

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Parcours thérapeutiques en médecines alternatives Therapeutical routes in alternative medicine Recorridos terapéuticos en las medicinas alternativas

Anne Quéniart, Patrick Chabot, Suzanne Walsh and Patricia Jobin

Number 24 (64), Fall 1990

Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1033935ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1033935ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Quéniart, A., Chabot, P., Walsh, S. & Jobin, P. (1990). Parcours thérapeutiques en médecines alternatives. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (24), 43–50.
<https://doi.org/10.7202/1033935ar>

Article abstract

This article presents the results of qualitative exploratory research on the meaning of the recourse to alternative medicine (chiropractic, acupuncture, homeopathy, hypnotherapy, osteopathy, etc.) by Montreal users. The recourse to such other therapies is seen to indicate more than the desire to cure an illness that medicine cannot help any further, to signify something other than a request for treatment. It is the expression of a quest for well-being which embodies a need to make sense of illness and life. The reasons for turning to alternative medicine thus correspond less to a logic of therapeutical effectiveness than to a need for attention, listening and understanding, and to a search for meaning, a need to both believe in and understand what is happening.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1990

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Parcours thérapeutiques en médecines alternatives

Anne Quéniaert

avec la collaboration de Patrick Chabot,
Suzanne Walsh et Patricia Jobin

En 1988, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, aussi appelée commission Rochon, a remis au gouvernement du Québec un volumineux rapport dans lequel on peut lire, entre autres choses, que 28,5 % de la population recourt aux médecines douces¹ (p. 294) ; pour certaines affections, tels les maux de dos, le chiffre atteint 50 %. C'est dire que de plus en plus de personnes échappent, du moins pour un temps, au système de santé officiel. Pourquoi prennent-elles ce parti ? Pour quels motifs ou avec quelles motivations consulte-t-on un praticien de la médecine alternative², malgré l'illégalité qui entoure ce champ d'exercice

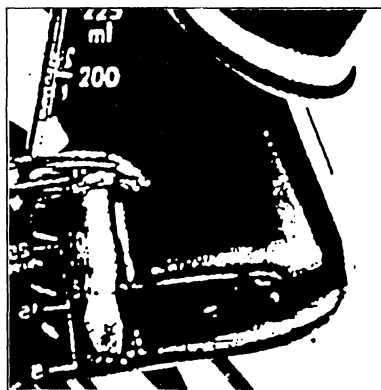
(Martel, 1987) ? À quelle démarche ce choix correspond-il ? Est-ce là recherche d'une expérience « exotique », critique de la Raison, remise en cause du monde technicien, besoin de donner un sens autre que « scientifique » à la maladie ? Ces questions sont à l'origine d'une recherche exploratoire qualitative que nous avons menée auprès de la clientèle des médecines douces, dont on sait encore peu de chose au Québec. En effet, malgré l'ampleur et la visibilité sociale croissante des pratiques médicales alternatives, on n'a guère d'analyses en profondeur sur les acteurs du phénomène, soit les praticiens³ et les usagers. Les informations que l'on possède à l'égard de ces derniers sont

essentiellement de type socio-démographique. Ainsi, les différents sondages effectués ces dernières années, tant en Europe qu'en Amérique du Nord, montrent que la clientèle des médecines douces est en majorité féminine — comme celle des services de santé officiels — et consulte à tous les âges (de 18 à 50 ans, mais surtout entre 35 et 50 ans) ; sur une base annuelle, le taux de recours varie de 6 % à 24 % selon les pays et selon les médecines alternatives ; la clientèle est plutôt fortement scolarisée et regroupe essentiellement des membres des professions libérales, des employés (services, vente) et des cadres supérieurs (Bouchayez, 1986 ; Sofres, 1985 ;

Jutras, 1987 ; Laplantine et Rabeyron, 1987 ; Dos Santos, 1989 ; Renaud et autres, 1987)⁴.

Ces données, si intéressantes soient-elles, ne permettent pas de comprendre le sens du recours aux médecines douces dans une société comme la nôtre. C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire de donner la parole à des usagers et usagères afin de saisir, de leur point de vue, leurs trajectoires thérapeutiques et leurs valeurs face à la santé. Sur le plan méthodologique, nous avons opté, en raison de la nature des questions auxquelles nous voulions trouver réponse, pour une approche qualitative⁵. Nous avons réalisé des entrevues semi-directives au cours desquelles quatre thèmes principaux étaient abordés⁶ : 1) le processus menant à la consultation d'un praticien alternatif (pourquoi et comment devient-on un usager des médecines douces ?) ; 2) la description et la perception des visites (relation usager-praticien, rituels, différences avec une consultation chez un médecin) ; 3) les représentations de la santé et de la maladie (conceptions du corps, définitions de la santé, de la maladie, etc.), 4) les opinions et attitudes sociopolitiques (points de vue sur la légalisation des médecines alternatives, sur l'écologie, sur la place de l'État en regard de la santé publique, etc.). Les entrevues ont

ensuite été complétées par un questionnaire plus général sur l'univers socio-culturel de la clientèle⁷. De façon concrète, 20 personnes ont été interrogées⁸, soit 14 femmes et 6 hommes de 25 à 58 ans, pour la plupart nanti-e-s d'un diplôme d'études collégiales (14-15 ans de scolarité). Une dizaine de répondants étaient célibataires, les autres étaient pour moitié marié-e-s (en droit ou de fait), pour moitié divorcé-e-s ou séparé-e-s. Dix-neuf étaient sur le marché du travail, certains à temps partiel, la plupart à temps plein, travaillant surtout comme employés (services, vente, bureau) ; quelques-uns étaient cadres moyens ou supérieurs. Sur le plan du revenu, cinq personnes se situaient en deçà de 10 000 dollars, huit entre 10 000 et 20 000 dollars, et cinq entre 20 000 et 40 000 dollars ; un autre dépassait 40 000 dollars et un dernier 50 000 dollars. Ce sont les principaux éléments du parcours thérapeutique de ces usagers et usagères que nous présentons ici, parcours qui témoigne d'une même quête de sens⁹.



Les motifs du recours aux médecines alternatives

Il convient d'emblée de préciser que notre recherche couvre 16 pratiques alternatives et 67 thérapeutes différents¹⁰. En effet, les personnes interrogées ont fréquenté en moyenne trois théra-

peutes. Seulement trois d'entre elles n'ont consulté qu'un praticien ; toutes les autres en ont consulté deux, trois et même quatre, pratiquant parfois la même thérapie (par exemple deux ostéopathes), parfois tous des thérapies différentes. On passe à cet égard du chiropraticien à l'acupuncteur et à l'hypnothérapeute ou du massothérapeute à l'iridologue puis à l'homéopathe, c'est-à-dire d'une tradition thérapeutique à une autre, et donc d'une philosophie de soins à une autre, sans que cela semble poser de problèmes. Bien que conscients de certaines différences entre les thérapies, les usagers n'y voient aucun obstacle dans leur recherche de mieux-être. Au contraire, disent-ils, « elles se complètent toutes », chacune répondant à un besoin spécifique. On va voir que la démarche des usagers dépasse cependant ce qui semble être, de prime abord, une demande de services répondant à une stricte logique de besoins.

Les motifs du premier recours à la médecine alternative

À l'origine du premier recours il y a, pour toutes les personnes interrogées, un problème de santé de type chronique ou répétitif (douleurs ostéoarticulaires, allergies, migraines, etc.), auquel s'ajoute, pour quelques-unes, un problème lié au bien-être (« stress », insomnies). Dans tous les cas, la demande exprimée par l'usager, c'est-à-dire la finalité de la consultation, c'est la guérison : il recherche des soins de type curatif, il veut régler son problème de santé ou plutôt il veut que quelqu'un le règle (il veut *être* guéri). S'il décide de se tourner spécifiquement vers un praticien alternatif, c'est pour deux raisons. La première concerne l'expérience qu'il a eue dans le système biomédical. On entend souvent dire à ce propos

que les gens ne consultent les praticiens alternatifs qu'en dernier recours, voire en désespoir de cause. L'on retrouve effectivement cette situation (« j'avais tout essayé mais mon asthme revenait tout le temps, alors je n'avais plus rien à perdre ») mais ce n'est pas celle qui domine dans notre étude. Dans beaucoup de cas, les usagers optent pour un praticien alternatif bien avant d'avoir épuisé toutes les ressources du système de soins officiel. Ils espèrent ainsi trouver une solution de rechange soit au traitement offert en médecine, soit au diagnostic posé par leur médecin sur les causes de leurs maux ou de leur douleur :

La dernière fois que je me suis blessé, le médecin m'a donné cinq semaines de congé-maladie avec toutes sortes de pilules. J'étais rendu zombie là, c'était des anti-inflammatoires, des anti-douleur, des anti-ci, des anti-ça. À un moment donné tu te dis : faut arrêter ça (homme, 27 ans, commis-vendeur).

Je me suis ramassée avec une vertèbre coincée dans le cou [...]. J'ai eu ça trois fois depuis quatre ans. À l'hôpital, on me disait : « t'es trop nerveuse, tu devrais prendre des pilules pour te calmer ». La dernière fois que ça m'est arrivé, le médecin m'a dit encore une fois que j'étais trop nerveuse. Là, je trouvais que ça charriait un peu, que ça n'avait pas de sens [...]. J'ai abouti finalement chez le chiro et quand il m'a vue, il a dit qu'il y avait effectivement un problème (femme, 28 ans, étudiante).

À travers la recherche d'un diagnostic qui corresponde à ce qu'ils ressentent — voire à ce qu'ils croient savoir —, les usagers expriment une demande d'être écoutés et pris au sérieux. Plus généralement, tout comme la clientèle des services et groupes alternatifs (Dumais et Lévesque, 1986), celle des médecines douces a opéré une démarche de distanciation critique face au système de santé officiel, auquel on reproche son incapacité de porter attention aux individus, d'avoir ce que certains appellent « une approche client » :

Un médecin, tu lui dis que tu as telle affaire, que ça se peut que ce soit des pierres au foie, il peut aussi bien te répondre que t'es pas médecin tandis qu'un chiro ou un acupuncteur vont être plus à l'écoute de ce que tu vas dire. [...] Quand je vais dans les urgences, et que je vois les gens, de quelle façon ils sont reçus, j'ai pas toujours une bonne opinion de tous les médecins, il ne sont pas attentifs aux gens qui peuvent être malades, déjà c'est pas drôle d'être malade, si en plus tu as un médecin qui n'est pas capable de t'écouter ou qui ne te prend pas tellement au sérieux... (femme, 38 ans, secrétaire).

Dans cette recherche d'une solution de rechange, le milieu socio-culturel (famille, amis, collègues de travail, voisins) joue un rôle important. C'est souvent sur les conseils ou la recommandation d'un proche, usager lui-même d'une ou plusieurs thérapies douces, que l'on entre en contact pour la première fois avec ces autres médecines. Il semble y avoir au Québec, comme en Italie (Lalli, 1986), un véritable réseau de référence profane, informel, « souterrain », fondé sur la recommandation personnelle, le bouche à oreille entre personnes qui ont recours aux praticiens alternatifs. Le choix du thérapeute et de la thérapie se fait donc sur une base affective et intuitive ; peu d'informations objectives circulent, sans doute en raison de l'illégalité de la plupart des thérapies. À cet égard, la connaissance qu'ont les usagers des pratiques vers lesquelles ils se tournent se ramène souvent à des images assez stéréotypées : « pour moi, l'ostéopathie, ça avait à voir avec les os », « le chiro, ce que j'en savais, c'est que ça fait craquer », « en homéopathie, on m'avait dit que ça traitait avec plein de petites pilules ». En fait, lorsqu'un usager demande ou reçoit des informations sur une thérapie, il s'intéresse d'abord à la personne du praticien (« comment est-il » ?) ¹¹.

Les motifs des recours subséquents à la médecine alternative

Les recours subséquents ont lieu aussi pour des maladies chroniques (différentes en général de celles du premier recours). Cependant, les motifs évoluent au fil du traitement, passant du désir de régler un problème de santé précis à une volonté d'améliorer son état de santé général et son bien-être. Ce qui change surtout, c'est la finalité du traitement : on y va dorénavant plus pour se soigner — et apprendre à le faire — que pour être guéri, d'une part, et dans un but de prévention ou d'entretien du corps, d'autre part :

Pour moi, c'est comme de plus en plus préventif. Quand je vais la voir (l'acupunctrice), on dirait que ça me garde dans le bon chemin. On dirait qu'en sachant que je vais la voir, je ne veux quand même pas qu'elle me trouve dans un état pire qu'avant, alors c'est comme si ça m'aidait à me garder en main et à ne pas retomber dans des mauvaises habitudes (femme, 50 ans, administratrice).

D'ailleurs, certains perçoivent les médecines alternatives comme étant justement, et au contraire de la médecine officielle, vouées à la prévention et douées pour cela :

Eux (les thérapeutes alternatifs), ils sont là au départ pour éviter la maladie, garder une bonne forme et une bonne santé (femme, 45 ans, analyste).

J'ai l'impression que la médecine c'est plus pour réparer les pots cassés quand c'est possible, tandis que celle-là elle empêche les choses de se passer, elle empêche la santé de se détériorer (femme, 58 ans, gérante).

Ce qui amène les usagers et usagères à se tourner de nouveau spécifiquement vers des praticiens alternatifs, c'est encore une insatisfaction face aux soins reçus ou que l'on pourrait recevoir chez le médecin pour ces autres problèmes, ou parce que le « service » (par exemple, rebalancement de l'énergie) n'est pas offert dans le système de santé. Cependant,

d'autres facteurs interviennent. Tout d'abord, on revient à la médecine alternative parce que l'on est satisfait du premier praticien. Si tous les usagers interrogés ont quand même changé de thérapeute et de thérapie, c'est, dans certains cas, parce que le problème de santé l'exigeait (« pour des allergies, un acupuncteur est plus en mesure de t'aider qu'un chiro »). Mais c'est surtout par curiosité : « j'avais le goût de connaître d'autres façons de faire ». Plus généralement, il y avait chez nos répondants, tout comme chez ceux de Scheder, en Suisse, un désir de connaissance, une ouverture à d'autres pratiques, voire à d'autres cultures : « je suis allée voir pour comparer », « c'était pour connaître ce qui se fait ailleurs et pour démystifier ». Enfin, deux autres facteurs interviennent dans les recours subséquents, soit la recommandation

d'un professionnel (rarement un médecin, plus souvent un praticien alternatif) et le désir d'apprendre à s'auto-soigner, lequel est lié à la démarche de prévention dont nous parlions plus haut. Certains usagers vont d'ailleurs aller suivre des cours en ce sens.

Les principaux éléments d'appréciation des recours aux médecines alternatives

En réponse à la question sur les résultats des consultations, la plupart des usagers se sont dits guéris ou soulagés par les traitements :

Moi, ça m'a fait disparaître complètement mes symptômes, et les problèmes que j'avais sont complètement partis et ne sont pas revenus. Et ça, ça m'a donné une sensation de bien-être général, global, qui était plus que de dire que je n'avais plus d'allergies. Je me sentais bien partout (femme, 50 ans, administratrice).

Cependant, l'efficacité thérapeutique est loin d'être un élément central dans le discours des répondants. La notion de foi est tout aussi importante. Plusieurs personnes semblent avoir intégré en effet la définition de la guérison comme démarche liée au fait de « croire en elle », « d'être positif », « d'avoir des pensées positives » :

Quand j'ai commencé à avoir ces traitements-là (de chiropractie), j'allais déjà mieux et c'était pas imaginaire. Mais je sais quand même depuis longtemps que la foi c'est important dans tout. [...] Mon médecin présentement c'est un naturopathe. [...] Quand je suis allée le voir, c'était pas la foi ou le manque de foi, j'avais un problème puisque je suis allée le consulter. C'est que j'avais un problème à la thyroïde, alors j'ai pris des gouttes d'iode. Et au bout de deux jours j'étais correcte. Est-ce que c'est seulement la foi, je ne sais pas, mais ça m'a aidée (femme, 58 ans, gérante d'une boutique).

Tout le monde s'entend aujourd'hui, même dans le domaine biomédical, pour reconnaître la part importante de la foi dans la guérison. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la

santé inclut maintenant les aspects spirituels dans sa définition même de la santé. Cependant, on en tient peu compte dans la pratique, laissant un espace de vide que rempliraient les thérapeutes alternatifs. Ces derniers, en effet — et ce, quelle que soit la tradition à laquelle ils appartiennent —, ont en commun non seulement « l'importance de l'approche corporelle et de la communication non verbale » mais aussi et surtout « le rejet de la frontière marquée entre souci thérapeutique et recherche de l'épanouissement personnel » (Herniaux, 1987 : 33). De la sorte, tous les symptômes doivent être pris en considération, qu'ils soient physiques, physiologiques, affectifs, sociaux ou spirituels. En outre, selon le paradigme holistique, de la même façon que l'individu participe au développement de la maladie, il joue un rôle dans le processus de guérison. Cette insertion du spirituel dans la relation thérapeutique est peut-être d'autant plus recherchée qu'aujourd'hui les gens n'ont plus d'idéologie globale à laquelle se référer, que les rituels et les coutumes disparaissent (Prayez, 1986 ; Barel, 1984).

Par ailleurs, la guérison est également perçue par les usagers et usagères comme un processus à long terme, impliquant un travail sur soi. En fait, à lire les entrevues, on découvre que la santé demande un renoncement¹², un sacrifice, et même implique une perte de jouissance de la vie en raison de l'observation stricte de codes de « bonne conduite » (surveiller son alimentation, se coucher tôt, etc.). Il y a à cet égard chez certains une sorte de nostalgie du temps où ils avaient « de mauvaises habitudes de vie ».

C'est dur, des fois je ne suis plus capable de me conditionner, mais tranquillement j'élimine les cochonneries. [...] Ça fait trois mois. Je mangeais des grosses pizzas, du steak haché 20 minutes avant de me cou-



cher et je trouvais ça bon ! J'allais me chercher des grosses poutines dans le temps à Rimouski. Ah que c'était bon ! [...] L'alimentation, c'est important. Juste le fait de changer va apporter différentes réactions au corps, il va être plus énergétique (homme, 27 ans, commis-vendeur).

Dans la démarche vers la guérison ou vers un mieux-être, le praticien est un personnage central. D'ailleurs, c'est surtout de lui qu'on parle dans toutes les entrevues et pour tous les recours, en utilisant un registre presque exclusivement affectif : on le dit doux, gentil, fort, puissant, attentionné, à l'écoute, sympathique, capable de comprendre les problèmes, etc. On parle de lui en tant que *personne* et non comme professionnel de la santé. Les deux mots clés qui reviennent comme un leitmotiv dans les entretiens sont le respect de la personne et la confiance, laquelle vient de la compétence même du praticien :

[C'était] une relation amicale, de confiance, sincère et très humaine (homme, 32 ans, cuisinier).

C'est une petite bonne femme sérieuse, elle est super-compétente, elle n'arrête pas de se perfectionner, elle est déterminée et je sais qu'elle ne me fera pas n'importe quoi et que si elle ne peut rien faire, elle va me le dire (femme, 41 ans, secrétaire).

Lorsque j'étais accompagnée par un ou une thérapeute j'ai toujours eu une relation de confiance, de respect et de « caring ». Ce mot évoque pour moi le sentiment que j'étais importante à leurs yeux et unique (femme, 34 ans, conseillère en gestion).

Outre les attitudes du praticien, les usagers s'attachent à décrire le type de soins qu'ils reçoivent. Beaucoup apprécient les soins corporels qu'on leur prodigue : on parle ainsi de la chaleur des mains, de la force ou de la puissance des bras, de la douceur du toucher, etc. :

Question — Comment décririez-vous cette massothérapeute ? *Réponse* — Ferme. *Question* — Ferme ? *Réponse* — Oui, c'est une personne toute petite, toute menue, mais quand elle masse tu as l'impression

que c'est des mains grosses comme ça qui te massent, ça ramasse tout, il y a une puissance dans les mains (femme, 50 ans, administratrice).

Il y avait un traitement, il y avait des rouleaux, ils te massaient la colonne, ça partait du cou, ça descendait et ça remontait, c'était le bonheur ça. [...] J'avais mal dans tout le dos, mais surtout dans le cou. Alors elle est allée chercher avec ses doigts la douleur et elle l'a enlevée [...] c'était avec des pressions et des touchers pour arriver à exorciser la douleur, la sortir. En même temps, elle me disait comment respirer (femme, 58 ans, gérante).

Cet accent mis sur le corps vient bien sûr¹³ du fait que les thérapies « utilisées » par les usagers de notre étude sont majoritairement de type « manipulations manuelles » (massothérapie, ostéopathie, chiropractie). Il n'empêche que c'est un type de soins recherché et que les usagers apprécient, mais dans la mesure où (et cela est intéressant) il se conjugue à des soins de type affectif. En effet, l'on semble désirer surtout des soins « qui font du bien au corps et du bien à l'âme » (femme, 45 ans, analyste) :

Le contact avec elle a été absolument extraordinaire parce qu'elle a su me recevoir pas seulement physiquement mais me recevoir dans ce que je vivais au niveau affectif à ce moment-là (homme, 37 ans, réalisateur).

Il (l'iridologue) est bien chaleureux, il prend soin de toi, tu sais, il te met pas dans un coin, pis « attends ». Il est bien attentionné (homme, 32 ans, cuisinier).

Les usagers recherchent donc des soins au sens premier de ce terme, à savoir au sens d'attention. C'est d'ailleurs là le sens même du mot thérapeute, qui vient du grec « therapeuein », « servir, s'occuper de, entretenir le corps et l'âme, et par extension soigner » (Prayez, 1986 : 69). Le modèle de relation thérapeutique valorisé n'est donc pas de type expert-profane ou maître-disciple au sens de la tradition chinoise¹⁴, mais bien de type parent-enfant, l'un apprenant à l'autre à faire ses

premiers pas dans la vie — au sens propre et au sens figuré — et le protégeant contre les dangers de l'extérieur. La figure maternelle est d'ailleurs une image qui revient à plusieurs reprises dans les descriptions du thérapeute et, fait intéressant à noter, dans les entrevues des femmes exclusivement :

Elle (l'acupunctrice) a 50 ans, elle me fait penser à une bonne grand-mère qui, quand vous êtes malade, va vous frictionner, vous dire ce qu'il y a à faire (femme, 43 ans, secrétaire administrative).

J'étais traitée comme moi j'aurais reçu mon enfant ou à peu près. [...] J'ai calculé que j'ai eu les mêmes soins que moi j'aurais donnés à mon enfant, en tout cas quand il est malade (femme, 46 ans, étudiante, ex-infirmière).

La confiance, « l'humanité », l'écoute et le respect de la personne sont des qualités que tout thérapeute doit posséder selon les usagers. D'ailleurs, certains ont laissé tomber un traitement, pourtant décrit comme efficace, pour des raisons affectives : ils n'appréciaient pas le thérapeute, décrit comme étant « trop expéditif », « pas attentionné du tout », ne pensant « qu'à faire de l'argent ».

En plus de jouer le rôle d'ami ou de confident, le thérapeute est un formateur, un « guide », disent plusieurs des personnes interrogées. Elles renvoient ainsi au fait que le thérapeute aide à cheminer et surtout transmet le savoir nécessaire pour que l'utilisateur arrive, sinon à éviter les maladies courantes, du moins à se soigner ; c'est souvent par l'intermédiaire du thérapeute qu'il apprend à connaître son corps et ses symptômes, et même à mieux se connaître, c'est-à-dire à reconnaître ses limites ou au contraire ses capacités d'autonomie :

Il y a certaines choses que j'ai découvertes du massage [...] c'est que la personne qui te touche te fait sentir ton corps en même temps qu'elle le sent (homme, 32 ans, cuisinier).

48

Ça m'a fait découvrir des choses sur moi-même, en même temps, ça me fait du bien, ça me renforce pour continuer à changer des choses (femme, 45 ans, analyste).

Ça a abouti finalement sur une plus grande responsabilité de soi, et puis de se prendre en charge, ça veut dire être autonome, dire que s'il arrive quelque chose, c'est moi qui vais pouvoir faire quelque chose, ne pas toujours compter sur l'extérieur pour arriver à un état de bien-être ; comme par exemple je suis malade, puis je m'en vais à la clinique, puis tu te dis bon ben arrangez-moi ça (homme, 37 ans, réalisateur).

C'est dans le but d'acquérir une certaine autonomie face au système de santé (« pour éviter les urgences ») que les usagers effectuent des changements concrets dans leur vie quotidienne. À cet égard, tous disent — et cela confirme les observations de Lalli en Italie et de Scheder en Suisse — avoir modifié leurs habitudes de vie, leurs comportements en matière de santé, de diverses façons : adoption d'une autre alimentation, pratique de techniques de relaxation, changements de posture au travail ou pour dormir, etc. (prévention « active »), recours aux médecines alternatives dans un but d'entretien du corps (pratique préventive, plus « passive ») :

J'ai développé une sorte de philosophie de vie différente, comme par exemple j'essaie de manger des choses saines, je fais beaucoup d'antigymnastique. Tous les jours je m'offre ça, ça me détend (femme, 40 ans, secrétaire).

Comme le remarque Scheder, il y a très nettement, dans les récits des clientèles des médecines alternatives, un avant et un après. Il serait à cet égard intéressant, sur le plan de la santé publique, de savoir si ces personnes gardent leurs nouvelles habitudes de vie, et si oui, si elles consomment donc moins de services et de biens médicaux d'une part, et si elles transmettent ces comportements et attitudes à leurs enfants d'autre part.

En plus de leurs habitudes de vie, certains usagers vont modifier leur façon de vivre en général : « ces expériences-là [massages] ont transformé ma vie dans le sens que j'ai remis en question mon travail, ma carrière, de manière à me rapprocher davantage de moi-même » (homme, 37 ans, réalisateur). D'ailleurs, certains s'engagent personnellement dans une démarche de recherche spirituelle, les conduisant à repenser leur rapport non seulement aux autres mais aussi à l'environnement, à la nature, voire au cosmos :

Ça m'a fait pousser ma réflexion un peu plus loin par rapport à l'ensemble, pas juste le corps humain. Est-ce que c'est typique de ces médecines-là ? Je ne sais pas, mais moi c'est à travers ces médecines-là que je l'ai fait [...] À un moment donné tu te demandes : mais moi, je suis faite pour quoi, là ? Si j'ai été créée, si j'existe, c'est qu'il faut que je sois en harmonie avec quelque chose d'autre, je ne suis pas toute seule, je n'existe pas par moi-même, je fais partie d'un grand tout et je ne sais pas [...] Tu vas vers ailleurs, tu as juste le goût de respecter l'environnement, de considérer l'apport que peuvent avoir les plantes, la nature (femme, 50 ans, administratrice).

Ce type de questionnement revient surtout dans les entrevues de femmes dans la quarantaine et ce n'est pas un hasard selon nous. Cette période, en effet, est le prélude de changements profonds pour elles, tant sur le plan physique et physiologique (transformations du corps, ménopause) que sur le plan social (retraite, départ

des enfants, acquisition du statut de grand-mère), changements parfois synonymes, pour celles qui les vivent, de désordres. Dans cette optique, les thérapies alternatives, en permettant une articulation des plans psychique et physique, rempliraient une fonction de dotation de sens ; leur apport se situe « à ce niveau très humain [...] qui dépasse le concept de mode de soins puisqu'il est aussi de nature existentielle et culturelle » (Azoulay, 1986 : 91).



Conclusion

À travers cette brève description du parcours thérapeutique d'usagers et d'usagères de Montréal, on constate que le recours aux médecines alternatives¹⁵ exprime plus qu'une volonté de guérir une maladie pour laquelle la médecine ne peut plus rien, signifie autre chose qu'une simple demande de services. Il est l'expression d'une quête de bien-être, laquelle porte en elle un besoin de donner sens à la maladie et à la vie. Il témoigne plus généralement d'un malaise face à une société de plus en plus technicisée, fragmentée, marquée par « l'absence ou l'usure des cadres naturels, de la vie sociale, la disparition des perspectives, l'absurdité d'un travail à la fois rare et dépourvu de sens » (Barel, 1984 : 24). On a vu à cet égard que les motifs du recours aux médecines

alternatives répondent moins à une logique d'efficacité thérapeutique qu'à un besoin d'attention, d'écoute, de compréhension et à une recherche de sens, à un besoin à la fois de croire et de comprendre ce qui arrive. Pourquoi moi ? Suis-je malade ? Pourquoi ai-je cette maladie en particulier ? Les praticiens répondent d'autant mieux à cette quête de sens qu'ils utilisent un système explicatif proche de l'expérience des profanes, de leur vie de tous les jours, un langage qui est perçu par les usagers et usagères comme faisant partie de leur univers conceptuel et culturel : consommer, gaspiller ou perdre de l'énergie, soigner le mal par le mal, redonner de l'équilibre, avoir des blocages, etc.

Par ailleurs, au delà d'une valorisation du corps, des sensations, la démarche des usagers et usagères est également porteuse d'une aspiration à l'autonomie au sens que, notamment en matière de santé, « c'est de lui-même que l'individu cherche à obtenir ce qu'il attendait jusque-là du social ou du collectif » (Barel, 1984 : 7). Chez certains, cette recherche d'autonomie passe même par un refus des institutions ou plutôt reflète une attitude réfractaire aux structures, aux normes, qui les amène à être en désaccord avec la légalisation même des médecines alternatives :

J'ai peur des choses qui sont légalisées. Regarde la médecine qui est légale, les médecins sont devenus des... des faiseurs de « gastonguette »¹⁶ (sic) [...] Faudrait trouver, sans légaliser, un moyen d'avoir une réduction [...] C'est toujours inquiétant de faire des normes, des grandes structures, on les vit tellement dans les entreprises [...] Je préfère être égoïste. Que le gouvernement prenne ça en charge, je ne suis pas d'accord (femme, 45 ans, analyste).

Finalement, comme le note Gentis (1980), les nouvelles thérapies mettent de l'avant une idéo-

logie du libre choix et de l'autodétermination qui correspond bien aux valeurs dominantes et aux conduites valorisées dans nos sociétés occidentales modernes.

Anne Quéniart
Département de sociologie
Université du Québec à Montréal
avec la collaboration de
Patrick Chabot
Suzanne Walsh
Patricia Jobin¹⁷

Bibliographie

- AZOULAI, Minou. 1986. « À la recherche du corps perdu », *Autrement*, 85, décembre : 86-91.
- BAREL, Yves. 1984. *La Société du vide*. Paris, Seuil.
- BOILARD, Jean. 1985. « Les approches complémentaires en médecine », dans F. DUMONT et autres, dir. *Traité d'anthropologie médicale*. Montréal, Presses de l'Université du Québec et Institut québécois de recherche sur la culture : 151-177.
- BOUCHAYEZ, Françoise. 1986. « La nébuleuse des autres médecines », *Recherche et avenir*, 365/4, octobre : 317-330.
- DUMAIS, Alfred et Johanne LÉVESQUE. 1986. *L'Auto-santé des individus et des groupes au Québec*. Montréal, Institut québécois de recherche sur la culture.
- ELZIÈRE, P. 1986. « Des médecines dites naturelles », *Sciences sociales et santé*, 4, 2, juin : 39-74.
- GENTIS, René. 1980. *Leçons du corps*. Paris, Flammarion.
- GLASER, B. et A. STRAUSS. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine Press.
- HERNIAUX, Jean. 1987. « Réflexions sur l'évolution récente de l'idéologie européenne occidentale de la santé », dans Collectif (Anne RETEL-LAURENTIN, coord.). *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes*. Paris, L'Harmattan : 27-34.
- JUTRAS, Sylvie. 1987. « Le recours aux médecines douces », *Santé et société*, 9, 3.
- LALLI, Pina. 1986. « La douceur italienne », *Autrement*, 85, décembre : 116-121.
- LAPERRIÈRE, A. 1982. « Pour une construction empirique de la théorie : la nou-

velle école de Chicago », *Sociologie et société*, 14, 1, avril.

LAPLANTINE, F. et P.-L. RABEYRON. 1987. *Les Médecines parallèles*. Paris, PUF.

MARTEL, Paul. 1987. *Médecines douces, médecines illégales*. Montréal, Université du Québec à Montréal, « Les cahiers de sciences juridiques ».

MOULIN, M. 1986. « Le recours aux médecines parallèles : une contre-légitimité de la pensée occidentale », *Sciences sociales et santé*, 4, 2, juin : 90-107.

PRAVEZ, Pascal. 1986. *La Fureur thérapeutique ou la passion de guérir*. Paris, Éd. Retz.

Notes

¹ Nous n'employons pas le terme parallèle pour parler des médecines dites douces parce qu'il connote l'image de deux systèmes qui ne se rencontrent jamais, et c'est d'ailleurs ce qu'il signifie en mathématiques, notamment. Or, au Québec, le système officiel et le réseau alternatif de santé ont de nombreux points de contact (Boilard, 1985 ; Dumais et Lévesque, 1986 ; Rousseau, Saillant et Desjardins, 1989) : des CLSC offrent certaines thérapies douces, plusieurs médecins en intègrent à leur pratique, et il y a même une association de médecins holistiques. C'est pourquoi nous préférons employer l'expression médecines alternatives, qui décrit bien le fait que des gens font un choix entre une médecine officielle et des pratiques qui sont, certes, en dehors du système, mais pas sans lien avec lui. Par ailleurs, le chiffre de 28,5 % comprend le recours aux chiropraticiens et concerne les consultations en général, sans limite de temps.

² Par médecine alternative, nous entendons des pratiques médicales qui se réclament du paradigme holistique et 1) sont en position d'hétérodoxie face aux savoirs et pratiques propres à la médecine officielle (Bouchayez, 1986 : 320), 2) se définissent par rapport à un principe thérapeutique (manipulations ou remèdes) plutôt qu'en fonction d'un ordre nosologique (Elzière), 3) revendiquent le statut de profession, constituant ainsi une contre-légitimité (Moulin). Cette définition nous a conduits à accepter la chiropraxie comme médecine alternative dans notre corpus de départ. À cet égard, la tradition québécoise des « rebouteux » nous portait à faire l'hypothèse que la chiropraxie pouvait constituer une porte d'entrée en médecine

douce. Cette hypothèse semble s'être confirmée dans la mesure où le chiropraticien est souvent le premier thérapeute que l'on consulte, mais presque jamais un praticien de deuxième ou de troisième recours.

³ En ce qui a trait aux praticiens, nous renvoyons le lecteur à la recherche de Rousseau, Saillant et Desjardins (1989) et à leur article de ce numéro.

⁴ Le sondage effectué par l'équipe de Renaud pour la commission Rochon sur les solutions apportées par les Québécois à leurs maux de dos montre que ceux qui consultent en médecine douce ne présentent pas de profil socio-démographique particulier : il y a autant de femmes que d'hommes, d'actifs que d'inactifs, d'instruits que de moins instruits ; il y a peu de variation dans la consommation selon l'âge ; on consulte autant à Montréal et à Québec que dans les autres régions de la province ; la consommation est cependant plus élevée chez les francophones que chez les anglophones et les allophones ; de même, le taux de recours est plus élevé chez les individus dont le revenu familial se situe entre 40 000 et 59 999 dollars que dans les catégories inférieures et supérieures.

⁵ Nous nous situons dans la tradition nord-américaine de la recherche qualitative, empruntant notamment les principes épistémologiques et analytiques de la « grounded theory » (Glaser et Strauss, 1967 ; Laperrrière, 1982).

⁶ Les entrevues, d'une durée de deux heures en moyenne, ont été réalisées par Madeleine Fortin et Anne Quéniart au cours de l'année 1988-1989. Même si nous disposions d'un guide afin d'aborder certains thèmes pour fins de comparaisons systématiques, en revanche, nous laissons le répondant traiter les thèmes qu'il jugeait essentiels à la compréhension de son expérience. Toutes les entrevues ont été retranscrites intégralement et soumises à une

analyse thématique et dynamique. Ensuite, une analyse transversale (comparative) était effectuée (création de catégories conceptuelles, vérification des hypothèses, jusqu'à saturation théorique des données).

⁷ Ce questionnaire se voulait un complément aux entrevues sur certains thèmes comme le type d'alimentation privilégiée, le mode de vie adopté (loisirs, travail, habitation...). Il a été administré aussi en tant que pré-test pour une plus vaste enquête quantitative sur un échantillon représentatif, enquête qui n'a pu se concrétiser à ce jour.

⁸ Travailler sur des phénomènes non encore institutionnalisés n'est pas sans poser de problèmes d'ordre méthodologique, notamment en ce qui a trait à l'échantillon. On ne dispose pas d'une liste de la clientèle des médecines douces qui permettrait de sélectionner un échantillon aléatoire. Comme tenu de cela, nous avons opté pour une technique qui minimise les biais liés à l'auto-sélection des répondants, soit la technique de l'échantillon boule-de-neige, auquel on a ajouté l'idée d'hétérogénéité. Le principe d'hétérogénéité permet de contourner le problème majeur de l'échantillon boule-de-neige, soit « l'enfermement » dans un même milieu. Concrètement, cela a consisté 1) à demander à chaque répondant de dresser la liste des personnes dont il savait qu'elles consultaient des praticiens alternatifs, 2) de ne choisir, dans la mesure du possible, que les personnes les plus différentes de lui (elle) (ex. un homme âgé si le répondant est une femme jeune). Cette technique nous a permis d'obtenir un échantillon varié, diversifié, sinon représentatif de la clientèle des médecines douces.

⁹ L'analyse des données n'étant pas complétée au moment de la rédaction de cet article, certaines dimensions de l'expérience des usagers et usagères (représentations du corps, de la santé, vision du monde) ne peuvent être intégrées à notre présentation, laquelle, du même coup, reste de type descriptif.

¹⁰ Les praticiens mentionnés : chiropraticien (16 mentions sur 20), acupuncteur (12/20), ostéopathe (10/20), massothérapeute (9/20), hypnothérapeute (3/20), naturopathe (3/20), homéopathe (2/20), iridologue (2/20), professeur d'antigymnastique (2/20), fascia-thérapeute (2/20), auriculo-thérapeute (2/20), polarité (1/20), bio-énergie (1/20), guérisseur (1/20), mouvement essentiel (1/20), bains flottants (1/20).

¹¹ Dans notre étude, seulement quelques personnes sont allées consulter des praticiens alternatifs (tous des chiroprati-

ciens) sur recommandation de leur médecin.

¹² D'ailleurs, la maladie est définie par plusieurs sur le mode de l'expiation, et la médecine est comparée à la justice. Voir notre rapport de recherche pour plus de détails.

¹³ Mais pas seulement. Il peut aussi s'expliquer par le fait que, sous l'influence du puritanisme, l'on a longtemps nié l'expression de toute matérialité du corps. Plusieurs témoignages de femmes dans la quarantaine, ayant étudié « chez les soeurs », l'illustrent bien. Voir notre rapport de recherche.

¹⁴ Voir l'analyse de Marie-Andrée Couillard dans ce numéro.

¹⁵ Sur le sens du recours, voir mon article à paraître dans *Santé Culture Health*, automne 1990.

¹⁶ La plupart des personnes appellent « gastonguette » la désormais célèbre « castonguette » ; M. Claude Castonguay présidait la Commission royale d'enquête sur les services de santé (commission Castonguay-Nepveu) à la suite de laquelle a été instituée la carte d'assurance-maladie, physiquement similaire aux cartes de crédit.

¹⁷ Assistants de recherche, P. Chabot, S. Walsh et P. Jobin ont effectué les analyses de contenu (de type thématique et dynamique) des entrevues et, dans le cas de P. Chabot, certaines compilations de données comparatives (nombre de recours, nombre de praticiens, etc.).