ne se considèrent pas eux-mêmes comme des êtres « irrationnels ». Les PSN ont des philosophies médicales différentes de la médecine conventionnelle et ces philosophies les interpellent. Autrement, ils ne les auraient pas adoptées pour modifier – « revitaliser » – leurs représentations et leurs croyances initiales de la santé, de la maladie et de la thérapie.

Les usagers de PSN se présentent comme des personnes « rationnelles », dans la mesure où elles possèdent une grande capacité d'adaptation face aux changements qui se présentent de façon impromptue dans leur vie. Leur logique rationalisée témoigne de cette capacité d'adaptation, car elle atteste du fait qu'ils ont en effet adapté leur façon de penser, de voir et de percevoir face aux valeurs émergentes de la nouvelle culture de la consommation de la santé. Non seulement ils ont montré savoir s'adapter aux changements des phénomènes de leur vie, mais aussi démontré être capables de s'adapter à leurs pairs. En effet, plusieurs participants ont dû ou su développer des stratégies pour éviter de susciter des conflits avec les personnes qui ont des opinions critiques contre les PSN dans leur entourage. Et il ne faut pas oublier qu'ils ont

aussi démontré leur capacité à saisir les façons de vivre et de concevoir la maladie et la thérapie d'autres personnes pour les appliquer sur eux-mêmes.

La pratique de l'automédication est une pratique sociale par le fait que lorsque l'individu prend les expériences des autres sur lui-même, il prend aussi leurs croyances et leurs perceptions pour « donner un sens à ses propres désordres, de comprendre pourquoi et comment tel désordre l'affecte, à tel moment de sa vie, dans tel contexte ou telles circonstances » (Massé, 1995, p. 373). L'automédication serait ce que Le Breton (2016) dirait être comme une « recherche documentaire » où l'individu tend à « repérer le modèle d'action implicite mis en œuvre par les autres afin de s'y ajuster » (Le Breton, 2016, p. 60). La maladie devient ainsi un moyen pour l'individu d'expliquer ses expériences personnelles en réaction aux réalités sociales de son milieu par des biais de ce que ses réactions biophysiques et psychologiques représentent pour lui. C'est pour cette raison que, compte tenu des logiques rationalisées des usagers de PSN/MAC, tant qu'ils croient encore que ces thérapies peuvent les aider, alors ils vont continuer à y avoir recours, et ce, même s'ils vont à l'encontre des avis de leur médecin (Astin *et al.*, 1998) ou des logiques « rationnelles » de la médecine conventionnelle. Pour eux, ce qui importe, plus que la logique rationnelle conventionnelle ou les preuves scientifiques, c'est qu'ils puissent « augmenter les chances de trouver un traitement convenable et bien accepté » (Graz *et al.*, 2011, p. 810).

Selon Fainzang (2005a), « les valeurs médicales ne sont pas les seules recevables », mais d'autres valeurs le sont aussi, dont « notamment les valeurs culturelles des patients » (Fainzang, 2005a, p. 1) et les cultures populaires en lesquelles ils croient (Massé, 1995). Ceci justifie alors les raisons pour lesquelles les choix thérapeutiques des individus n'ont pas à être réduits à la rationalité de la médecine conventionnelle (Fainzang, 2005a) et que la valeur de leur rationalité thérapeutique n'a pas à être abaissée par les standards de la médecine scientifique. Compte tenu de l'« hétérogénéité sociale et culturelle » (Fainzang, 2005a, p. 2) des individus, chacun a le droit d'effectuer des choix différents, puisque chacun valorise des valeurs différentes.

Parmi les multiples croyances sur la santé, Elder *et al.* (1997) ont entre autres observé la popularité de la croyance selon laquelle les MAC peuvent fonctionner plus efficacement et plus rapidement que les soins conventionnels. Cette croyance incite des individus à recourir aux MAC par le fait qu'elle leur permet d'avoir la possibilité d'utiliser leur propre méthode

thérapeutique, d'essayer plusieurs alternatives, de trouver des solutions là où les soins conventionnels n'ont pas apporté les résultats espérés (surtout pour les problèmes de douleurs au dos, l'anxiété, la dépression et les problèmes chroniques), d'espérer que leur médecin ne s'exaspère pas à cause des problèmes qu'il pourrait considérer pas assez sérieux pour mériter de le déranger ou d'attendre à pouvoir contourner des thérapies qui nécessitent de prendre des médicaments (Elder *et al.*, 1997). Ces raisons expliquent par ailleurs l'appréciation de travailler avec les praticiens de MAC, qui offrent la possibilité de travailler en collaboration entre soignant et soigné pour la santé de ce dernier (Elder *et al.*, 1997).

Venant aux logiques modulées par les croyances, elles valident l'efficacité symbolique des thérapies alternatives, qui, à leur tour, valident les représentations symboliques et les croyances régissant ces thérapies. Dans une étude sur l'usage de la morphine en milieu hospitalier en 1947, Lindesmith a observé que l'efficacité symbolique de la morphine, ou le ressenti par l'utilisateur, dépend du travail de sens et de significations que celui-ci attribue à la morphine (Le Breton, 2016, référant à Lindesmith, 1947). Lindesmith a conclu que l'efficacité ressentie de la morphine ne dépend donc pas tant de l'effet chimique de la substance que de la signification qui lui a été attribuée par l'utilisateur.

Le réel n'existe que dans les représentations de l'acteur. (Le Breton, 2016, p. 82)

Le résultat de l'expectation est fonction de la croyance que l'attente ne sera pas vaine, de la foi en sa réalisation, de la certitude qu'elle aura lieu; cette certitude à son tour dépend de la décision de changer, de donner à l'existence un autre cours. (Roustand, 2000, p. 20)

La logique rationalisée des usagers des PSN peut entre autres expliquer les perceptions, les attitudes et les comportements que la logique rationnelle ne peut pas, surtout lorsque les sentiments de l'individu entrent en compte. En effet, parfois, les preuves scientifiques et les « comportements sains de la santé » (comme aller voir le médecin lorsqu'on est malade), voire même les « théories farfelues » de certaines philosophies des MAC, pèsent moins lourd face aux sentiments de confiance que les usagers de PSN éprouvent envers leurs référents profanes.

Massé (1995) explique qu'en Occident, ce qui guide le comportement relié à la santé est basé sur la « reconnaissance de l'autorité de thérapeutes auxquels la société délègue pouvoir et



légitimité pour soigner » (Massé, 1995, p. 353). Massé désigne par-là l'autorité des professionnels experts de la santé conventionnelle, mais les participants dans cette étude délèguent aussi ce pouvoir aux thérapeutes profanes comme les praticiens des MAC ainsi qu'aux personnes influentes de leur entourage.

Les représentations de la santé et de la maladie de la médecine conventionnelle sont normalisantes et normalisées, et la vénération de cette rationalité scientifique tend à fossiliser la thérapie dans un éventail restreint de traitements, qui sont scientifiquement approuvés, mais dont les possibilités et les alternatifs de soins sont limités. De l'autre côté, ces représentations dans les MAC sont plus nombreuses et plus « volatiles », par le fait qu'elles mettent à l'épreuve les preuves scientifiques. De ce fait, une personne se voit présenter à elle un plus large éventail de possibilités de soins, avec plus de chances de trouver des thérapies adaptées à sa condition sur les plans physique, mental, émotionnel et spirituel. Il apparaît ainsi que la nature dynamique des MAC rend incompatible le dialogue avec la nature statique de la médecine conventionnelle. Et pourtant, il nous apparaît illogique de parler d'illogisme irrationnel dans une société culturellement hybridée par des logiques rationalisées de représentations symboliques métissées comme la culture au Québec.

## **5.3 Les conflits des perceptions et des interprétations symboliques**

### **5.3.1 Les médicaments entre soins de santé et mode de vie**

Dépendamment des différentes fonctions sociales qu'ils occupent, comme médecin ou patient, les individus attribuent diverses représentations symboliques aux MAC. Les objets situés au croisement de ces relations sociales, dont les médicaments et les PSN, ont aussi des représentations différentes qui leur sont attribuées par les acteurs sociaux.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2017), le Québec fait moins de dépense de santé par habitant alors que les dépenses pour payer les médecins et les médicaments augmentent plus rapidement que les taux nationaux. De plus, les dépenses pour les médicaments et leur taux de croissance augmentent plus rapidement que les taux de croissance des médecins

et des hôpitaux. Le Québec (4,3 %) dépense 0,1 % de plus que la moyenne canadienne (4,2 %) pour les médicaments seulement (Institut canadien d'information sur la santé, 2017, p. 16). L'augmentation rapide des dépenses des médicaments est en partie expliquée par l'utilisation accrue des médicaments brevetés pour traiter l'hépatite C (Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

Les médicaments coûtent de plus en plus cher, mais dans les sociétés occidentales, ils sont une puissante technologie de soins de la santé difficilement évitables. Symboliquement, les médicaments représentent « l'un des dispositifs par lesquels les individus qualifient leurs états [...], éprouvent leurs symptômes, construisent une interprétation de leur état et distribuent des effets et des causes [...] » (Akrich, 1995, p. 131). Collin (2002) ajoute que les représentations constituent ainsi « des interprétations de la réalité concrète et des phénomènes complexes », dont la consommation des PSN, et « qui ont un sens pour les acteurs » et qui « orientent leurs pratiques » (Collin, 2002, p. 142).

Akrich (1995) a fait le constat que les individus utilisent les médicaments pharmaceutiques en fonction des représentations qu'ils attribuent aux médicaments. En effet, pour les participants de cette étude, les PSN les aident non seulement à pouvoir se soulager de leurs maux, mais ils confirment aussi leurs capacités de savoir se prendre (plus ou moins) efficacement en charge ainsi que de prouver leurs capacités à se rétablir et à se relever d'eux-mêmes de leurs problèmes, soit à travers une autoprescription bien établie ou soit par leur pouvoir d'autoguérison.

Le PSN devient ainsi à la fois un outil pour soigner un mal, mais aussi pour mesurer les fluctuations de leur état de santé. Et lorsque les médicaments et les PSN sont utilisés en concomitance, ce sont les représentations symboliques attribuées spécifiquement à chaque type de médicament – car ces deux outils thérapeutiques ne se font pas attribués les mêmes représentations symboliques – qui guident les choix des individus.

D'après une étude menée sur la consommation des médicaments par les personnes âgées, Collin (2002) a constaté que les médicaments comportent diverses fonctions symboliques que les personnes âgées leur ont attribuées. D'après Collin (2002), le médicament, « un objet concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie », peut représenter pour

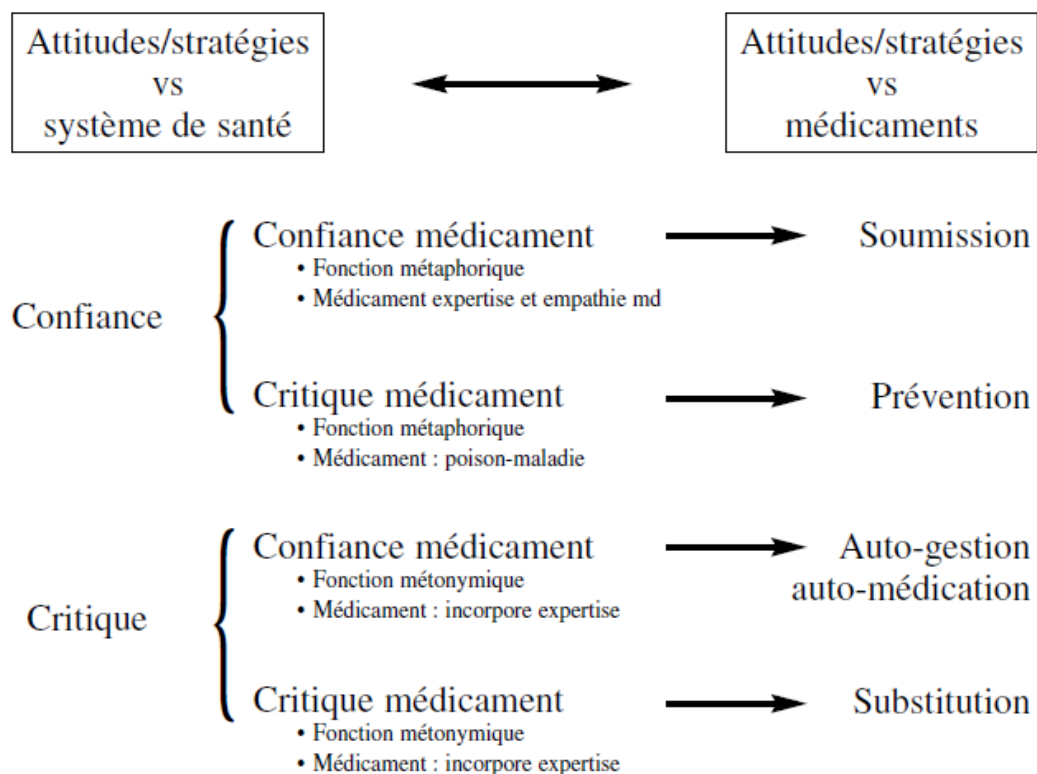
certaines personnes âgées « à la fois symbole de poison et de maladie » alors qu'il représente pour d'autres l'objet tangible de la sollicitude de leur médecin envers elles (Collin, 2002, p. 144, 156). Pour les participants de cette étude, si le médicament représente un « poison » ou une « invasion » pour certaines personnes, il est par contre une « bouée de sauvetage » « au cas où » pour d'autres. Du côté des médicaments « naturels » que sont les PSN, ils sont un réconfort « naturel » ici et un outil thérapeutique d'une efficacité douteuse là. Ils sont une « porte d'entrée » pour une diète alimentaire saine à un moment et devenir à un autre moment une excuse pour glisser momentanément dans des « vices » alimentaires, mais dont les conséquences sont atténuées par les PSN.

Les représentations qui sont attribuées aux médicaments ou aux PSN déterminent la façon dont ils sont consommés. Dans son étude, Collin (2002) a observé que l'observance d'une prescription de médicaments dépend de la confiance qu'un patient manifeste envers son médecin, par le fait que la confiance au médecin se transfère à l'objet médicament. Le cas est de même pour les participants, mais il s'agit de la confiance envers leurs référents profanes. Parfois, comme dans le cas de Louise et sa cliente grincheuse, ce n'est pas la confiance envers le référent qui influence la consommation de PSN, mais l'impact des influences qu'un référent a dans le quotidien de l'utilisateur. Cependant, ce qui diffère des médicaments est que les PSN incarnent la confiance de l'individu en ses propres capacités de savoir évaluer son état de santé et de se prendre en charge. Le PSN représente la finalité d'une décision découlant du jugement personnel de l'utilisateur et non de celle d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé. Le PSN devient ainsi un objet tangible des capacités de jugement, de prise de décision de l'individu concernant sa santé et de détermination envers lui-même.

Les usagers de PSN/MAC sélectionnent des thérapies de MAC ou de la médecine conventionnelle selon leurs besoins spécifiques et leurs préférences, mais ce sont les croyances et les représentations symboliques qui façonnent les préférences des individus et qui guident ces choix. Les résultats de recherche d'Akrich (1995), de Collin (2002) et de Fainzang (2014) aboutissent au fait que les représentations symboliques, ou les fonctions symboliques, qui sont attribuées aux médicaments déterminent la façon dont ces derniers sont utilisés par les individus. Collin (2002) a constitué un schéma qui montre les différents types de stratégies que les

personnes âgées ont recours pour consommer leurs médicaments selon les fonctions symboliques qu'elles attribuent à leurs médicaments.

**Figure 3 : Types de stratégies de recours aux médicaments des personnes âgées**



Source : Collin, 2002. Observance et fonctions symboliques du médicament, *Gérontologie et société*, 25(103), p. 153.

Dans le schéma ci-dessus, on peut constater que le niveau de confiance des personnes âgées, dans le système de santé ou dans les médicaments, détermine le mode de gestion des médicaments. Nous nous intéressons surtout à la 2<sup>e</sup> et à la 4<sup>e</sup> stratégie, soit la prévention et la substitution, qui découlent toutes deux d'un positionnement critique envers les médicaments. Pour les personnes âgées, elles ont recours à une stratégie de prévention lorsqu'elles font encore confiance au système de santé et à une stratégie de substitution quand elles ne font pas confiance au système.

Les participants ont aussi des positionnements de confiance et de réticence envers le système de santé et les médicaments. Un peu moins que le tiers d'entre eux fait confiance au

système de santé et seulement un participant sur les quatorze a encore confiance aux médicaments (mais cette personne n'a pas eu à devoir prendre des médicaments jusque-là). Pour toutes les personnes qui ont des médicaments prescrits, elles cherchent à substituer leurs médicaments, et ce, même si elles ont confiance au système de santé. Malgré des positions d'opinions semblables, les participants n'ont pas eu recours aux mêmes stratégies de gestion des médicaments que les personnes âgées.

Cela dit, les participants sont de jeunes personnes. Leur âge moyen est de 28 ans alors que les participants de l'étude de Collin (2002) ont en moyenne 73 ans. Dû au fait que les participants sont jeunes, ils n'ont pas à devoir consommer un nombre élevé de médicaments et n'ont pas de « médicaments considérés comme vitaux » (Collin, 2002, p. 156) qu'ils sont obligés de prendre comme les personnes âgées. Par conséquent, ils ressentent moins de risques de substituer leurs médicaments avec des PSN. Cela dit, c'est dans le but précis de contourner des médicaments pharmaceutiques que certains des participants ont commencé à utiliser des PSN. Collin (2002) soulève que pour certaines personnes âgées, « prévenir la maladie [...] signifie d'abord prévenir le recours obligé aux médicaments » (Collin, 2002, p. 156). Nos participants appliquent cette même croyance en utilisant les PSN pour éviter des maladies « plus tard ».

Parmi les raisons pour lesquelles les participants cherchent à contourner les médicaments, il y a le désir d'éviter le « chimique » des médicaments pharmaceutiques sur la croyance que le « chimique » peut empoisonner le corps. Pour certains participants, les termes de « médicament pharmaceutique » résonnent pour eux comme une « invasion » de substances « chimiques » qui nuisent à leur corps et qui intoxiquent leur foie. Par conséquent, ils vont chercher à substituer le médicament avec autre chose, ou de le dissimuler de leurs yeux.

La substitution, comme le nom l'indique, se fait en remplaçant le médicament prescrit par un PSN et en mettant le médicament à côté en cas de nécessité absolue. Quant à la dissimulation, il s'agit en fait de chercher à le « cacher » pour qu'il devienne « invisible » à l'œil. Une des façons de le faire est de le « cacher » dans de la nourriture, comme se faire des *smoothies* de *greens* ou de considérer les vitamines comme des « bonbons » par exemple. Tout d'abord, il y a la stratégie de concevoir les PSN comme des compléments alimentaires – des aliments sous une autre forme que leur forme classique –, même si certains d'entre eux ont une forme physique

semblable aux médicaments (cachet, gélule, pilule, etc.). Ou encore, il s'agit de faire de la nourriture son « médicament », comme avec des *superfoods*, par exemple (De Boer, Van Hunsel et Bast, 2015). Cela dit, les personnes qui tendent à utiliser les PSN comme des « aliments » (groupe PSN-aliment) le font aussi dans cette perspective de rendre « invisibles » leurs « médicaments ». Pour eux, il vaut mieux se traiter avec des « aliments » qu'avec des « médicaments ». Cette façon d'utiliser la nourriture comme sa médication est semblable à la cuisine médicinale chinoise, où des plantes et les matières médicinales sont tournées en ingrédients de cuisine.

### **5.3.2 Le PSN, un « médicament social »**

Il a été mentionné auparavant que la façon de consommer les PSN est tributaire des représentations symboliques et des croyances attribuées, de même que les relations de confiance éprouvées envers les référents, mais ils peuvent aussi les modifier à leur tour, à cause justement de la nature dynamique des philosophies des MAC. De plus, ils peuvent aussi transformer les interactions sociales des usagers avec leur environnement, voire muter les rôles sociaux des acteurs dans un même milieu.

#### **5.3.2.1 Les relations avec les autres**

Les PSN sont des objets qui sont influencés ou qui influencent les relations sociales. Fainzang (2014), Kelner et Wellman (1997) et Eisenberg *et al.* (1993) ont observé que les membres des réseaux de relations profanes (famille, amis, collègues de travail, connaissances, praticiens de MAC) ont de fortes influences sur l'utilisation des MAC. Ils confirment ainsi les observations de Van Der Geest et Whyte (1989), qui ont posé que la pratique des MAC est souvent indissociable des liens sociaux que la personne malade entretient avec son milieu, puisque le milieu familial constitue souvent le lieu où les influences sont les plus fortes. Les participants dans cette étude confirment ces observations.

Suite à l'étape de la cueillette des expériences et les expérimentations des MAC par les personnes de leur entourage, les participants arrêtent leurs choix sur un ou des PSN, d'une part

en fonction de leurs besoins spécifiques, mais d'autre part aussi parce qu'ils reconnaissent l'existence d'un lien social signifiant entre eux et les autres. Ce lien social justifie alors qu'ils peuvent appliquer les expériences des autres sur eux-mêmes. Et étant donné que leurs expériences s'accompagnent aussi de leurs perceptions et de leurs interprétations des symptômes des problèmes de santé, ils adoptent aussi ces perceptions et ces représentations, de même que les philosophies et les croyances qui sont incarnées dans les PSN qui ont été choisis. Ou parfois, un participant peut adopter les PSN seulement dans le but de décompresser des tensions interrelationnelles avec les autres usagers qu'il côtoie de façon régulière. Ainsi, les PSN sont révélateurs de l'impact que certaines personnes du milieu de l'utilisateur ont sur lui, et ce, qu'importe si les relations entre l'utilisateur et ses référents sont positives ou négatives.

L'automédication est une pratique qui suscite des réactions chez les autres, car le PSN ou le médicament sont des inducteurs d'interactions sociales. Par exemple, un individu sera perçu comme un « bon patient » « responsable » et un « bon citoyen » s'il accourt chez le médecin lorsqu'il est malade et qu'il respecte religieusement ses prescriptions de médicaments alors qu'il risque de se faire étiqueter comme un « délinquant médical » s'il outrepassé le médecin et fait sa propre autoprescription médicamenteuse avec des PSN.

Un PSN peut découler d'un flux d'échanges relationnels, mais peut aussi influencer le flux des relations. Dépendamment des cas, le PSN peut être : 1) un catalyseur de tensions, 2) un inhibiteur de tensions sociales, et parfois 3) un *enhancer* (optimiseur) ou un socle de solidification interrelationnelle entre des individus.

Par exemple, dans les relations médecin-patient, le PSN est souvent un catalyseur de tensions interrelationnelles, puisqu'il est perçu comme remettant en question l'autorité et l'expertise du médecin.

Collin (2002) a observé que le médicament peut être un facteur qui modifie les relations sociales entre le médecin et le patient. Les recherches de Fainzang (2005a, 2005b, 2014) ont démontré que le médicament peut engendrer des relations tendues entre le médecin et le patient dans les situations où le patient est réticent à obéir à la prescription médicamenteuse du médecin. Une des raisons de cette tension est la certitude de l'efficacité thérapeutique des médicaments du côté du médecin et le doute de cette efficacité du côté du patient.

Le Breton (2016) soulève que « l'attente positive de l'effet des médicaments est étayée sur une poignée de réussites personnelles ou les échos de cas rapportés par des collègues », ou le médecin « n'est pas sûr que les effets thérapeutiques soient toujours liés à l'action de la molécule prescrite ou de l'opération chirurgicale », mais dont « [il] croit à tort ou à raison » (Le Breton, 2016, p. 85). D'après Friedson (1984) :

« Le praticien, pour pratiquer, est porté à croire en ce qu'il fait – à croire que son intervention fait plus de bien que de mal, qu'elle distingue la réussite de l'échec, qu'en somme elle ne fait pas rien. Lui-même réagit comme devant un placebo : il est gagné par la foi dans ses remèdes, son comportement envers ses patients en est modifié. » (Le Breton, 2016, p. 85, citant Friedson, 1984, p. 177)

Selon Bonvin (2000), les effets de 90 % des cas de traitements avec des médicaments prescrits sont inconnus alors que 70 % des effets de guérison sont en réalité que des effets placebo plutôt que des réactions pharmacologiques (Bonvin, 2000, p. 17). Au niveau relationnel, Collin (2002) a démontré qu'une confiance au médecin aboutit à la soumission à la prescription alors que la réticence peut amener à l'automédication ou à la substitution des médicaments, d'où le risque de conflit médecin-patient à cause des PSN.

Le PSN peut aussi engendrer des tensions dans la famille, comme lorsque des parents se disputent sur la manière de soigner leur enfant malade et où un parent valorise les PSN alors que l'autre les dénigre. Ou comme avec Karine et son mari, qui ont pris des distances avec la famille de ce dernier à cause que la belle-famille voit les PSN comme de la « sorcellerie ».

D'un autre côté, le PSN devient un inhibiteur de tensions quand un usager en consomme seulement dans le but de libérer des tensions avec les autres. Par exemple, Louise a accepté de prendre des PSN seulement pour que sa cliente cesse de la rouspéter chaque fois qu'elle renifle à cause de ses allergies. Dans ce cas-ci, le PSN s'apparente à une sorte de « médicament » pour calmer et « soulager » des tensions interrelationnelles. D'ailleurs, le médicament pharmaceutique est aussi parfois utilisé comme une « solution commode » pour « pacifier » des patients (Martin, 2000, p. 17).

Et enfin, le PSN devient un outil ou un prétexte pour resserrer ou solidifier des relations entre les individus, comme dans le cas de Samantha avec ses parents divorcés ou celui d'Émilie et son mari. Ici, le PSN est utilisé pour signifier la sollicitude d'une personne envers une autre.



Le PSN est utilisé pour traiter, prévenir, maintenir et optimiser la santé de l'individu, mais également sa santé interrelationnelle avec les autres. Il est un relais pour tisser des liens de relations d'une personne envers les autres dans un milieu, proche ou éloigné, par le partage des effets thérapeutiques certes, mais aussi par le partage des connaissances. Rappelons-nous du cas de Georges, qui partage, et qui prend plaisir à le faire, ses huiles essentielles, ses infusions et autres techniques d'usage des PSN avec ses (ex)colocataires. À l'époque des pays du tiers-monde, comme dans le contexte camerounais dans l'étude de Van Der Geest et Whyte (1989), l'individu se plaignait du poids de relations sociales de sa médecine traditionnelle ancestrale et a préféré la médecine « alternative » allopathique, qui lui permet de se réfugier dans son intimité pour traiter ses problèmes de santé. Aujourd'hui, dans une société qui a tend à isoler l'individu dans sa bulle, la médecine alternative est ressortie par ce dernier comme un relais pour renouer ses liens sociaux avec son environnement.

Dans la médecine conventionnelle, le savoir médical est « une masse de connaissances qui leur sont en grande partie exclusive » aux médecins (JAMC, 2006, p. 745) et où l'exclusivité de ce savoir constitue la légitimité de la profession médecin. Pourtant, les préoccupations de la santé sont des préoccupations communes, justifiant alors que les savoirs de la santé devraient être des savoirs partagés mis à la disposition de tous.

Dans la médecine chinoise, la diététique chinoise, ou sa cuisine médicinale, est un exemple de savoir médical partagé. En effet, les connaissances des fonctions thérapeutiques de certains ingrédients médicinaux sont transmises des uns aux autres de sorte que ces savoirs puissent être facilement intégrés dans la vie quotidienne des gens, afin qu'ils sachent comment traiter des maux bénins impromptus ou soigner leur santé. Certes, cette façon de se faire à manger tend à faire oublier que beaucoup d'ingrédients étaient des produits médicinaux avant d'être des aliments – ce qui parfois peut générer d'autres problèmes lorsqu'ils sont mal employés –, mais les individus se souviennent néanmoins de leurs usages thérapeutiques.

### **5.3.2.2 Les relations avec soi-même**

De plus, le PSN ne fait pas qu'influer les relations de l'utilisateur avec les autres, mais aussi les relations avec lui-même. La prise en charge de la santé par l'utilisateur implique, selon Foucault

(1975), que ce dernier doit constamment faire l'« autosurveillance » de ses faits et gestes, afin qu'il puisse exercer un « autocontrôle » sur lui-même dans la gestion de sa santé. Pour les usagers de PSN, qu'ils le désirent ou non, les PSN les obligent à reporter leur attention sur eux-mêmes, sur leur corps, leurs émotions, leurs états mentaux et leur esprit.

Comme nous l'avons déjà vu dans la problématique concernant la pratique des médecines alternatives, une des représentations symboliques classiques des MAC est qu'elles sont des médecines holistiques, qui tiennent compte du physique, du mental et de l'esprit dans la définition de la santé, de la maladie et de la thérapie. Les fonctionnements biophysiques, mentaux ou spirituels sont aussi tributaires des émotions (joie, inquiétude, tristesse, peur, colère, etc.). Souvenons-nous encore de Karine, dont les douleurs intestinales de la maladie de Crohn se sont manifestées de nouveau suite à une séparation amoureuse. L'usage des PSN illustre un exemple de cet aspect holistique des MAC. Dans l'étape de l'autorégulation des PSN, l'utilisateur se voit obligé d'apprendre à connaître son corps et ses réactions face aux effets des PSN afin qu'il puisse apporter les réajustements nécessaires dans la thérapie qu'il s'est autoprescrite.

Nous l'avons vu avec les participants, certains augmentent les doses ou les fréquences de prises d'un PSN pour optimiser les effets bénéfiques perçus ou attribués au PSN, réduisent les doses et espacent les fréquences à la perception d'effets non désirables. Ou encore, ils arrêtent l'usage lorsqu'ils jugent que ce n'est pas le bon moment pour le faire (par exemple, ne pas prendre du gingembre pendant la canicule de l'été ou de l'huile de coco pendant l'hiver parce que le gingembre fait augmenter la température du corps alors que l'huile de coco la fait abaisser), ou ils n'en ressentent plus le besoin ou encore pour inciter leurs capacités d'autoguérison à s'activer.

Les participants ont dû apprendre à connaître comment leur corps réagit aux PSN qu'ils consomment et comment ils interprètent ces réactions. Ils ont aussi dû apprendre à devenir conscients de la façon dont les croyances qu'ils reconnaissent, les valeurs qu'ils embrassent et les perceptions qu'ils nourrissent influencent leurs façons de penser, de ressentir et d'agir. Certes, les croyances et les représentations proviennent initialement d'autres personnes, mais les participants ont accepté de les adopter ou les ont modifiées selon leurs préférences et leurs interprétations des choses.

Cela dit, les croyances et les représentations adoptées ne sont plus nécessairement les mêmes que celles qui ont été amenées par les autres, ce qui par ailleurs justifie qu'une thérapie peut ne pas fonctionner sur une personne, mais le faire pour une autre, puisque chaque personne interprète de façon différente les mêmes perceptions et ressentis sur un même objet. Ainsi, consommer des PSN, c'est faire appel aux capacités de la personne à se connaître elle-même, dans son corps et dans sa façon de penser et de réagir à différents objets physiques (PSN) et symboliques (perceptions, représentations, croyances) qui l'encouragent. Autrement, l'utilisateur serait handicapé dans ses capacités d'ajuster son traitement à sa condition.

Par ailleurs, le PSN met l'utilisateur à l'épreuve devant sa propre estime de soi et de ses capacités de décider et d'assumer ses décisions, car ce n'est plus un médecin ou toute autre autorité hiérarchique qui est le juge des résultats de ces décisions, mais c'est l'utilisateur lui-même qui devient son propre juge. Le PSN s'incarne ainsi en la capacité de l'utilisateur à savoir défendre ses propres choix et ses opinions personnelles lorsque qu'il est confronté à la contestation et à la désapprobation des autres. Ainsi, pour certains individus, le PSN peut représenter un outil concret de la victoire de ses capacités de décision et de son accomplissement de soi.

Les différentes croyances de la santé, officielles ou non, confèrent aux individus un sentiment d'un contrôle subjectif de la maladie. Elder *et al.* (1997) ont observé que plus un individu expérimente des résultats positifs de son automédication, plus ses croyances en l'automédication se solidifient et plus il tend à s'autonomiser et à prendre en charge sa santé.

## **5.4 L'autonomisation et la délégation de sa santé**

Rappelons-nous dans le cadre conceptuel l'importance de l'autocontrôle de la santé pour l'individu, qui utilise l'automédication comme une stratégie pour récupérer le contrôle de son corps et de sa santé et une tentative d'échapper à l'autorité infantilissante du médecin, et ainsi renforcer son LCS interne.

Dans ses recherches, Collin (2002, 2003) a soulevé que les médicaments peuvent non seulement induire les comportements de santé des individus selon les fonctions symboliques que ceux-ci leur attribuent, mais ils peuvent aussi modifier les rôles des acteurs sociaux. En

effet, le médicament peut faire transférer le pouvoir des médecins entre les mains des patients. D'après Collin (2003), si le médicament peut représenter la sollicitude du médecin envers le patient, il peut aussi représenter « l'incertitude et l'impuissance médicales face à la maladie » en situation clinique (Collin, 2003, p. 127), où le médecin est réduit pour ne devenir qu'un simple technicien auscultateur et prescripteur. D'après Van Der Geest et Whyte (1989) et Van Der Geest, Whyte et Hardon (1996), le médicament est un objet qui détache le savoir expert des soins médicaux.

Nous l'avons déjà mentionné auparavant : le PSN peut changer les rôles des acteurs sociaux, faisant du soigné son soignant. En cherchant à comprendre ce qui se passe dans son corps et dans son esprit/mental, l'utilisateur de PSN accumule des outils pour devenir lui-même l'expert médical de sa santé. Le PSN devient ainsi un outil thérapeutique où s'incorpore l'expertise profane de l'utilisateur et sa capacité à se soigner lui-même. Il est un artéfact concret de soulagement des maux, mais aussi un objet tangible de sa santé et de sa prise en charge, autant de la santé physique que de la santé mentale, émotionnelle et sociale. C'est en ayant le contrôle de ses thérapies, de ses émotions et de ses relations sociales que l'utilisateur de PSN manifeste son autonomisation et sa responsabilisation envers sa santé.

Concernant l'autonomie de l'individu en tant que responsabilisation de sa santé, la santé publique, la santé conventionnelle et l'individu valorisent cette valeur. Cependant, l'autonomie n'est pas perçue de la même manière par chacun de ces acteurs sociaux. Jusqu'à un certain niveau, santé et autonomie tendent à vouloir s'opposer.

Dès les années 1970 au Québec, la santé publique met de l'avant l'autonomie de l'individu afin de faire exécuter ses programmes de santé (vaccination pour les enfants, amélioration de l'hygiène publique et des conditions de vie des quartiers pauvres, lutte contre le sida, les maladies transmises sexuellement, le tabagisme, la fumée secondaire, dépistage du cancer du sein, encouragement de l'activité physique, etc.) (Gravel *et al.*, 2010). Le mandat de la santé publique vise à « améliorer[r] le mieux-être de l'ensemble de la population », où « chaque individu a une responsabilité à l'égard de sa santé » et où « [c]hacun a le devoir d'exercer le contrôle sur sa santé » (Gravel *et al.*, 2010, p. 229, référant à Lalonde, 1974).

Toutefois, la protection de la santé collective justifie parfois de limiter la liberté des individus (Gravel *et al.*, 2010), comme dans les cas d'épidémies de tuberculose ou de sida; voire même de prendre des risques de stigmatiser certains individus, comme le cas des personnes séropositives ou celui des populations asiatiques pendant la pandémie du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en 2003. Gravel *et al.* (2010) met de l'avant que « la priorité doit être accordée à l'autonomie de l'individu », mais à cause de son mandat de la protection de la santé collective, la santé publique ne peut pas toujours respecter cette autonomie (Gravel *et al.*, 2010, p. 238), ce qui amène la Direction de la santé publique à concevoir des programmes de santé qui amènent ces citoyens à « consentir de façon éclairée » à ses règles et de s'y conformer docilement (Gravel *et al.*, 2010, p. 234).

Du côté de la santé conventionnelle, l'autonomie, en tant que prise en charge de sa santé, se présente comme « une condition nécessaire, sinon pour guérir, du moins pour prévenir l'aggravation de la maladie » (Fainzang, 2005b, p. 38). Cette autonomie est désignée comme l'aptitude de la personne malade « à avoir des gestes qu'il faut quand il faut, à l'égard de son propre corps » (Fainzang, 2005b, p. 38), sous-entendant qu'il faut « se soumettre à des règles, obéir à des prescriptions » et « respecter des consignes » du médecin, pour démontrer qu'elle est « un bon malade » pour ainsi « espérer guérir » (Bonvin, 2001, p. 257, citant Herzlich, 1984).

Méchin (2016) fait remarquer que l'autonomie désignée par la santé conventionnelle signifie « l'indépendance fonctionnelle, laquelle désigne la capacité d'un patient à effectuer les activités, surtout corporelles, de la vie quotidienne », soit « la capacité pour une personne à effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne » (Méchin, 2016, p. 21, 22). Cette définition de l'autonomie désigne surtout une autonomie physique telle que marcher tout seul, aller à la toilette, manger, se laver et ainsi de suite. Cependant, cette définition n'inclut pas une autonomie de prise de décision, surtout lorsqu'il s'agit d'une décision concernant un traitement médical. Un patient peut choisir de refuser un traitement proposé par son médecin, mais à la condition que le refus ait été consigné dans un « consentement éclairé » (Fainzang, 2005a, p. 1), c'est-à-dire un refus qui a été dirigé et approuvé par le médecin soignant. Ainsi, dans la perspective de la santé conventionnelle, l'autonomisation de la santé ou sa responsabilisation implique la présence d'une surveillance d'une autorité hiérarchique, qui est souvent celle du médecin soignant.

Quant aux individus, ils tendent à comprendre de l'autonomie de la santé comme la « possibilité de gérer son traitement, de juger de sa pertinence, et de prendre des décisions qui peuvent contrevenir aux prescriptions médicales » (Fainzang, 2005a, p. 2). Quant au droit de refuser un traitement, il représente pour lui l'affirmation et la reconnaissance de la « légitimité de ses options et de ses valeurs, quand bien même elles ne s'identifient pas à celles du corps médical » (Fainzang, 2005a, p. 1). Ainsi, pour eux, être autonome et responsable de leur santé signifie de se prendre en charge sans avoir une autorité hiérarchique médicale qui surveille constamment leurs faits et gestes. Les PSN permettent aux individus de s'acquérir de cette forme d'autonomisation et de responsabilisation de leur santé libre d'une surveillance médicale hiérarchique.

Dans le suivi d'un traitement médical de médicaments de prescription, un patient ne peut pas légitimement modifier les doses ou les fréquences sans l'accord de son médecin. De son côté, l'utilisateur de PSN peut ajuster son traitement de PSN à sa condition particulière en rectifiant les doses ou la façon de consommer ses produits en fonction de ses besoins et de ses perceptions des effets ressentis, et ce, sans le risque de se sentir coupable envers qui que ce soit, puisqu'il est lui-même son propre prescripteur. L'utilisateur devient ainsi son propre « bon patient » « responsable » en même temps qu'il est son « expert médical ». Les actes et les décisions prises par l'individu découlent toujours des sens et des significations que celui-ci attribue à ses actions et à leurs retentissements (Le Breton, 2016).

Il a été également mentionné auparavant que plus les croyances en l'efficacité de l'automédication sont fortes, plus elles encouragent le développement de l'autonomisation de la santé. Les croyances de la santé, encore une fois officielles ou non, confèrent aux individus un sentiment de contrôle subjectif de la maladie et tendent à renforcer leur LCS interne. De plus, plus un LCS interne est fort, plus celui-ci devient un puissant facteur d'adhésion, ou d'observance, à des thérapies particulières (Häußinger *et al.*, 2009, p. 1122, référant à Low *et al.*, 1992). Par ailleurs, le fait d'expérimenter plus souvent des résultats positifs de l'automédication tend à renforcer le LCS interne d'un individu, ce qui contribue aussi à renforcer ses croyances dans les philosophies des MAC.

Non seulement les croyances peuvent renforcer le LCS interne, mais l'effet placebo aussi. Si l'effet placebo tend à être dénigré par la médecine scientifique, dû au fait qu'il déçoit

la rationalité scientifique, il est, au contraire, fortement valorisé par plusieurs participants dans cette étude, car cet effet leur confirme leur pouvoir d'autoguérison de leur corps et de leur esprit, comme une sorte de guérison spontanée. Le pouvoir d'autoguérison donne à l'individu l'impression de sa victoire personnelle sur la maladie et les problèmes. L'effet placebo renforce ainsi la justification d'automédication et encourage alors la prise en charge de la santé.

La pratique de l'automédication et les efficacités perçues des PSN procurent un sentiment d'*empowerment* de soi-même et de la confiance en ses ressentis et ses perceptions. Ceux-ci, à leur tour, renforcent la croyance qu'il est possible d'obtenir des résultats positifs à l'usage de thérapies autres que les soins conventionnels.

Concernant la responsabilisation de la santé, certaines études postulent que l'usage des MAC est une quête de l'autonomisation de la santé (Boon *et al.*, 2004; Fries, 2008; Furnham et Vincent, 2000; Goldstein, 2000; Hughes *et al.*, 2001; Kelner, 2000; Kelner et Wellman, 1997; O'Connor, 2000; Snyderman et Weil, 2002; Suissa *et al.*, 2016) alors que d'autres affirment ne pas avoir constaté ce désir (Astin, 1998; Fainzang, 2017). Cette étude a constaté les deux cas d'autonomisation et d'absence de désir d'autonomisation.

Nous avons amplement vu les cas d'exemples d'autonomisation, alors nous n'y reviendrons pas. Quant à l'absence de désir d'autonomisation, il serait plutôt plus adéquat de parler de délégation de sa santé, c'est-à-dire de se remettre entre les mains d'une autre personne pour le bien de sa santé. Il ne s'agit pas d'un abandon de la gestion de sa santé, mais d'une prise de conscience qu'une autre personne de son entourage le fait mieux que soi-même. De la même manière qu'un patient confiant se remet entre les mains de son médecin, l'usager PSN se remet à celles de son référent signifiant (parent, conjoint(e), ami, collègue ou client au travail, etc.) lorsqu'il croit que ce dernier le fait mieux que lui. Souvenons-nous du cas de Nadir, qui se remet entre les mains de sa mère, et du cas du mari d'Émilie, qui se remet entre celles de sa femme pour la prise en charge de leur santé.

Revenons au fait que le PSN est un objet social dans le sens qu'il influence des réactions interrelationnelles avec autrui. Il peut générer des tensions ou solidifier des relations selon les cas. Dans le cas où l'usage de PSN nourrit une très grande confiance envers son référent ou que son référent a un impact important dans sa vie quotidienne, il tend à déléguer la

responsabilisation de sa santé entre les mains de ce référent. Certains participants dans cette étude consomment des PSN non pas parce qu'ils croient en leur efficacité douteuse ou qu'ils adhèrent aux théories « farfelues » des PSN et des MAC, mais parce qu'une personne référente influente leur a dit d'en consommer. Par exemple, Nadir prend des PSN sur la base de la confiance en sa mère alors que Louise le fait pour calmer les tensions avec sa cliente renchignante. Et dans un ménage, le PSN devient un maillon indicateur de confiance que les personnes entretiennent entre elles, encore une fois comme le mari d'Émilie, qui prend tout ce qu'Émilie lui dit de prendre sans se poser des questions, car il lui fait confiance.



# CONCLUSION

## **Pistes de réflexion : Le conformisme innovateur en santé**

Enfin, nous arrivons vers la fin de ce mémoire. Auparavant, avant de conclure, nous aimerions amener quelques suggestions de réflexion concernant les PSN.

Revenons brièvement au cadre conceptuel avec le concept de la biosocialisation, où un individu module les comportements de son corps pour les correspondre à ceux de la norme de la santé établie par la société, mais tout en cherchant en même temps à « briser les chaînes » de la société, sans pour autant « ébranler l'ordre social établi » de celui-ci (Martucelli, 2007, p. 242, 246, citant Elias, 1985) en reconstruisant et en restructurant certaines représentations symboliques pour éviter de se perdre lui-même dans la normalisation de son corps.

Nous avons mentionné auparavant que le besoin d'un soulagement rapide des maux est souvent la première raison de commencer à consommer des PSN, mais que l'importance des relations avec les référents et l'adoption des nouvelles croyances et représentations symboliques de la santé et de la maladie expliquent les raisons de continuer les PSN. Quant à l'adoption de nouvelles croyances et représentations symboliques, le Québec, en particulier Montréal, est un lieu très propice pour leurs échanges due à la multiethnicité culturelle qui le compose.

Le Québec serait ce que Fries (2008) décrirait comme une société où la subjectivité des individus est modulée par l'hybridité des cultures transcontinentales de la globalisation. Les multiples cultures ethniques du Québec tissent une large toile colorée de différentes représentations symboliques non conventionnelles de la santé, de la maladie et de la thérapie, où leur rationalité peut aller des « théories farfelues » aux « miracles » des révélations, dépendamment de la façon dont un individu les interprète. Ce vitrail incongru de représentations scientifiquement « invalides », car elles dépassent la logique de la science médicale biophysique, débussole l'individu. Et pourtant, « l'existence sociale est faite d'une inépuisable série d'interprétations, de définitions de situations », qui sont toujours remises en question à cause de la confrontation des ambiguïtés, des ignorances mutuelles et des « connaissances plus ou moins justes » que les individus se font de la santé, de la maladie et de la thérapie (Le Breton, 2016, p. 47).

Pour plusieurs individus, l'objectif de la médecine conventionnelle apparaît surtout à contrôler la maladie alors que les MAC visent plutôt l'atteinte d'un état de bien-être. Ces deux objectifs ne sont pas des objectifs opposés en soi, mais simplement deux façons différentes de définir la thérapie entre la médecine conventionnelle et les MAC, qui impliquent aussi deux façons différentes de concevoir la santé et la maladie. Est-ce que la santé est une absence de maladie ou un bien-être global du corps et de l'esprit? Est-ce que la maladie est un symptôme d'une partie dysfonctionnelle du corps ou la manifestation d'un déséquilibre entre les composants physique, mental, émotionnel et spirituel? Est-ce que la thérapie devrait servir à attaquer un pathogène, à enlever des tissus défectueux ou à rétablir un déséquilibre? Dépendamment du problème de santé dont une personne est affligée, elle peut en tout temps sauter d'une représentation à une autre de la santé, de la maladie et de la thérapie selon sa condition et ses préférences.

La médecine conventionnelle détache l'individu de son histoire personnelle et de ses expériences de la maladie pour lui expliquer l'origine de son mal. De l'autre côté, les usagers de MAC persistent à vouloir utiliser les médecines alternatives, car ils considèrent que la médecine conventionnelle ne peut pas efficacement les soigner, puisqu'ils incluent les causes sociale, émotionnelle, environnementale et spirituelle dans l'explication de leurs problèmes de santé. De plus, la persistance des usagers de PSN révèle que les conseils venant des autres influencent leurs choix thérapeutiques seulement qu'au début de leurs expérimentations. Au fur et à mesure qu'ils acquièrent plus d'expérience de leurs réactions aux PSN, ou aux MAC, c'est alors la liberté de pouvoir découvrir, explorer, faire des erreurs et corriger ces erreurs qui guide leurs choix thérapeutiques, car ces libertés leur certifient leur autonomie et leur responsabilisation envers leur santé.

### **Le besoin d'avoir des options alternatives de soins**

Bien souvent, les personnes qui pratiquent l'automédication ne le font pas nécessairement dans un but de contester l'autorité du médecin, mais simplement parce qu'elles désirent trouver des solutions alternatives que le médecin conventionnel n'est pas en mesure d'offrir ou ne peut pas les offrir. Peter Conrad (1985) a écrit que l'automédication n'est pas

l'expression d'un désir de révolte contre la biomédecine ou la contestation contre le médecin, mais une stratégie pour tenter de prendre le contrôle de sa santé entre ses mains.

Rappelons les cas des participants français Georges et Robin. C'était leurs médecins qui les ont dirigés vers des solutions alternatives pour leurs problèmes de santé et il n'y a pas eu de conflit de relations médecin-patient. Les participants dans ce mémoire ont démontré que même lorsqu'ils consomment des PSN, ils gardent confiance en leur médecin, puisque le médecin est consulté en dernier recours. Le médecin représente, du moins pour certaines personnes, un ancrage de sécurité de la même façon que le médicament pharmaceutique prescrit est une « bouée de sauvetage » « au cas où » pour elles.

Ainsi, l'incapacité du médecin à procurer un soulagement satisfaisant, le manque de connaissances ou la méconnaissance de celui-ci envers les PSN/MAC ne constituent pas une raison de l'outrepasser, tant que le médecin peut les référer à d'autres professionnels ou praticiens de la santé, qui peuvent offrir des options alternatives de soins. Il s'agit d'une question d'ouverture d'esprit et de collaboration entre différents professionnels et praticiens de santé avec le patient/usager de MAC/PSN. Si le médecin ne peut pas offrir des solutions de rechange à son patient ou le référer à d'autres praticiens, le patient ira les chercher de lui-même par ses propres moyens, quitte à devoir « s'improviser son propre médecin ».

Les usagers de PSN s'accordent sur l'importance d'entretenir leur santé, mais cela ne signifie pas pour eux qu'ils acceptent de se mouler à des soins standardisés pour atteindre une santé standardisée. Ils seraient ce que Norbert Elias dirait, peut-être, des êtres « engagés » dans la quête commune pour la santé de la société, mais qui demeurent néanmoins « distants » aux pratiques communes qui ont été standardisées par cette société. Ceux-ci préfèrent opter pour un chemin plus « innovateur » pour répondre aux normes sociales en se présentant comme des « conformistes innovateurs » de la santé d'aujourd'hui, soit une nouvelle façon de se biosocialiser dans l'ère du nouveau siècle.

## L'innover des conformités (normalisantes) de la santé

Dans une étude sur les *smart drugs*, Otero et Collin (2016) ont abordé le concept de « conformisme innovateur ». Nous aimerions emprunter ce concept pour illustrer l'innovation de la santé avec les PSN, où les usagers de PSN présentent certains points de ressemblance avec les usagers de *smart drugs*.

L'étude d'Otero et Collin (2016) ont observé que les usagers de *smart drugs* se présentent comme des *insiders* dans leur quête de la performance dans la société contemporaine. Le terme d'*insiders* désignerait les individus qui sont « instables de la normativité dominante » d'une société (Otero et Collin, 2016, p. 167). Selon les chercheurs, le conformisme actuel de la performance incite l'individu à constamment « se dépasser, se singulariser, devenir encore plus autonome, performant, responsable [...] “à sa façon” » (Otero et Collin, 2016, p. 176). Les usagers de *smart drugs* répondent à ce conformisme en ayant recours à des psychostimulants d'une manière « innovante, informelle ou alternative » « pour atteindre les objectifs culturellement légitimes » de la performance (Otero et Collin, 2016, p. 175).

Comme Cakic (2009) le dit :

In any highly competitive environment it is inevitable that people will seek to gain advantage to their competitors. (Cakic, 2009, p. 614)

Les usagers de *smart drugs* utilisent des psychostimulants pour répondre à l'injonction de la société, qui « demand[e] explicitement aux individus d'innover, de prendre des initiatives, d'agir à leur façon, de faire sa marque, de se singulariser, d'oser à chaque fois, d'aller au bout de leurs rêves » (Otero et Collin, 2016, p. 176). Et pourtant, le médicament psychostimulant est un moyen « déjà conn[u], ordinair[e] » et « institutionnalis[é] » (Otero et Collin, 2016, p. 176), et qui « ritualise » les individus dans un conformisme conservateur plus qu'il les marque d'innovations. Dans cette perspective, les PSN se présentent comme des outils plus « innovants » que les médicaments, non seulement en ce qui concerne des objectifs de santé, mais aussi de performance. Voire, on peut avancer que là où les usagers de *smart drugs* des *insiders* de la performance, les usagers des PSN sont des *insiders* de la santé, et de la santé

performante aussi en considérant leur recherche de l'atteinte d'une « fonctionnalité » quotidienne.

Être *insider*, que ce soit avec des *smart drugs* ou des PSN, c'est démontrer ses compétences à s'ajuster à des règles et des normes codifiées et normalisées, mais sans pour autant rentrer dans un moule normalisant. Ou encore, selon Le Breton (2016), c'est démontrer sa capacité à plier les normes à son usage, car être *insider* implique aussi de savoir reconfigurer ses perceptions des normes et de leurs représentations symboliques.

Lorsque ses représentations symboliques rencontrent celles venant d'autres cultures philosophiques, ceci peut donner lieu à des débats de confrontations symboliques. Ces débats permettent alors la genèse de nouvelles significations symboliques, qui sont ensuite réassignées à l'objet à l'origine de la confrontation, comme le PSN ou le *smart drug*. Les nouveaux sens attribués à ces objets induisent ensuite de nouveaux comportements chez les usagers. Le Breton (2016) reprend de Garfinkel que les membres d'une société ne sont pas des « idiots culturels » (Le Breton, 2016, p. 146, citant Garfinkel, 1984). Ces individus se construisent de nouvelles significations symboliques pour leur permettre de « tirer [leur] épingle du jeu face aux normes ou aux règles » (Le Breton, 2016, p. 47) dont ils ont des interprétations différentes de celles appartenant à la norme commune, comme les règles de la morale de la santé.

La santéisation a transformé le droit de la santé en un devoir moral où l'individu doit biosocialiser son corps dans des comportements communément établis comme des comportements « sains » de la santé (manger sainement, faire de l'exercice, etc.) pour prouver sa valeur de citoyen responsable et dédié à « servir les intérêts de l'État » comme ce que dirait Nye (2003) ou Foucault (1974). Foucault rappelle que le développement de la médecine à partir de la fin du 18<sup>e</sup> siècle a été fait pour des raisons économiques, où « on demandait à la médecine de donner à la société des individus forts, c'est-à-dire capables de travailler, d'assurer le maintien de la force de travail, son amélioration et sa reproduction », faisant ainsi de la médecine « un instrument de maintenance et de renouvellement de la force de travail pour le fonctionnement de la société moderne » (Foucault, 1974).

Afin justement de « donner à la société des individus forts [...] capables de travailler », le Québec dépense beaucoup en santé et ces dépenses n'ont cessé d'augmenter au cours des

dernières années, en plus qu'elles tendent à continuer ainsi pour encore longtemps (Clavet *et al.*, 2013). Ces dépenses ont été faites dans le but d'améliorer la santé des Québécois afin que ceux-ci puissent continuer à « servir les intérêts de l'État ». Et pourtant, c'est au Québec que s'élève le plus haut taux d'absentéisme au travail pour des raisons médicales, familiales ou personnelles, soit à raison de 11,9 jours alors que la moyenne canadienne est de 9,5 jours par année (TVA, *TVA Nouvelles*, 10 novembre 2017).

Un paradoxe de la santé se dessine ici sur le cas du Québec. Plus les objectifs de la santé vont en croissant, moins les individus se sentent en santé. Cette situation laisse supposer que les exigences en santé sont tellement devenues « malades » que des individus se réfugient dans la « maladie » pour pouvoir se recouvrir, ne serait-ce que pour quelques jours de plus. En même temps, les coûts de la santé ont de quoi rendre les gens et le budget public de la santé « malades ».

Au Québec, les médecins sont payés par actes médicaux. Cependant, après que le coût moyen par acte médical a fait un fond, passant de 49,47 \$ à 56,01 \$, le nombre d'actes médicaux par omnipraticien a baissé (Radio Canada, *Ici Radio-Canada*, 25 mai 2015). La santé, qui devrait être un service pour le bien collectif, prend ici aux yeux de la population l'image d'une entreprise de prestige corporatiste pour les professionnels de la santé.

Selon Charles Sounan, chef de la Division de la recherche et du bien-être du Centre universitaire de santé McGill, « la présence excessive de stress est un facteur très important dans l'absentéisme des travailleurs » alors que « les patrons sont de plus en plus exigeants, mais ne fournissent pas nécessairement les ressources nécessaires pour réduire le stress » (TVA, *TVA Nouvelles*, 10 novembre 2017). Ces propos de Charles Sounan fait refléter que l'objectif collectif de la santé n'est pas la santé de l'individu pour l'individu, mais pour sa collectivité, pour les autres, dont en l'occurrence, pour le patron. L'objectif final de la santé collective est que les individus puissent non seulement respecter leurs engagements sociaux (études, travail, etc.), mais ils doivent surtout y performer au niveau des attentes de ses supérieurs hiérarchiques. C'est de là que la santé est connotée pour devenir le synonyme de la performance.

Être en santé, c'est « être performant » afin de respecter ses engagements et ses responsabilités envers la collectivité. Et inversement, « être performant », c'est la preuve que

l'individu est « en santé ». Par conséquent, si l'individu ne démontre pas le niveau de performance sociale qui est attendu de lui, il risque d'encourir le rejet de ses pairs. À cause de l'association de la santé avec la « performance », la quête de la santé s'apparente à une quête malade vers une « santé malade ». C'est pour cela entre autres que les participants à notre étude renient le terme de « performance » pour le remplacer avec le terme de « fonctionnalité », car ce dernier n'est pas hanté par une ombre des « autres » en arrière de lui, comme dans le cas du terme « performance », où l'ombre d'un supérieur hiérarchique tend à les tourmenter. Jusqu'à un certain point, le PSN permet de se défaire de cette hantise.

Revenons à l'idée avancée que les usagers de PSN sont autant des *insiders* de la santé que de la performance. Premièrement, ils « innovent » la santé avec un outil thérapeutique informel, alternatif et « mollement illégitim[e] » (Otero et Collin, 2016, p. 173). Ensuite, ils proposent une autre façon de concevoir la performance, c'est-à-dire une performance qui n'est pas « aliénante », comme diraient les participants dans cette étude.

Constamment chercher à se dépasser tend à épuiser une personne au détriment de sa santé. Ceci dit, comment une personne épuisée pourrait-elle performer pour dépasser les autres? De la perspective des participants, les études, le travail, la famille et leur vie sociale font qu'ils *se sentent* déjà de moins en moins en santé. L'injonction de la santé « performante » les épuise, signalant ainsi un épuisement de l'idéologie de la performance. Rappelons-nous encore, ils se montrent sur la défensive lorsqu'ils entendent le terme de « performance » et ils le remplacent avec le terme « fonctionnalité » pour parler de leur objectif d'augmenter leur qualité de vie.

## **Le PSN entre corps et temporalité**

En soi, le médicament, qu'il soit pharmaceutique ou naturel, est un artéfact qui incarne des croyances et des représentations symboliques d'une culture de la santé dans un espace de temps donné. Là où le médicament pharmaceutique se distingue du médicament naturel sont les représentations et les croyances qui les investissent, dont la représentation du temps et de la temporalité.

À propos de l'efficacité ou de l'inefficacité des PSN et des médicaments pharmaceutiques, cette question est souvent mesurée sur leur vitesse d'action thérapeutique.

Le médicament pharmaceutique représente la fierté de la biomédecine par le fait qu'il est l'emblème de l'efficacité scientifique sur le temps. Il agit rapidement et visiblement sur un laps de temps restreint. À son opposé, en comparaison avec le médicament pharmaceutique, le PSN agit trop lentement et trop discrètement, d'où règne constamment l'incertitude concernant son efficacité sur les individus. Et c'est cette différence du rapport de la temporalité sur le corps qui mérite qu'on s'y attarde momentanément.

Le médicament pharmaceutique peut remettre l'individu immédiatement sur ses pieds afin qu'il puisse rapidement répondre aux attentes sociales qui l'attendent au travail, dans les études et dans ses autres activités de la vie. D'un autre côté, le PSN force l'individu à prendre le temps sur lui-même, à ralentir l'effet du temps sur son corps. Par le PSN, l'individu s'accorde – se voit obligé d'accorder – du temps sur lui-même, et ce, même s'il ne s'agit que d'une illusion de se donner du temps. Il demeure que, même s'il s'agit d'une illusion, cette temporalité est prise par l'individu par lui-même, pour lui-même, et non imposée à lui par autrui. Revenons au PSN inhibiteur de tensions sociales : il peut aussi être un inhibiteur de la quête malade pour une santé (performante) malade là où le médicament en serait le catalyseur, car l'un ralentit le rétablissement alors que l'autre l'accélère.

Cela dit, il est intéressant de noter le paradoxe d'utiliser un outil thérapeutique à efficacité lente ou incertaine pour trouver un soulagement rapide à des problèmes de la santé, à moins que la lenteur des PSN ne soit néanmoins considérée plus rapide que la présence redondante des problèmes de santé chroniques, ou que la rapidité du médicament engendre au final d'autres problèmes qui nécessitent de refaire du début d'autres thérapies. Ceci fait penser que parfois, le corps humain n'est peut-être pas toujours assez « performant » pour encaisser l'efficacité rapide scientifiquement prouvée des médicaments. Le corps humain est trop imparfait pour savoir apprécier l'efficacité scientifique à sa juste valeur, ce qui amène certains individus à concevoir que l'imparfait PSN avec son efficacité imparfaite seraient peut-être ce que leur corps imparfait peut prendre en lui. Un remède à efficacité lente, ou « douteuse », serait peut-être ce qu'un corps imparfait pourrait prendre à cause de ses limites, car le temps est aussi une forme de médicament de la médecine alternative.



Souvenons-nous encore que l'Organisation mondiale de la Santé a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la Santé, 1946). Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946, mais la médecine conventionnelle tend à faire abstraction des aspects non biophysiques de la santé. Et aujourd'hui, à cause des pressions sociales au travail, aux études, dans la famille, les individus tendent à moins se considérer en santé, car les demandes de dépassement les dépassent. Face à cela, les MAC, entre autres incarnées par les PSN, se présentent alors comme un outil d'une médecine que Margaret Chan, directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, désigne comme la « médecine de la compassion ».

### **La « médecine de la compassion »**

Lors d'un congrès de l'Organisation mondiale de la Santé sur les médecines traditionnelles à Beijing, en Chine, en 2008, Margaret Chan a désigné les MAC comme une « médecine de la compassion », où Margaret Chan entend par « compassion » le fait d'inviter les individus à se montrer « compatissants » envers eux-mêmes et envers les autres dans leur quête de la santé. C'est-à-dire? D'une part, il s'agit de cesser de réduire l'individu à un symptôme ou à une partie de son corps, de le considérer avec ses aspects mental, émotionnel, spirituel, environnemental et social dans la constitution de la thérapie pour traiter sa maladie, ses problèmes de santé. D'autre part, il s'agit de considérer l'individu dans sa singularité, d'écouter, et surtout d'« entendre », ce que son corps, ses émotions et son esprit lui disent sur lui-même et ses maux.

De plus, le terme de « compassion » réfère pour nous le sens de démontrer de l'humanité pour son prochain, comme poser un regard nouveau sur la culture des autres, sur leur façon d'interpréter et de vivre la maladie et sur leur façon de faire et d'agir pour entretenir leur santé. Le Québec est une région cosmopolite où différentes cultures se côtoient, dont les différentes représentations symboliques de la santé, de la maladie et de la thérapie. Une ouverture d'esprit envers ces représentations diverses est une condition pour mener une vie en communauté harmonieuse et « saine », surtout dans une ville comme Montréal.

À cette « compassion », nous ajoutons ce que les participants ont réclamé dans les entrevues : la « compassion » pour soi, c'est-à-dire d'écouter et d'*entendre* son propre corps et, comme plusieurs participants de l'étude l'ont exprimé, de « respecter ses limites ».

Et à la « médecine de compassion » de Margaret Chan, nous aimerions ajouter que les MAC constituent aussi une « médecine de l'humilité ».

Dans la médecine chinoise, la maladie symbolise un déséquilibre entre le corps, le mental et l'esprit. Mais en même temps, elle constitue aussi une opportunité pour l'individu d'apprendre à se connaître lui-même avec son corps et de grandir intérieurement. La maladie représente ainsi en fait une étape d'apprentissage et d'affranchissement des épreuves de la vie. Encore une fois, il s'agit d'une question de perception des représentations. Si la maladie est perçue comme un « mal » ou un « dysfonctionnement », alors elle restera un « mal » et un « dysfonctionnement ». De la même manière, ce qui est considéré comme des « échecs » (de performance, par exemple) ou des « erreurs » resteront des échecs et des erreurs tant qu'ils sont perçus ainsi. Cependant, ces mêmes objets peuvent devenir les premiers pas vers la réussite s'ils sont perçus comme des opportunités d'apprentissage de la vie et du développement de soi pour son épanouissement personnel. Cette façon de percevoir la maladie a le potentiel de réduire le stress et le fatalisme qui lui sont souvent associés et ainsi favoriser le processus mental et émotionnel vers le rétablissement et la guérison.

En tant qu'individu vivant avec d'autres individus dans une société, l'individu peut difficilement ne pas faire des erreurs ou des échecs, surtout dans une société qui idolâtre la performance. Cependant, l'individu peut aussi décider que ses erreurs et ses échecs deviennent ses premiers pas vers le succès et vers son accomplissement, et un succès et un accomplissement qui sont les siens et qui lui appartiennent légitimement. Ainsi, petits artéfacts de la médecine de la « compassion » et de l'« humilité », les PSN invitent à regarder autrement les valeurs de la santé et de la performance dans les sociétés occidentales, et invitent son usager à se regarder autrement en tant qu'individu individualiste de même qu'en tant qu'individu dans une collectivité.

## **Retour à la question de recherche**

En somme, pourquoi les Québécois de 18 à 34 ans (24 à 34 ans) consomment-ils des produits de santé naturels? Bien souvent, plus que la méfiance envers les soins conventionnels, c'est le besoin de trouver un soulagement rapide aux maux ou aux problèmes ressentis, que les soins conventionnels ne peuvent pas soulager adéquatement, qui constitue la première raison pour consommer des PSN. Cependant, les raisons pour les continuer peuvent être pour atteindre ou maintenir un état de bien-être global, pour prévenir des maladies potentielles ou pour optimiser ses capacités physiques (augmenter sa qualité de vie) ou ses facultés cognitives (réduction du stress et amélioration de la concentration et de la mémoire). Ou encore, l'adoption de nouvelles croyances philosophiques et de nouvelles représentations symboliques de la santé, de la maladie et de la thérapie peut aussi justifier de continuer la consommation des PSN. Ces représentations symboliques naissent souvent de la confrontation de ses représentations symboliques avec celles régissant les PSN.

La consommation des PSN peut être initiée par une personne dans l'entourage de l'utilisateur, un référent profane, ou par l'utilisateur lui-même. Dépendamment de la façon dont l'initiation a été effectuée, la façon de consommer le PSN diffère. Dans le cas où le PSN a été initié par autrui, il tend à être consommé comme un médicament alors que dans le second cas, il est surtout utilisé comme un complément nutritionnel. Quant à l'(in)efficacité du PSN, elle est validée en fonction du niveau des impacts relationnels que le référent a sur le quotidien de l'utilisateur ou par l'interprétation des ressentis et des représentations symboliques que l'utilisateur attribue à ses problèmes de santé et à la thérapie. Les preuves scientifiques ne constituent pas toujours une base légitime pour valider l'inefficacité des PSN, car les études cliniques ne sont pas toujours transférables à la réalité quotidienne des gens ni ne tiennent compte du fait que les événements de la vie (stress au travail, séparations amoureuses, inquiétude et anxiété, etc.) peuvent aussi influencer la santé et la maladie.

Les usagers des PSN dissimulent leur consommation des PSN à leur médecin soignant non pas dans le but de contester l'autorité de celui-ci, mais par crainte de s'attirer de la désapprobation et des jugements ou pour préserver les bonnes relations médecin-patient, car le PSN est un catalyseur potentiel de mauvaises relations médecin-patient. Le PSN peut renforcer

des tensions sociales entre les individus ne partageant pas les mêmes perceptions des MAC ou solidifier les relations entre ceux qui se partagent les mêmes croyances thérapeutiques.

Si aux yeux de la médecine conventionnelle, les PSN se présentent comme un outil de « délinquance médicale », les usagers de PSN le voient plutôt comme un moyen innovateur pour soigner la santé et devenir socialement performants, mais selon leurs conditions. Les PSN incarnent pour eux une médecine de compassion et d'humilité envers les autres, mais surtout envers eux-mêmes.

Au congrès de l'OMS à Beijing en 2008, Margaret Chan a prononcé ces mots :

The two systems of traditional and Western medicine need not clash. Within the context of primary health care, they can blend together in a beneficial harmony, using the best features of each system, and compensating for certain weaknesses in each. This is not something that will happen all by itself. Deliberate policy decisions have to be made. But it can be done successfully. (Margaret Chan, directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, Beijing, novembre 2008)

Ainsi, selon Margaret Chan, il n'y a pas de raison d'opposer la médecine conventionnelle et la médecine alternative. Chaque médecine possède ses forces et ses faiblesses et la combinaison des deux ne pourrait que combler leurs faiblesses mutuelles.

Margaret Chan l'a dit. Le système de médecine conventionnelle fait plus d'insatisfactions que de satisfactions, non seulement dans la population, mais aussi chez les professionnels de la santé. Les soins conventionnels ont de la difficulté à faire face aux maladies modernes. Les coûts de la santé s'alourdissent, en particulier le coût des médicaments dont les dépenses augmentent trop rapidement par rapport aux autres services médicaux. La prévision de pénurie des médecins par les chercheurs en santé risque de se confirmer dans les années qui suivent, surtout avec une population vieillissante où l'espérance de vie est de plus en plus élevée. Selon les données provisoires de 2016 de l'Institut de la statistique du Québec, le Québec se classe au troisième rang pour les plus hautes espérances de vie au Canada, après la Colombie-Britannique et l'Ontario, soit 80,8 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes, avec une moyenne confondue hommes et femmes qui s'élève à 82,7 ans (Fleury-Payeur, 2017).

En parallèle à cela, les usagers de MAC se font de plus en plus nombreux et plus de la moitié de la population québécoise est déjà un consommateur de PSN selon les chiffres de Santé Canada en 2011. Cela dit, le pourcentage de consommateurs québécois en 2011 ne se fixera pas à 66 %, mais risque d'augmenter dans les années qui suivent, surtout avec la visibilité de plus en plus grande des PSN dans la vie quotidienne des gens (pharmacies, magasins à grandes surfaces, épiceries, magasins et boutiques spécialisés). Internet et la globalisation des cultures suscitent les débats symboliques interculturels et encouragent le développement de nouvelles croyances et de représentations symboliques de la santé, de la maladie et de la thérapie. Aujourd'hui, il est devenu inconcevable de considérer qu'une seule médecine peut soulager adéquatement les maux, répondre de façon satisfaisante aux besoins modernes et fournir des réponses aux nouveaux questionnements que les individus se font concernant leur santé.

Pendant ce temps, l'Europe, les États-Unis et l'ouest du Canada à partir de Toronto de même que les provinces de l'Atlantique ont déjà entamé les processus pour la reconnaissance des MAC et leur inclusion dans le cursus des formations médicales, dont la reconnaissance des PSN comme outil thérapeutique au même titre que les médicaments. Le Québec est en retard par rapport au reste du Canada et même aux autres pays occidentaux industrialisés. Ainsi, nous osons prendre l'audace présomptueuse de refaire les suggestions qui ont été amenées par les études précédentes sur les MAC. Ne serait-ce pas le temps pour le Québec de refaire un autre « rattrapage » par rapport au reste du Canada, et au reste des autres pays occidentaux industrialisés, mais au lieu d'un « rattrapage » politique comme pendant la Révolution tranquille, ce serait un « rattrapage » médical?

Nous n'allons pas aussi loin que de proposer d'introduire les MAC dans la formation médicale, mais néanmoins de s'ouvrir l'esprit à leurs propos et de les reconnaître autrement que comme des « *quacker[ies]* » ou des « *health fraud[s]* ». Aussi, il serait approprié de cesser de considérer les praticiens des MAC comme des « charlatans » comme tel est le cas dans le Code déontologique des médecins (Collège des médecins du Québec, 2017, p. 2, code 10, numéro D.1213-2002, a. 10), car, comme nous l'avons déjà mentionné auparavant, parmi ces « charlatans », beaucoup ont été des médecins généralistes ou spécialistes, qui se sont convertis à la naturopathie plus tard dans leur vie. Et en ce qui concerne l'inquiétude des médecins et des pharmaciens envers la consommation des PSN par les Québécois, il serait souhaitable que ces

derniers posent des questions à leurs patients sur les PSN/MAC *sans a priori* de jugements préjudiciables, car ces personnes ne cherchent qu'à augmenter leurs chances de guérison et d'atteinte du bien-être.

## **Mots de la fin**

« Effets placebo d'immondices chinoises? Dépression qui a atteint son terme? Ou antidépresseurs qui ont enfin fait leurs effets? » J'ai rédigé le dernier mot de mon mémoire sans pour autant trouver une réponse à mes questions. Quant à la dépression, comme dans la conception de la maladie de la « médecine de la compassion » et « de l'humilité », j'ai préféré la considérer comme une étape de vie qui m'a permis de grandir intérieurement plutôt qu'une expérience d'un échec dans une vie.

Toutefois, j'espère sincèrement que ce travail peut encourager l'avancement des connaissances de la « médecine de la compassion » pour m'aider à trouver un jour une réponse à mes questions, car nous avons tous besoin de (médecines de) réconfort et de compassion dans la vie, et ce, quelle que soit la forme sous laquelle ils (elles) se présentent.

Thi Lieu Trinh Phan,  
Avril 2018

## Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada, Organisation mondiale de la Santé et Santé et Bien-être social Canada. (1986). Chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé: une conférence internationale pour la promotion de la santé. *Gouvernement du Canada*.
- Akrich, M. (1995). Petite anthropologie du médicament. *Techniques et culture*, 25-26, 129-157.
- Andrews, G. J. et Boon, H. (2005). CAM in Canada: places, practices, research. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(1), 21-27. doi: 10.1016/j.ctcp.2004.10.004
- Anyinam, C. (1990). Alternative medicine in western industrialized countries: An agenda for medical geography. *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 34(1), 69-76.
- Association des pharmaciens du Canada (2017, 2017/07/13). *Compendium of Therapeutics for Minor Ailments*. Repéré à <https://www.pharmacists.ca/products-services/compendium-therapeutics-minor-ailments/?lang=en>.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a National Study. *JAMA*, 279(19), 1548-1555.
- Astin, J. A. (2000). The Characteristics of CAM Users: A Complex Picture (*Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 101-114). Amsterdam: Routledge.
- Astin, J. A., Marie, A., Pelletier, K., R., Hansen, E. et Haskell, W. L. (1998). A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. *Arch Intern Med*, 158, 2303-2310.
- Astin, J. A., Shapiro, S. L., Lee, R. A. et Shapiro, Jr. (1999). The Construct of Control in Mind-Body Medicine: Implications for Healthcare. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5(2), 42-47.
- Biesta, G. J. J. (2007). Why 'what works' won't work. Evidence-based practice and the democratic deficit of educational research. *Educational Theory*, 57(1), 1-22.
- Blais, R. (2000). Changes in Characteristics of CAM Users Over Time (*Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 115-129). Amsterdam: Routledge.
- Bonvin, E. (2000). Quell efficacité du médicament moderne? *La Lettre*, 17.
- Bonvin, E. (2001). Automédication et recours aux soins alternatifs: du comportement déviant à la responsabilité de soi. *Cahiers médico sociaux*, 257-264.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B. et Majid, N. (2004). Integrative Healthcare: Arriving at a Working Definition. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10(5), 48-56.
- Bréchon, P. (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Brunet, J.-M. (1969). *La réforme naturiste*. (Éditions du jour<sup>e</sup> éd.). Montréal.



- Buclin, T. (2000). Drôles de rôles pour le médicament. *La Lettre*, 12-14.
- Busato, A., Dönges, A., Herren, S., Widmer, M. et Marian, F. (2006). Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland - an observational study. *Family Practice*, 23, 116-124.
- Busfield, J. (2010). 'A pill for every ill': Explaining the expansion in medicine use. *Social science & medicine*, 70, 934-941.
- Buyse, M., George, S. L., Evans, S., Geller, N., L., Ranstam, J., Scherrer, B., . . . Verma, B. L. (1999). The role of biostatistics in the prevention, detection and treatment of fraud in clinical trials. *Statistics in Medicine*, 18, 3435-3451.
- Cakic, V. (2009). Smart drug for cognitive enhancement: ethical and pragmatic consideration in the era of cosmetic neurology. *Journal of Medical Ethic*, 35(10), 611-615.
- Chan, M. (2008, 2008/11). *Address at the WHO Congress on Traditional Medicine*. Beijing. Repéré à <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081107/en/>
- Christensen, C. M., Bohmer, R. et Kenagy, J. (2000). Will Disruptive Innovations Cure Health Care? *Harvard Business Review*(September-October), 1-10.
- Clavet, N.-J., Duclos, J.-Y., Fortin, B., Marchand, S. et Michaud, P.-C. (2013). *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030: projections et déterminants*. Cirano.
- Cohen, P. et Rossi, I. (2011). Le pluralisme thérapeutique en mouvement: Introduction du numéro thématique « Anthropologie des soins non-conventionnels du cancer ». *Anthropologie et Santé*(2).
- Collège des médecins du Québec (2017). *Code de déontologie des médecins* (n° M-9, r.17). Québec. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017/>, <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1515861826753>
- Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (2011). Les produits de santé naturels, parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien (p. 12). Montreal.
- Collin, J. (2002). Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie et société*, 25(103), 141-159. doi: 10.3917/g.s.103.0141
- Collin, J. (2003). Médicament et vieillesse: trois cas de figure. *Cultures et médicaments*, 27(2), 119-138. doi: 10.7202/007449ar
- Collin, J. (2005). Médicament psychotrope: quelques mythes à détruire. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 115-134. doi: 10.7202/1002462ar
- Collin, J. (2016). On Social Plasticity: the Transformative Power of Pharmaceuticals on Health, Nature and Identity. *Sociology of Health & Illness*, 38(1), 73-89. doi: 10.1111/1467-9566.12342

- Collin, J. et Otero, M. (2015). Resistance and mutations of non-specificity in the field of anxiety-depressive disorders in Canadian medical journals, 1950-1990. *Social science & medicine*, 131, 228-238.
- Collin, J., Simard, J. et Collin-Desrosiers, H. (2012). Smart Drugs, Life-style drugs and the Cult of Performance in Young adults : A Theoretical perspective. *Salute e Società*, 11(2), 29-53.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look at compliance. *Social science & medicine*, 20(1), 29-37.
- De Boer, A., Van Hunsel, F. et Bast, A. (2015). Adverse food–drug interactions. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 73, 859-865.
- De Bolle, L., Mehuys, E., Adriaens, E., Remon, J.-P., Van Bortel, L. et Christiaens, T. (2008). Home Medication Cabinets and Self-Medication: A Source of Potential Health Threats? *The Annals of Pharmacotherapy*, 42, 572-579.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S. A., Van Rompay, M. I. et Kessler, R. C. (1998). Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey. *JAMA*, 280(18), 1569-1575.
- Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R. et Delbanco, T. L. (1993). Unconventional Medicine in the United States: Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4).
- Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Van Rompay, M. I., Kaptchuk, T. J., Wilkey, S. A., Appel, S. et Davis, R. B. (2001). Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Annals of internal Medicine*, 135(5), 344-351.
- Elder, N. C., Gillcrist, A. et Minz, R. (1997). Use of Alternative Health Care by Family Practice Patients. *Arch Fam Med*, 6, 181-184.
- Elias, N. (1985). *La société de cours*. Paris: Flammarion.
- Ernst, E. (2000). Assessing the Evidence Base for CAM (*Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 165-175). Amsterdam: Routledge.
- Ernst, E., Resch, K. L., Mills, S., Hill, R., Mitchell, A., Willoughby, M. et White, A. (1995). Complementary medicine—a definition. *Br J Gen Pract*, 45(398), 506-506.
- Fainzang, S. (2002). Lying, Secrecy and Power Within the Doctor-Patient Relationship. *Anthropology & Medicine*, 9(2), 117-133. doi: 10.1080/1364847022000034574
- Fainzang, S. (2005a). L'autonomie du malade: le droit de désobéir. *Les Cahiers du CCNE (Comité consultatif national d'éthique)*, 44, 25-26.
- Fainzang, S. (2005b). La relation médecin-patient. Un conflit de valeurs. *Revue des maladies respiratoires*, 22(2), 37-39.

- Fainzang, S. (2010). L'automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés*, 34(1), 115-133.
- Fainzang, S. (2014). Managing Medicinal Risks in Self-Medication. *Drug Safety*, 37(5), 333-342.
- Fainzang, S. (2017). *Self-Medication and Society: Mirages of Autonomy*. New York: Routledge.
- Fine, P. (2011, 2011/06/06). Adrien Gagnon, Quebecker, built empire out of his passion for fitness. *The Globe and Mail*. Repéré à <https://beta.theglobeandmail.com/news/national/adrien-gagnon-quebecker-built-empire-out-of-his-passion-for-fitness/article582384/?ref=http://www.theglobeandmail.com&>
- Fisher, P. et Ward, A. (1994). Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 309, 107-111.
- Fleury-Payeur, F. (2017). *Coup d'oeil sociodémographique. La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2016*. Québec.
- Foucault, M. (1974, Octobre 1974). *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine?* Communication présentée Première conférence sur l'histoire de la médecine, Rio de Janeiro. Repéré à <http://1libertaire.free.fr/MFoucault111.html>.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1986). *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1988). *Histoire de la médicalisation*. Paris: Hermès.
- Fries, C. J. (2005). Ethnocultural Space and the Symbolic Negotiation of Alternarive as "Cure". *Canadian Ethnic Studies*, 37(1), 87-100.
- Fries, C. J. (2008). Governing the health of the hybrid self: Integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity. *Health Sociology Review*, 17(4), 353-367. doi: 10.5172/hesr.451.17.4.353
- Furnham, A. et Bhagrath, R. (1993). A Comparison of Health Beliefs and Behaviours of Clients of Orthodox and Complementary Medicine. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 237-246.
- Furnham, A. et Forey, J. (1994). The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 458-469.
- Furnham, A. et Kirkcaldy, B. (1996). The health beliefs and behaviours of orthodox and complementary medicine clients. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 49-61.
- Furnham, A. et Vincent, C. (1996). Why Do Patients Turn to Complementary Medicine? *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 37-48.

- Furnham, A. et Vincent, C. (2000). Reasons for Using CAM (*Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change* (p. 61-78). Amsterdam: Routledge.
- Gentile, D. (2017). Accès à un médecin: Montréal toujours en queue de peloton, *Ici Grand Montréal*. Montreal.
- Goldstein, M. S. (2000). The Culture of Fitness and the Growth of CAM (*Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 27-38). Amsterdam: Routledge.
- Goldstein, M. S. (2004). The persistence and resurgence of medical pluralism. *Journal of health politics, policy and law*, 29(4), 925-945.
- Gouvernement du Canada. (2004). *Gazette du Canada. Partie II, Texte complémentaire* (n° DORS/2004-116 à 146 et TR/2004-51 à 62), 138(11), 706-969. Repéré à <http://publications.gc.ca/gazette/archives/p2/2004/2004-06-02/pdf/g2-13811.pdf>.
- Gravel, P. (2002). De Ptolémée à Newton et Poisson - Des scientifiques moins rigoureux que leur discipline. *Le Devoir*.
- Gravel, S., Doucet, H., Battaglini, A., Laudy, D., Bouthillier, M.-È., Boucheron, L. et Fournier, M. (2010). Éthique et santé publique: Quelle place pour l'autonomie? *Éthique publique*, 12(1), 227-250.
- Graz, B., Rodondi, P.-Y. et Bonvin, E. (2011). Existe-t-il des données scientifique sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires? *Forum Med Suisse*, 11(45), 808-813.
- Graz, B. et Schopper, D. (2009). Médecines complémentaires: vers un consensus "evidence-based" à l'hôpital universitaire. *Rev Med Suisse*, 5, 2524-2526.
- Guy-Coichard, C. et Boureau, F. (2005). Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. *La revue de médecine interne*, 26, 226-232.
- Häußinger, C., Ruhl, U. E. et Hach, I. (2009). Health Beliefs and Over-the-Counter Product Use. *The Annals of Pharmacotherapy*, 43, 1122-1127.
- Heinich, N. (2002). *La sociologie de Norbert Elias*. (2e édition<sup>e</sup> éd.). Paris: La Découverte.
- Hinote, B. P. (2007). Health locus of control. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*.
- Hughes, C. M., McElnay, J. C. et Fleming, G. F. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug Safety*, 24(14), 1027-1037.
- Institut canadien d'information sur la santé (2017). *Tendances et dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*. Ottawa.
- JAMC. (2006). Éditorial. La médecine est-elle encore une profession? *CMAJ*, 174(6), 745.
- Jonas, W. (2000). The Social Dynamics of Medical Pluralism, Foreword (*Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. xi-xv). Amsterdam: Routledge.
- Kaptchuk, T. J. et Eisenberg, D. M. (1998). The persuasive appeal of alternative medicine. *Annals of internal Medicine*, 129(12), 1061-1065.

- Kelner, M. (2000). *The Therapeutic Relationship Under Fire (Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 79-97). Amsterdam: Routledge.
- Kelner, M. et Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: medical and alternative therapies. *Social science & medicine*, 45(2), 203-212.
- Kelner, M. et Wellman, B. (2000). Introduction *Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change (Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 1-24). Amsterdam: Routledge.
- Kessler, R. C., Davis, R. B., Foster, D. F., Van Rompay, M. I., Walters, E. E., Wilkey, S. A., . . . Eisenberg, D. M. (2001). Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Annals of internal Medicine*, 135(4), 262-268.
- Kohn, L. et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82.
- Krol, Ariane (2004, 2004/08/26). La boisson Red Bull arrive au Québec. *La Presse*.
- Lacaze, L. (2013). L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité. *Sociétés*, 3(121), 41-52.
- Larivée, S. (1994). La fraude scientifique et ses conséquences. *Quand la science se fait culture*, 2(15).
- Larose, M. (2007, 2007/08/30/). Une saine retraite pour ses 67 ans. *Le Journal de Montréal*. Repéré à <http://fr.canoe.ca/infos/societe/archives/2007/08/20070830-110001.html>
- Lau, A. A. et Capasso, F. (1982). Origins of Health Locus of Control Beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(2), 322-334.
- Le Breton, D. (2008). *La sociologie du corps*. (6<sup>e</sup> édition, mise à jour<sup>e</sup> éd.). Paris: Presse universitaire de France.
- Le Breton, D. (2016). *L'interactionnisme symbolique*. Paris.
- Léger, M.-F. (2013, 2013/07/23). Herboristerie: le naturel en pharmacie. *La Presse+*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201307/23/01-4673449-herboristerie-le-naturel-en-pharmacie.php>
- Lévy, J. J. et Thoër, C. (2008). Usages des médicaments à des fins non médicales chez les adolescents et les jeunes adultes: perspectives empiriques. *Drogues, santé et société*, 7(1), 153-189.
- Linteau, P.-A., Durocher, R., Robert, J.-C. et Ricard, F. (1989). *Histoire du Québec contemporain. Tome II. Le Québec depuis 1930. Nouvelle édition révisée*. Montréal: Boréal.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.

- Malboeuf, M.-C. (2014, 2014-02-14). La jungle des produits naturels: Quand maigrir rend malade. *La Presse*. Repéré à <http://plus.lapresse.ca/screens/489c-48b0-52fd3984-911c-18f7ac1c6068%7CH2EwZ2kh- OT.html>
- Mallet, L. (2016). La cascade médicamenteuse : comment la prévenir, la détecter et résoudre les problèmes qu'elle engendre. *Pharmactuel*, 49(2), 136-139.
- Martin, A. (2001). Les "aliments": du marketing à la santé publique. *Oléagineux, Corps Gras, Lipides*, 8, 310-311.
- Martin, J. (2000). Le médicament: éclairage à partir d'une expérience de santé publique. *La Lettre*, 6-8.
- Martucelli, D. (2007). *Sociologies de la modernité : L'itinéraire du XXe siècle*. Paris: Gallimard.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Massé, R. (1999). La santé publique comme nouvelle moralité. Dans P. Fortin (dir.), *La réforme de la santé au Québec* (p. 155-174). Montréal: Les Éditions Fides.
- Mauss, M. (1934). *Les techniques du corps: Les classiques des sciences humaines*.
- Mays, N. et Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *BMJ*, 311, 109-112.
- McGregor, K. J. et Peay, E. R. (1996). The choice of alternative therapy for health care: testing some propositions. *Social science & medicine*, 43(9), 1317-1327.
- Méchin, O. (2016). Le harcèlement thérapeutique ou l'excès du maintien de l'autonomie en EHPAD. *Éthique et santé*, 13, 20-25.
- Mehta, D. H., Gardiner, P. M., Phillips, R. S. et McCarthy, E. P. (2008). Herbal and Dietary Supplement Disclosure to Health Care Providers by Individuals with Chronic Conditions. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(10), 1263-1269.
- Millar, W. J. (1997). Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 88(3), 154-158.
- Ministère du Développement économique de l'Innovation et de l'Exportation (2010). *Les produits de santé naturels: des occasions d'affaires à exploiter*. Gouvernement du Québec.
- Montbriand, M. J. et Laing, G. P. (1991). Alternative health care as a control strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 325-332.
- Nardi, C. (2017). Les Québécois champions de l'absentéisme au travail. Dans TVA (Réalisateur), *TVA Nouvelles*. Montréal. Repéré à <http://www.tvanouvelles.ca/2017/11/10/les-quebecois-sont-champions-de-labsenteisme-au-travail-1>
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C. et Murphy, S. (1998). Health Locus of Control and Health Behaviour. *Journal of Health Psychology*, 3(2), 171-180.

- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.
- O'Connor, B. B. (2000). Conceptions of the Body in Complementary and Alternative Medicine (*Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 39-60). Amsterdam: Routledge.
- Olivier, R. (2017). Les Québécois champions de l'absentéisme au travail, *TVA Nouvelles*. Montréal. Repéré à <http://www.tvanouvelles.ca/2017/11/10/les-quebecois-sont-champions-de-labsenteisme-au-travail-1>
- Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*. Communication présentée Conférence internationale sur la Santé, New York. Repéré à <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Otero, M. et Collin, J. (2016). Insiders, smart drugs et pharmaceuticalisation : éléments pour une typologie de la nouvelle déviance conformiste. *Cahiers de recherche sociologique*(59-60), 172-173.
- Pistard P264. ((sans date)). Fonds Jean-Marc Brunet 1940-2011. Repéré à [http://pistard.banq.qc.ca/unite\\_chercheurs/description\\_fonds?p\\_anqid=201705171848197764&p\\_centre=06M&p\\_classe=P&p\\_fonds=264&p\\_numunide=2231](http://pistard.banq.qc.ca/unite_chercheurs/description_fonds?p_anqid=201705171848197764&p_centre=06M&p_classe=P&p_fonds=264&p_numunide=2231)
- Poliquin, H. (2015). Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation. *Aporia*, 7(1), 17-29.
- Pope, C. et Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311, 42-43.
- Prabu, S. L., Suriyaprakash, T., Dinesh, K., Suresh, K. et Ragavendran, T. (2012). Nutraceuticals: a review. *Elixir Pharm*, 46, 8372-8377.
- Provenzano, F. (2014, 2018-02-18). Doxa. Repéré à <http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/57-doxa>
- Radio-Canada. (2015). Un médecin de famille pour tous à l'horizon 2018, *Ici Radio-Canada*. Montréal. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/722314/omnipraticiens-quebec-sante-barrette-godin-quotas>
- Robitaille, C. et Collin, J. (2016). Prescription Psychostimulant Use Among Young Adults: A Narrative Review of Qualitative Studies. *Substance Use & Misuse*, 51(3), 357-369.
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, culture & society*, 18(6), 1-30.
- Roustand, F. (2000). L'effet placebo: conséquence d'un rite. *La Lettre*, 20-22.
- Sackett, D., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *BMJ*, 312, 71-72.

- Santé Canada (2003). *Règlement sur les produits de santé naturels* (n° DORS/2003-196). Ottawa.
- Santé Canada (2011). *Natural Health Product Tracking Survey - 2010 Final Report* (n° POR 135-09 HCPOR-09-25). Ottawa.
- Santé Canada (2014). Direction des produits de santé naturels et sans ordonnance. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/directions-generales-agences/direction-generale-produits-sante-aliments.html>.
- Schachter, L., Weingarten, M. A. et Kahan, E. E. (1993). Attitudes of Family Physicians to Nonconventional Therapies. *Arch Fam Med*, 2, 1268-1270.
- Sirois, F. M. et Gick, M. L. (2002). An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social science & medicine*, 55(6), 1025-1037.
- Snyderman, R. et Weil, A. T. (2002). Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. *Archives of Internal medicine*, 162(4), 395-397.
- Sofaer, S. (1999). Qualitative Methods: What Are They and Why Use Them? *Health Services Research*, 34(5), 1101-1118.
- Suissa, V., Castillo, M. C. et Blanchet, A. (2016). Le recours aux médecines complémentaires et alternatives (MCA) face aux incertitudes de la médecine allopathique. *Psycho-Oncologie*, 10(4), 272-280. doi: 10.1007/s11839-016-0599-6
- Taylor, S. C. M., De Lemos, M. L., Jang, D., Annable, D., Mithani, S., John, L., . . . O'Brien, R. K. (2008). Impact on patient satisfaction with a structured counselling approach on natural health products. *Jonco pharm practice*, 14(1), 37-43.
- Thibault, G. (2006). Les ratés de la médecine douce [Television]. Dans SRC (Réalisateur). Montréal.
- Thomson, P., Jones, J., Evans, J. M. et Leslie, S. L. (2012). Factors influencing the use of complementary and alternative medicine and whether patients inform their primary care physician. *Complementary Therapies in Medicine*, 20, 45-53.
- Truant, T. et Bottorff, J. L. (1999). Decision making related to complementary therapies: a process of regaining control. *Patient education and counseling*, 38(2), 131-142.
- Vallée, P. (2008, 2008-03-12). "On a oublié l'efficacité des plantes médicinales". *Le Devoir*.
- Van Der Geest, S. et Whyte, S. R. (1989). The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4), 345-367.
- Van Der Geest, S., Whyte, S. R. et Hardon, A. (1996). The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach. *Annu. Rev. Anthropol.*, 25, 153-178.
- Wellman, B. (2000). Partners in Illness: Who Helps When You Are Sick? (*Complementary and Alternative Medicine : Challenge and Change* (p. 143-164). Amsterdam: Routledge.



Wiles, J. et Rosenberg, M. W. (2001). 'Gentle caring experience': Seeking alternative health care in Canada. *Health & Place*, 7(3), 209-224.

# **ANNEXE I : Lettre de présentation**

Montréal, [date de l'entrevue]

Bonjour,

Je vous remercie de nouveau de bien vouloir participer me consacrer de votre temps pour participer à cette entrevue. En guise de rappel, je me nomme Trinh Phan et je suis une étudiante à la maîtrise en sociologie à l'Université de Montréal.

Je vais vous interviewer dans le cadre de la recherche pour mon mémoire de maîtrise sur la consommation des produits de santé naturels par les jeunes du Québec. Ma recherche tente de comprendre les représentations que les jeunes comme vous ont envers les produits de santé naturels ainsi que vos raisons de consommer ces produits. Si vous n'y voyez pas d'objection, j'enregistrerai la totalité de l'entrevue, afin de mieux retenir vos propos.

Bien entendu, à l'exception de ma directrice de recherche, madame Johanne Collin de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, et de moi-même, tout ce que vous me direz durant l'entrevue restera strictement confidentiel. Les données recueillies seront conservées en lieu sûr et les enregistrements détruits sept ans après la fin du projet. Seules les données qui ne peuvent pas vous identifier seront conservées après cette période. L'entrevue devrait durer environ 1 heure.

Merci de votre collaboration,

---

Trinh Phan

## **ANNEXE II : Guide d'entretien**

### A) Informations générales

1. Parlez-moi en peu de vous. Qui êtes-vous?
  - 1.1 Si le participant est un étudiant :
    - 1.1.1 Où étudiez-vous et en quoi?
    - 1.1.2 Que pensez-vous de vos études?
  - 1.2 Si le participant est un employé :
    - 1.2.1 Que faites-vous comme travail? Où travaillez-vous?
    - 1.2.2 Que pensez-vous de votre travail?

### B) Usages des produits de santé naturels

2. Expliquez-moi pourquoi vous utilisez des produits de santé naturels. Pour quelles raisons les utilisez-vous?
  - 2.1 Quels sont leurs avantages? Quels sont leurs inconvénients?
  - 2.2 Que représentent les produits de santé naturels pour vous?

### C) Première expérience des produits de santé naturels

3. Racontez-moi votre première expérience de consommation de produits de santé naturels.
  - 3.1 Quand était-ce? Quel produit?
  - 3.2 Quelles étaient vos impressions?

### D) Connaissances et influences des PSN

4. Racontez-moi comment avez-vous pris connaissances des produits de santé naturels. Par qui? Par quoi?

### E) Réactions des autres

5. Y a-t-il des personnes qui consomment des produits de santé naturels dans votre entourage?
  - 5.1 Si oui, que représentent les produits de santé naturels pour elles?
  - 5.2 Est-ce que ces personnes savent que vous prenez des produits naturels? Si oui, comment ont-elles réagi?
6. Y a-t-il des personnes qui ne consomment pas de produits de santé naturels dans votre entourage?
  - 6.1 Si oui, savez-vous pour quelles raisons qu'elles n'en consomment pas?
  - 6.2 Savent-elles que vous en consommez? Si oui, comment ont-elles réagi?
  - 6.3 Si non, leur avez-vous dit que vous en prenez? Et si oui, comment ont-elles réagi?

F) Représentations de la santé

7. Expliquez-moi que représente la santé pour vous.
  - 7.1 Pour vous, qu'est-ce qu'une bonne santé? Qu'est-ce une mauvaise santé?
  - 7.2 Dans quel état devrez-vous être pour vous décrire « être en santé »?

G) Représentations du « naturel »

8. Expliquez-moi que représente pour vous ce qu'est le « naturel »?

H) Perceptions de l'usage des produits de santé naturels pour des fins de performance

9. Expliquez-moi que représente la performance pour vous?
10. Que pensez-vous du fait que des produits de santé sont utilisés pour des fins de performance? Expliquez.

I) Données sociodémographiques

Maintenant, je vais vous poser des questions d'ordre sociodémographique.

11. Quel est le lieu de naissance de votre père? De votre mère? Et vous?
12. Quel métier exerce votre père? Votre mère?
13. Où avez-vous grandi?
14. Quelles écoles avez-vous fréquentées? Où?
15. Quelle est la scolarité la plus élevée que vous avez atteinte?
16. Quelle est votre année de naissance?
17. Quel est votre code postal?

Merci de votre collaboration.

## ANNEXE III : Affiche de recrutement

# PARTICIPANTS RECHERCHÉS

Des participants sont recherchés pour participer à des entrevues pour une recherche sociologique sur la consommation des produits de santé naturels au Québec.

Vous serez invités à parler de vos expériences de consommation des produits de santé naturels. Les entrevues sont d'une durée d'environ 1 heure et vous pouvez choisir la date, le lieu et le moment qui vous conviennent. Pour participer, vous devez :

- Avoir consommé des produits de santé naturels depuis au moins 6 mois;
- Être âgés entre 18 et 34 ans;
- Être à temps plein aux études ou au travail.

Pour toutes informations supplémentaires, veuillez communiquer avec Trinh Phan aux coordonnées suivantes :

Courriel :



Téléphone :

