

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Les médecines douces. Définitions et origines, enjeux et perspectives (Table ronde) Alternative medicine: definitions and sources, issues and perspectives (Panel) Las medicinas suaves: definiciones y orgenes, planteamientos y perspectivas (Mesa redonda)

Numéro 24 (64), automne 1990

Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1033932ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033932ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1990). Les médecines douces. Définitions et origines, enjeux et perspectives (Table ronde). *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (24), 11–20.
<https://doi.org/10.7202/1033932ar>

Résumé de l'article

Les participants explorent les définitions des médecines douces et leurs filiations; ils essaient de délimiter le champ alternatif, holiste, d'établir le rapport des médecines douces aux médecines traditionnelles ou ancestrales puis à la médecine officielle (ou biomédecine). Ils examinent également les problèmes posés par les aspects économiques et parfois mercantiles de la pratique, ainsi que les dilemmes qu'amèneront les interfaces créées entre médecines douces et médecine officielle dans le contexte d'une intégration des premières à la seconde. Enfin, ils traitent de la situation des médecines douces en rapport avec leurs thèmes culturels majeurs, notamment ceux de l'holisme et de l'énergie.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1990

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

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

Introduction

11

Les médecines douces. Définitions et origines, enjeux et perspectives

Table ronde

Au cours de l'été 1990, la RIAC a organisé, sur le thème « les médecines douces : définitions et origines, enjeux et perspectives », une table ronde à laquelle ont participé Isabelle Brabant, sage-femme, Serge Genest, professeur au Département d'anthropologie de l'Université Laval, Christian Lamontagne, éditeur de la revue Guide Ressources, Jacques Rhéaume, professeur au Département des communications de l'Université du Québec à Montréal, et Boris Voyer, étudiant de troisième cycle au Département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

Ces participants ont été sollicités pour leurs connaissances ou pour leur présence dans le domaine des médecines alternatives au Québec. Ainsi, Isabelle Brabant a été invitée en tant que sage-femme praticienne, engagée depuis de nombreuses années dans le mouvement de la santé des femmes en général et dans le dossier des sages-femmes en particulier ; Serge Genest nous fait bénéficier de son expérience d'anthropologue dans divers contextes culturels, notamment asiatiques, et de sa connaissance des pratiques ancestrales de santé ; Christian Lamontagne est présent à titre d'éditeur du Guide Ressources, revue qui se veut le principal organe du mouvement alternatif au Québec, compte 10 900 abonnés et se vend en kiosque à plus de 10 000 exemplaires ; Jacques Rhéaume a réalisé, avec Robert Sévigny, professeur au Département de sociologie de l'Université de Montréal, une recherche sur les intervenants en santé mentale dans laquelle est abordée la question des approches alternatives associées à des groupes de croissance et à certains groupes spirituels ou psycho-corporels ; quant à Boris Voyer, anthropologue, il travaille depuis douze ans dans certains milieux de la médecine chinoise et s'intéresse notamment à la question de l'organisation de la santé en Chine. Il a produit un mémoire sur la situation de l'acupuncture au Québec et est aussi l'auteur de trois autres mémoires, inédits, sur la situation des ostéopathes, des homéopathes et des sages-femmes, toujours au Québec.

Définitions et filiations

C. L. : Je suis porté à aborder la définition du champ d'un point de vue pratique. D'après ce que je constate, ce qu'on appelle les médecines douces intègre tout ce qui ne fait pas partie de la médecine scientifique, c'est-à-dire toutes les thérapies pour lesquelles on n'a pas encore de preuve selon la méthode scientifique, ou encore celles qui n'ont pas été intégrées par la médecine. Par ailleurs, au sens le plus large et le plus répandu, on peut dire que les médecines douces englobent tout ce dont l'objectif premier est de produire un effet sur la santé physique et psychologique. C'est une définition de travail.

Quant à la filiation, elle n'est pas seulement orientale. Il y a, tout d'abord, des éléments qui viennent d'un savoir ancien. Je pense en particulier à la phytothérapie, qui est une réhabilitation d'une ancienne pratique. Il y en a d'autres qui sont issus de la médecine scientifique, mais par la bande. Je pense à Hahnemann, qui a fondé l'homéopathie, je pense au docteur Bach, lui aussi médecin, qui utilisait des essences de fleurs. Il y a donc une culture de médecine scientifique qui nous mène à des pratiques qui n'en font plus partie. Il existe d'autre part la tradition orientale : l'acupuncture, le shiatsu, etc. Il y a évidemment la psychologie, particulièrement la

psychologie de la croissance, qui a donné lieu à des découvertes sur les thérapies psycho-corporelles. Il ne faut pas oublier non plus une filiation qui vient du mouvement de retour à la nature, lui donnant un cadre culturel. Avec ce mouvement, on a voulu retrouver des racines, des choses plus simples, moins envahissantes. Voilà le cadre culturel de l'éclosion des médecines douces au Québec. D'ailleurs, les principaux protagonistes ont été les jeunes des années 1960, qui sont aujourd'hui dans la quarantaine. Enfin, il y a les découvertes modernes, je pense entre autres au paradigme holographique, qui fournit un cadre théorique pour comprendre des pratiques comme la réflexologie, l'homéopathie ; mais ce sont des découvertes dont les applications pratiques n'ont pas encore été complètement mesurées. Il y a certainement là aussi une filiation.

Quant au terme « médecine douce », je lui préfère celui de pratique alternative, car ce qui est inclus dans les médecines douces est loin d'être toujours doux...

S. G. : En ce qui concerne la définition du champ des médecines douces, je me heurte d'abord au problème de l'appellation elle-même : médecines douces, médecines alternatives, médecines holistes, approche globale, bref tous ces éléments qui montrent d'une certaine manière que ce qu'on a à dire sur ce sujet n'est pas encore totalement figé, ossifié, mais demeure encore en structuration. Cela ne tient pas seulement à des motivations internes, propres à chacune de ces médecines, mais aussi à de multiples enjeux extérieurs, économiques, commerciaux. Il est peut-être important que ça ne soit pas fixe. La définition, même floue, qui est impliquée dans « alternatif », « global », « doux », etc., sert

d'une certaine façon les intérêts globaux de l'ensemble de ces pratiques. Il y a de plus en plus de livres de référence qui donnent la liste des médecines douces, des médecines alternatives. Les découpages ne sont pas les mêmes, certains établissent de très longues listes qui vont inclure à peu près tout ce qu'on peut imaginer, du rebirth à toute une série de pratiques de gymnastique douce en passant par différentes approches qui, d'ailleurs, ne sont pas des médecines mais visent la santé en termes curatifs et préventifs.

Par ailleurs, je constate de plus en plus souvent, dans les définitions, une tendance à exclure les médecines ancestrales ou traditionnelles. Cela dénote une désappropriation du fondement même des médecines alternatives, qui étaient toutes des médecines ancestrales. On les laisse de côté au profit de toute une série d'autres techniques occidentales. Des médecines traditionnelles, ancestrales, il y en a eu au Québec comme ailleurs. Quand on se tourne vers l'acupuncture, vers un grand nombre de techniques issues du monde oriental, asiatique, on se tourne vers des médecines ancestrales qui sont reprises dans un autre contexte. Et si on se tourne vers les sociétés africaines, il est évident, en particulier dans l'ouest africain, que toute l'utilisation de la phytothérapie, des plantes médicinales, renvoie à des médecines très anciennes. Je les appelle ancestrales de préférence à traditionnelles parce que ce terme donne plus l'idée de quelque chose, non pas de dépassé, mais qui s'est transmis d'une génération à l'autre. Ces médecines ont toujours eu comme perspective d'être essentiellement globales. Les anthropologues les ont étudiées dans cette optique-là, en les regardant comme des pra-

tiques qui n'étaient pas dirigées seulement vers le biologique ou le physiologique. Donc, dans la définition du champ, beaucoup de choses restent floues. Et même d'autres, apparemment très clairement explicitées et élucidées, comme la notion de globalité, masquent en même temps certaines réalités.

B. V. : Il y a énormément de confusion au sujet de la définition du champ. D'abord, le champ médical et le champ thérapeutique ne sont pas nécessairement coextensifs. Il y a très peu de grandes traditions médicales, de systèmes médicaux. Généralement, ils sont ancestraux dans le sens que ce sont des traditions qui ont perduré, qui se sont développées sur de très longues périodes et qui ont connu d'énormes bouleversements. Les grandes traditions regroupent un ensemble de pratiques qui ont survécu et se sont interinfluencées. Ce sont ces grandes traditions et leurs dérivés qu'on regroupe sous le terme de médecines douces, terme que je n'aime pas non plus. À la limite, j'adopterais celui de médecine «différente», comme l'a fait le gouvernement français, parce qu'on est toujours alternatif par rapport à quelque chose, en fonction d'un certain holisme. Or, dans la grande tradition médicale occidentale, il y a énormément d'avenues qui sont tout à fait holistes comme il y a énormément d'avenues qui sont tout à fait réductionnistes. Et il en est de même dans les autres grandes traditions médicales (je pense surtout à la médecine ayurvédique, chinoise ou nanni, à la médecine des Arabes), et probablement dans certaines pratiques africaines.

Quand on parle de champ, on parle surtout de champ d'activités à l'intérieur d'une division du travail sanitaire, d'activités que certaines personnes ont le droit ou

non d'exercer. Cela mène à beaucoup de confusion entre différentes avenues qui se présentent à nous de façon pluraliste dans nos sociétés comme d'ailleurs dans les sociétés plus traditionnelles.

Enfin, il me semble qu'on érige beaucoup de thérapeutiques en systèmes médicaux, holistes ou non holistes. Cette recherche de systèmes médicaux qui seraient alternatifs est le fruit d'un certain découpage de la réalité des pratiques thérapeutiques de diverses origines, hors de leur contexte et de leur irrigation.

J. R. : L'alternatif est toujours alternatif par rapport à quelque chose d'autre. Dans notre recherche en santé mentale, nous avons divisé les alternatives en deux sous-groupes : les alternatives «straight», qui se présentent comme telles et qui tiennent un discours contre-médical, et les alternatives «périphériques», qui ont comme souci de ne jamais se définir par rapport à la médecine mais qui disent toutes sortes d'autres choses. On peut ainsi penser qu'il y a des médecines alternatives qui sont des erreurs historiques ; elles renvoient à des champs exclus de la médecine, pourtant très proches de la médecine physique, mais dont les discours, les techniques, les pratiques sont autres. Je pense ici à la chiropractie, par exemple. À l'opposé, il y a des pratiques alternatives qui ne cherchent pas particulièrement à être reconnues. Je pense à des mouvements qui sont plus proches de l'exploration spirituelle et corporelle et qu'on pourrait assimiler à des groupes de croissance. Il s'agit là de façons d'être qui se présentent comme des solutions globales et qui ne prétendent pas nécessairement trouver leur place en référence à un modèle médical. Dans tous les cas, il y a des enjeux de savoir, des enjeux de statut profession-

nel, des enjeux de rapport à l'État et à la loi, des enjeux de vision sociale aussi. Quand on arrive à des approches qui sont beaucoup plus spiritualistes, toutes ces questions prennent une allure un peu surréaliste : on se demande, par exemple, ce que veut dire être un professionnel dans une approche spirituelle...

I. B. : En tant que sage-femme, je me sens absolument à la limite de tout ce qui peut s'appeler médecine parce qu'on ne traite pas une personne qui est malade, bien au contraire. On l'assiste dans un processus naturel qui peut avoir des ratés et pour lequel alors il faut faire appel à d'autres compétences. Par contre, contrairement à ce qui se passe pour les pratiques d'acupuncture, d'ostéopathie et autres, où on peut probablement travailler vingt ans de sa vie sans voir un médecin, ici, le fait qu'il peut y avoir occasionnellement des ratés et le fait qu'il faille construire obligatoirement une équipe qui comprend aussi des spécialistes capables de s'occuper de ces ratés, en collaboration, m'amènent à avoir toujours les mains trempées dans la pratique médicale telle qu'elle existe en 1990. J'ai toujours un pied dans un hôpital, un oeil sur un moniteur électronique. Je me trouve à la limite de ces deux champs. Une partie de moi se réclame d'une tradition millénaire, probablement la plus ancienne des pratiques de santé, qu'on retrouve dans toutes les cultures et sous tous les climats et même chez certaines espèces d'animaux, telles les baleines, par exemple, qui ont toujours avec elles une autre baleine pour les aider à accoucher.

Il est clair pour moi qu'il faut nécessairement sortir d'une définition des médecines douces qui ne tient compte que des gestes posés. Il m'arrive en effet de poser

14

des gestes qui sont chirurgicaux. Cela ne m'empêche pas de considérer ma pratique comme différente. Il est clair aussi que l'emploi de toute une série de recettes, qu'elles soient traditionnelles, ou encore empruntées à diverses autres pratiques — une sage-femme peut fort bien utiliser des techniques de shiatsu, d'acupuncture, d'homéopathie ou autre —, ne signifie pas que le rapport à la santé, le rapport au corps sera automatiquement différent de celui que nous avons tant décrié. Bref, la technique aura beau être aussi différente qu'on voudra, ça risque d'être blanc bonnet, bonnet blanc.



Enjeux et perspectives

Au coeur, le holisme

I. B. : Un des enjeux, et cela va en continuité avec ce que je disais, est qu'une loi au Québec va bien-

tôt nous obliger à un mariage forcé avec la médecine. C'est un défi absolument extraordinaire, dont nous ne sortirons peut-être pas indemnes. Ce mariage devra se faire ; il nous ramène à la question primordiale : que voulait-on avec la médecine douce, de quoi n'était-on pas content avec la médecine traditionnelle ? Je me rends compte, dans la pratique de l'obstétrique en particulier, qu'il y a une critique très serrée à mener sur le fait que cette pratique se soit laissé submerger complètement par la technologie. La technologie détermine la pratique plutôt que la pratique détermine quelles technologies lui sont utiles. Des intérêts commerciaux accompagnent inévitablement la technologie ; le commerce veut vendre sa technologie.

Comment va-t-on déterminer, par exemple, dans une pratique hospitalière de sages-femmes, si on a le droit de prescrire la pose d'un soluté et à quel moment on va la prescrire ? Sera-t-on encore capable de se demander à quel moment un soluté est holistique et à quel moment il ne l'est pas ? Quand une femme vient me voir et me dit : « j'ai eu recours à la fécondation in vitro et maintenant je suis enceinte et là je veux une amniocentèse », quel est mon rôle, en quoi et dans quelles circonstances l'amniocentèse est-elle holistique ou non ? À quel moment est-il opportun pour moi de dire à une femme : « je pense qu'en ce moment c'est une anesthésie épidurale qui pourrait être la bonne solution pour toi » ? Quel est l'état qui fait que cette épidurale peut être absolument holistique ? Ça nous ramène aux questions primordiales. Nous, les sages-femmes, on va avoir à créer une pratique qui réponde à cette demande d'avoir quelque chose de différent dans des conditions institutionnelles nouvelles.

S. G. : Le cas des sages-femmes est particulier. La maternité et l'accouchement sont des processus spécifiques. Il y a eu et il y a au Québec un mouvement pour que les femmes se réapproprient leur corps, pour qu'il y ait une démedicalisation de l'accouchement. Ce phénomène-là va dans le sens d'une approche différente, alternative, d'une approche plus globale. Dans le cas de toute la kyrielle des autres techniques, on est en face d'autre chose, de techniques curatives ou même de techniques préventives. Que ce soit l'iridologie ou le cri primal, il s'agit de techniques qui sont spécifiques et qui n'ont rien d'holiste. À la limite, on peut les regarder l'une après l'autre : quelqu'un qui éprouve un malaise peut se rendre chez toutes ces personnes, l'une à la suite de l'autre. On est encore dans le corps machine des siècles passés. Les morceaux de la machine sont brisés et on va chercher auprès de gens qui s'appellent holistes, doux, alternatifs ou biomédicaux des solutions techniques à un problème spécifique. Avant qu'on sorte de ça, il y a un sacré bout de chemin à parcourir.

J. R. : Dans la question du holisme, il y a souvent des pièges psychologiques assez importants à dépiéter. Par exemple, certaines tendances corporelles ont une philosophie holiste un peu magique : il suffirait de travailler le corps, et comme tout est dans tout, en travaillant le corps, on réglerait le tout. C'est faire l'économie d'une série de médiations compliquées, entre autres la parole, le sens social, la capacité de se situer dans l'existence. On reproche à la médecine courante de ne pas être holiste mais il y a des approches psycho-corporelles qui sont au moins aussi physiques, au sens déplorable d'une certaine médecine, donc dichotomiques parce

que ne privilégiant que le corps, se méfiant de la parole, se méfiant de l'intellect, du social, de tout ce qui est réflexion : « laisse-toi aller à toute l'énergie qui monte et ça va se régler ». Il y a donc dans le holisme un élément très riche de dénonciation de la fragmentation du savoir et de tout ce qui est technocratique, mais il y a aussi un risque de ne privilégier qu'un pôle dans la pratique.

C. L. : Je ne suis pas complètement d'accord avec l'opinion que les techniques ou les autres approches sont des techniques spécifiques pour traiter des problèmes spécifiques. Très souvent, les gens vont voir l'acupuncteur pour traiter un problème spécifique ou pour traiter le problème que leur médecin leur a mentionné, mais l'acupuncteur, lui, fait une autre lecture : « ce n'est pas ça votre problème, c'est le déséquilibre du ch'i, trop de vent dans le corps », bref, c'est un autre découpage. Je pense à l'homéopathie, qui va remonter jusqu'à la troisième génération, à la réflexologie, qui va traiter non pas un problème spécifique mais le corps en entier pour rétablir l'équilibre global. Une bonne partie de ces pratiques-là travaillent sur l'énergie du corps, avec l'espoir que, par des manipulations, le corps retrouve son équilibre et se guérise lui-même.

S. G. : C'est tout à fait juste. Il y a la perspective du thérapeute

ou de la thérapeute et il y a la perspective de la personne qui se rend chez le thérapeute. De ce point de vue-là, je pense que les gens en général au Québec vont chercher une solution technique. C'est ce qui est à changer.

Se réapproprier sa santé ?

J. R. : Dans les domaines très vitaux que sont la santé, l'intégrité corporelle, il est difficile de mettre en question le savoir médical. On s'en nourrit constamment, d'une façon ou d'une autre. Souvent, le fait d'aller consulter d'autres types de médecines revient à changer d'experts. On reste très dépendant du savoir de l'autre.

I. B. : On change de magicien.

J. R. : Oui ! La vie alternative pour l'usager et l'usagère, c'est peut-être plus rare que les médecines douces elles-mêmes, c'est un mouvement qui est à peine en train de se développer, qui renaît un peu. C'est une façon plus communautaire de se penser dans son rapport à soi-même. On est encore très à la merci des nouveaux experts. Ils peuvent être très sophistiqués, très « cools », mais ils demeurent de nouveaux experts. On passe du technologue au chaman ! Est-ce qu'on y gagne vraiment ? Comment faire pour que la santé devienne un enjeu plus collectif aussi, davantage partagé par tout le monde, et que les professionnels ne deviennent pas que de nouveaux médecins dans le sens traditionnel du mot ?

Curieusement, une des sources d'inspiration les plus riches de beaucoup de ces médecines dites douces a été l'expérience des communes à une certaine époque. Il y avait là une sorte de cohérence sociale quand on remettait un savoir en question et qu'on s'organisait aussi pour vivre autrement. Le risque aujourd'hui, c'est d'assister tout simplement à un redéploiement, à un déploiement

des jeux de force entre professions comme c'est arrivé dans le domaine hospitalier.

S. G. : Je partage l'idée que si on veut aller dans le sens d'une médecine holiste, ou de prévention et de cure qui fasse appel à toutes les dimensions de la personne humaine, ça doit se faire à travers une réappropriation communautaire, mais c'est un défi. D'autant plus que ce sera une course à obstacles. Le premier, c'est qu'on ne peut pas, du jour au lendemain, effacer ce qui s'appelle les classes sociales dans une société. Si on peut probablement retrouver dans toutes les classes de la société un certain recours à une médecine alternative, il reste que son accès est davantage possible à certaines personnes qu'à d'autres. Un des premiers obstacles est celui du rapport de ces médecines à des catégories de personnes spécifiques et c'est un énorme obstacle à la réappropriation communautaire.

Dans ce sens, s'il y a un message qui peut être envoyé aux thérapeutes, si on veut faire une médecine autre, c'est de retourner vers les gens toute l'idée de prévention et l'idée de réappropriation véritable de leur santé et de leur corps. L'enjeu c'est que les thérapeutes des médecines alternatives arrivent à envoyer ce message-là, qui va amener de plus en plus de gens à venir vers le curatif seulement quand c'est nécessaire et à d'abord travailler sur eux-mêmes.

I. B. : À propos de cet enjeu de la santé comme bien communautaire et comme réappropriation de sa santé, je crois qu'une des belles réussites de ces dernières années est le mouvement d'auto-santé des femmes. Je ne vois pas d'autres branches de la médecine où il y a eu un tel mouvement. Il y a certes des millions de livres qui disent comment traiter ceci et cela,



16

mais ce mouvement d'auto-santé des femmes montre en tout cas qu'il y a de l'avenir dans le fait de se réapproprier sa santé. Mais j'aimerais que notre conscience de la santé et aussi l'évolution de notre conscience de la santé à travers l'ensemble des médecines douces ou moins douces aient une résonance sociale et politique. Se préoccuper de santé mentale quand on sait que les gens vivent dans des conditions où la santé mentale ne peut qu'être une exception et une aberration oblige nécessairement à vouloir défoncer ce mur et à rejoindre deux grandes forces d'action : l'une qui est individuelle, l'autre qui est de transformation de la vie sociale.

B. V. : Il ne faut pas oublier non plus qu'au niveau des signes de la maladie, la première négociation qui se fait pour un diagnostic, c'est dans la famille. Les signes de la maladie, les sentiments, les malaises se développent dans un espace social qui est toujours très important quant à la direction qui va être donnée au traitement et à la recherche d'un guérisseur potentiel. Il faut que les repères soient clairs là aussi.

Partenaires ou subordonnés ?

B. V. : Un des enjeux serait aussi de canaliser les énergies vers une redéfinition de l'espace juridique dans lequel on fonctionne. Les grandes traditions ont

le droit de s'enraciner, en se référant le plus possible à leur propre base culturelle. Le plus grand problème aujourd'hui c'est d'arriver à créer ce cadre juridique de façon à ce que les professions puissent s'autoréguler, s'autodévelopper. La meilleure garantie de l'honnêteté du thérapeute, ce n'est pas de le réprimer, mais plutôt de laisser un champ s'organiser de façon à ce que les interactions entre les différents individus concernés mènent à des normes, des standards de pratique, d'évaluation clinique qui soient propres à la tradition et qui garantissent ce que les législateurs cherchent toujours, la sécurité du public. Sécuriser le public c'est souvent sécuriser le législateur qui, lui, doit avoir des gens capables d'une certaine cohésion. La question d'honnêteté, on ne l'aborde jamais, mais je pense qu'elle est fondamentale.

Un autre enjeu, c'est la récupération des médecines douces par les médecins. En France, par exemple, on a créé il y a deux ans un cours d'acupuncture offert seulement aux post-gradués en médecine, mais qui ne donne ni certificat, ni compétence, ni licence de pratique. On ne peut pas récupérer l'acupuncture et l'incorporer à la médecine comme ça ! Ce genre de législation, de délégation de la santé publique des collectivités aux corporations est absurde, mais c'est un peu la situation qu'on connaît au Québec. Qu'on pense au contrôle des formations de l'acupuncture au Québec, ou au projet-pilote des sages-femmes. Parmi les sages-femmes, il y a le groupe des infirmières sages-femmes qui n'est en tout cas pas celui qui a développé la pratique au Québec. Mais ce sont elles qui vont se présenter, au terme de la cinquième ou sixième année du projet, pour dire : « nous avons la formation pour enseigner,

pour en former d'autres ». C'est une situation qui nous éloigne encore plus de la réintégration du communautaire.

I. B. : J'ai parlé tout à l'heure de l'enjeu pour mon travail, en particulier, que constitue ce mariage, ce retour au sein de la grande famille médicale, donc un enjeu de collaboration. En même temps avec un droit à la différence. Mais cela doit passer nécessairement par une reconnaissance de la liberté et de l'intelligence des gens. Je suis absolument d'accord qu'il faut garantir l'honnêteté plutôt que surréglementer, laisser une profession s'organiser et s'autoréglementer. Évidemment, il faut un peu chapeauter, mais il faut aussi laisser les gens exercer leur jugement.

B. V. : On pourrait parler de formes de coexistence. La réponse aux enjeux actuels va être en grande partie déterminée par le résultat de certains procès qui ont lieu. Un problème, c'est que l'État a délégué beaucoup de ses responsabilités, comme dans bien des domaines, à l'espace juridique de notre société, qui évidemment est sous toutes les influences des lobbies, des corporations comme la corporation des médecins, etc. Pour sortir de ça, il faut penser à une forme de pluralisme juridique qui irait de pair avec notre pluralisme médical. Il y a une espèce de coexistence qu'on peut remarquer dans le monde, d'exclusion et d'inclusion, de tolérance et d'intégration. Si on regarde la Chine ou certains pays d'Afrique, d'Asie du sud-est, l'intégration veut dire justement l'acceptation de traditions différentes. Il ne faut pas faire l'erreur de dire qu'elles sont à la périphérie. Elles sont bien souvent au centre. Est-on capable, dans notre société, d'accepter que cette périphérie puisse faire changer les valeurs au centre ? Prenons l'exemple des guérisseurs afri-

cains. Pourquoi décide-t-on de les intégrer ? Parce que la moitié de la population les consulte de toute façon. Donc le pluralisme juridique est d'autant plus nécessaire qu'aujourd'hui on réalise de plus en plus que, dans le droit, il y a le droit puis les coutumes. On pensait avoir fait le ménage dans les coutumes pour établir des normes, établir un ordre social selon les normes que tout le monde suit, mais ça ne se passe pas comme ça. Plus il y a de communautés différentes, plus il y a des cultures différentes qui font interface, plus on se rend compte que les coutumes ou les goûts et préférences demeurent, même face au droit, ou à la loi.

C. L. : Le premier enjeu pour moi me semble également être celui du pluralisme des soins de santé. C'est l'idéal. Mais il y a aussi un point qui a été soulevé tantôt : la question de savoir ce qu'on cherche dans les médecines douces. J'entends souvent des thérapeutes dire : « mon Dieu, ça serait bien si on pouvait travailler dans une équipe pluridisciplinaire ». Mais chaque fois ils ajoutent : « ça nous prendrait un médecin ». Le médecin déçoit souvent et cette raison fait que la pluridisciplinarité passe vraiment sous la table. Tant qu'on n'aura pas répondu à cette question, il existera une inadéquation très grande, je pense, entre l'offre et la demande. Ce que les gens veulent, c'est une approche compréhensive, j'emploie le terme anglais, mais en réalité ils sont obligés d'aller de l'homéopathe à l'ostéopathe, etc., et ça va durer longtemps encore.

Une autre grande question va être de reconnaître puis de poser davantage les limites de toutes les approches. En médecine, on ne le fait pas. La médecine a toujours la prétention de régler le problème dans dix ou vingt ans. Les théra-

peutes alternatifs se présentent aussi souvent comme ayant la solution. Mais tout le monde meurt à un moment donné. C'est une question qui n'est pas assez posée je crois. Elle va devenir fondamentale, puisque les technologies médicales deviennent tellement raffinées. On le voit avec les techniques de diagnostic prénatal. Des questions morales sont posées constamment et je pense que ça ne pourra qu'aller en s'accroissant. Il faut développer d'urgence une éthique de la santé.

B. V. : Il y a plusieurs formes de thérapeutiques qui ne sont pas médicales comme telles et qui sont des thérapeutiques qui travaillent sur la santé de façon tout à fait efficace. En ce sens-là l'acupuncture est une des thérapeutiques de la médecine chinoise ; elle correspond à 30 % à 40 % de la médecine chinoise, mais elle n'est pas seule. Elle s'est toujours développée aussi en fonction de réactions à des influences environnantes. Un des problèmes qui s'ajoute au fait qu'on cherche des techniques, des cures à des maux spécifiques, c'est le fait qu'on érige des techniques en systèmes holistes. Si on n'établit pas la collaboration, on multiplie les interventions, qu'on présente comme autant de nouvelles pratiques. La situation est différente aux États-Unis. Les pratiques sont essentiellement circonscrites à l'homéopathie, aux pratiques des sages-femmes, à l'acupuncture, à l'ostéopathie et à la naturopathie. Il y a beaucoup plus de libéralisme qu'ici ; on utilise ces médecines dans les hôpitaux ou certains centres de recherches qui sont gérés, en tout cas pour ce qui est des sages-femmes, par des sages-femmes, et non par des médecins, mais en collaboration directe et en utilisant tout ce qui est disponible comme appareils. La même chose existe en acupuncture. On a

accepté l'acupuncture seulement pour le traitement de la douleur. Alors, dans les « pain clinics » on a décidé d'incorporer quelques acupuncteurs. Ils ont joué le jeu, ils se sont dit que de toute façon leur pratique se développerait parce que l'acupuncture ne traite pas que la douleur. Au Québec, il y a un carcan juridique, qui est un peu le fruit du mélange des deux espaces juridiques dans lequel on survit et qui est très influencé par le code civil français. En France, c'est comparable, sauf pour les sages-femmes. Le cadre est très strict. Il définit point par point le champ d'activités de chaque personne. D'autres provinces canadiennes n'agissent pas du tout de la même façon. Il y a un élément culturel sans doute très fort. Dans le cas de l'acupuncture, il y a définitivement une peur de l'altérité qui est inscrite dans les agissements de la Corporation des médecins du Québec depuis le début. La Corporation a tout fait pour se servir de son autorité culturelle pour redéfinir l'acupuncture, d'abord pour essayer de l'exclure puis pour essayer d'exclure les acupuncteurs. Mais l'analgésie par acupuncture, on ne peut pas la falsifier, c'est là, c'est spectaculaire. On récupère mais on élimine les acupuncteurs et on reprend l'acupuncture. Puis, comme on ne peut pas l'exclure carrément, on la supporte et c'est là que toute la paperasse juridique entre en ligne de compte, tous les processus de fermeture sociale pour définir un domaine de pratique. Où va-t-on ? On va à une multiplicité de pratiques dont un grand nombre sont des dérivés purs et simples, qui prétendent à beaucoup mais qui sont peu connues et qui sont issues d'autres traditions.

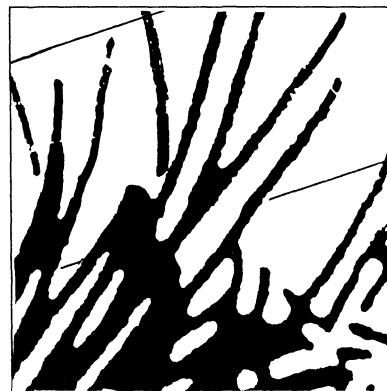
La question de la collaboration est très difficile pour les thérapeutes. C'est ce que j'ai noté. J'ai

interviewé une quantité d'acupuncteurs, de sages-femmes et d'ostéopathes. Certains veulent collaborer, d'autres non. J'ai parlé à une ostéopathe connue, qui a fait de la physiothérapie, de l'ergothérapie, qui a travaillé en hôpital, en clinique, ici et en Europe. Cette femme-là disait : « J'ai 25 ans de pratique, j'ai accumulé beaucoup de formations en divers milieux. Si c'était à refaire, je ferais les trois ans de science fondamentale de médecine, pour être capable de reconnaître certaines pathologies que je ne peux pas reconnaître maintenant ». Cette femme travaille avec des médecins qui font des analyses que leur technologie leur permet de faire. À ce moment-là la collaboration devient plus facile. Il y a aussi des thérapeutes qui s'opposent à la collaboration. Parmi eux, il y a sans doute des gens qui sont fort compétents, qui peuvent se passer de collaboration avec les médecins pour énormément de choses. Il y a ceux qui sont contre de manière très idéologique et qui font des distinctions entre médecines alors que dans le fond, tout le monde travaille sur le même corps.

I. B. : Il me semble que l'être humain est une bien vaste chose pour qu'on prétende l'englober avec quelque pratique que ce soit et avec tout savoir que ce soit. Cette femme qui a suivi toutes ces formations est loin d'être la seule.

De plus en plus de praticiens se veulent acupuncteurs, homéopathes, naturopathes, etc., ce qui fait que tous les trois ans ils reprennent une autre formation. Je ne veux pas dénigrer ces démarches, mais il peut y avoir une poursuite de la globalité à l'infini. Il y a une illusion dans cette globalité. L'image que j'ai est celle d'une sphère qu'on découperait en tranches mais dans tous les diamètres possibles, donc à l'infini. Si quelqu'un me dit : « j'ai des migraines constantes » et que ma lunette ou ma « tranche », si je peux dire, est le psycho-corporel ou l'homéopathie ou l'acupuncture, je peux immédiatement voir exactement là où l'énergie ne circule plus, je peux quelquefois mettre le doigt dessus aisément. Parfois, en deux ou trois traitements on vient à bout d'un malaise qui autrement aurait exigé de longs traitements. Mais on peut aussi bien, dans cette « tranche »-là, ne pas comprendre ce malaise du tout. Je prétends, moi aussi, tendre à une approche globale. Cela veut dire parfois envoyer une femme voir un homéopathe, ou un ostéopathe. Comment pourrais-je être à la fois capable de redonner ce fluide à l'énergie physique, corporelle, osseuse, structurelle, psychique, mentale, spirituelle, sexuelle, affective et j'en passe ? Ça m'est impossible. Il a fallu, d'une génération à l'autre, ajouter une année aux études de médecine parce que la connaissance du corps humain se complexifie énormément. Et il me semble que le XXe siècle nous a apporté la découverte de quelque chose qui n'avait pas eu de nom, en tout cas qui n'avait pas été fouillé en Occident, c'est l'« énergie ». Qu'est-ce que que l'énergie, qu'est-ce qui se passe avec ça ? Évidemment, il va falloir une vie pour arriver à cerner ça, puis à le rendre utile à son pro-

chain dans le geste thérapeutique lui-même.



Consommer à tout(s) prix ?

I. B. : Il faut absolument réfléchir collectivement à la mort, à la santé, au vieillissement. Je pense qu'il y a autant un acharnement autour de la mort, qu'un acharnement autour du refus du vieillissement. Il y a un acharnement sur la santé pétante à tout prix jusqu'à la veille de notre mort, ce qui est une absurdité. La médecine nous a proposé l'absence de maladie, puis on est arrivé avec une autre définition, celle d'une espèce de bien-être général. Mais si on se met à vouloir payer à tout le monde le nombre de massages qui vont être nécessaires pour être dans le bien-être l'année durant, il va falloir que la moitié de la population masse l'autre moitié ! On a soulevé la question des classes sociales : on va très rapidement se heurter au mur économique. Nous sommes de la génération dont les enfants ne seront pas capables de payer les pensions de vieillesse. Il y a un plafond dans la disponibilité des ressources humaines, matérielles, économiques. Et, malgré tout, la question demeure : « c'est quoi la santé ? » N'y a-t-il pas moyen d'être un peu malade, pas trop souffrant, et heureux ? N'y a-t-il pas moyen de cohabiter avec les deux ? Par exemple, je ne sais pas combien de millions de

Nord-américains souffrent de douleurs chroniques pour lesquelles on ne trouve rien. On peut les envoyer tous chez l'acupuncteur, mais ça ne réglera pas tout ! La question est de savoir comment on vit avec une santé qui n'est pas parfaite, de savoir ce qu'on attend, ce qu'on vise comme niveau de santé optimale, minimale, ou maximale. Le système, en ce moment, c'est celui de la gratuité des soins médicaux et hospitaliers. Mais avec l'intégration des médecines douces, la question va se poser vraiment. Pour ce qui est des sages-femmes, il ne peut pas vraiment y avoir d'abus. Les gens ne feront pas des bébés juste pour utiliser les services de sages-femmes ! Mais pour ce qui est d'aller voir l'acupuncteur ou l'homéopathe dès qu'on a un malaise, il en ira autrement. Là où la question va se poser aussi, c'est par rapport aux budgets de recherche. En ce moment ces budgets sont dans les hôpitaux ; ils ne sont pas accessibles. On accuse les homéopathes de pas faire de recherche mais ils n'en ont pas vraiment les moyens non plus...

S. G. : Effectivement, je crois que c'est très important de penser qu'il faudrait accepter que nous ne soyons pas infallibles ou illimités, mais je pense que pour ça on doit devenir à nouveau, si je peux prendre cette image qui est un peu grosse, une société de producteurs et non plus une société de consommateurs. Quand on est consommateur on croit avoir tous les droits. Du moment qu'on paie pour régler nos maux, on peut les garder indéfiniment. Autrement dit, pour parvenir à accepter de ne plus idéaliser les corps pétants de santé, il faut toucher directement et de plein fouet aux fondements de la société de consommation.

I. B. : Les transformations à venir dans le système de santé devront nécessairement provenir

d'une conscience sociale et d'une position politique très ferme, en particulier en ce qui touche les lobbies commerciaux. La santé, c'est une industrie ! Il y a plus d'un médecin très conscient qu'il faut travailler, que ce soit avec les personnes âgées, en psychiatrie, ou dans d'autres domaines, à abaisser la consommation de médicaments. Mais on ne peut pas dire que ça doit réjouir le cœur des gens qui vendent des médicaments. Cela vaut autant pour les médecines dites douces. Par exemple, il y a plusieurs types d'écoles dans la formation en homéopathie, mais certaines formations sont données par les laboratoires qui fabriquent les remèdes homéopathiques et qui évidemment privilégient une approche qui recommande de prendre beaucoup de granules plusieurs fois par jour plutôt qu'une pratique qui privilégie le fait d'étudier plus longuement et d'arriver à trouver le remède qui va fonctionner en une fois. Évidemment, c'est mieux de vendre plus de granules que moins ! On ne peut oublier qu'on est en présence de joueurs qui ne laisseront pas baisser leur marge de profit sans ruer dans les brancards.

B. V. : Avec l'industrie pharmaceutique, on parle de l'industrie la plus profitable dans le monde au cours des vingt dernières années ! Avec celle des pesticides !

I. B. : Sûrement ! Je vois en obstétrique, par exemple, que pendant des années des groupes de pression, des parents, des sages-femmes ont protesté contre le fait que les femmes étaient obligées d'accoucher couchées sur le dos les jambes en l'air. Dès que cette protestation a atteint les bonnes oreilles aux bons endroits, on a proposé des lits qui se plient, qui montent, qui descendent, qui se divisent en deux, mais dans lesquels finalement on accouche

assises et, si on baisse un petit peu le lit, couchées pareil. Il n'y a toujours pas de structure qui permette de bouger et de prendre la position qui est la plus spontanée, la plus naturelle au moment même. Si on proteste assez fort, ils vont arriver avec un tabouret hydraulique qui monte, descend, s'écarte ! Ils ne sont pas capables de nous laisser tranquilles à accoucher avec quelques coussins et un drap propre par terre parce que ça ne rapporte pas. Il y a un « ennemi », si je peux dire, au changement : l'intérêt de vendre n'importe quoi. Je rejoins la critique de la société de consommation.

L'incontournable besoin de magie

I. B. : On a parlé, ici et là, de magie. Il y a un besoin de magie dans le monde en général et il y a un besoin de magie par rapport à la santé. On aura beau mettre en place demain matin le système de pensée le plus raisonnable, le plus fonctionnel, le plus collaboratif, s'il n'y a pas de magie là-dedans, les gens vont s'inventer n'importe quels rituels parce qu'ils ont besoin de magie. Si on réanalysait l'histoire de la médecine traditionnelle des dernières années, l'histoire de l'émergence des techniques sous l'angle des pratiques de magie, on découvrirait que la plupart des gens comptent encore beaucoup sur les magiciens des hôpitaux. Mais c'est une magie qui a été par moments très cruelle pour les gens qui allaient la chercher. Alors ils ont cherché une magie plus maternelle, plus douce. N'oublions pas ce besoin de magie ! Que fait-on avec ce besoin d'avoir une couverture magique qui nous enveloppe quand on est malade, qui nous guérit ?

S. G. : C'est vrai. J'ai déjà souvent dit à des médecins qui prati-

quent dans les hôpitaux : « acceptez donc que vous êtes des magiciens et non pas des techniciens ». Ils me regardent toujours sans trop saisir. Je ne parle pas au nom des gens qui ont besoin de magie, mais je dis au thérapeute : « accepte que tu es un magicien ». Les médecins ou les thérapeutes, quels qu'ils soient, devraient accepter qu'ils sont limités comme tout le monde, mais qu'en même temps on a cette nécessité de magie qui, elle, est un système d'explication globale de toute une réalité, car ce que la personne va chercher, c'est un traitement, certes spécifique, mais en même temps c'est plus que ça. C'est un enveloppement, pour reprendre l'image de la couverture.

PREVENIR



n° 18, 1^{er} semestre 1989

MOUVEMENT OUVRIER ET SANTE Une comparaison internationale

Volume 1

Sommaire

Editorial, M. STEFFEN

Introduction, M. REBERIOUX

M. REBERIOUX, Mouvement syndical et santé, France 1880-1914

R. TREMPÉ, Le syndicalisme des mineurs et le problème santé jusqu'à la création de la Sécurité sociale

Y. MAREC, Monde ouvrier, santé et protection sociale à Rouen, du milieu du XIX^e siècle à 1914

G. RIBEILL, Enjeux politiques de la santé dans l'entreprise ferroviaire, des compagnies de chemins de fer à la SNCF

J.-F. REY, Mouvement ouvrier, mutualité, santé, ou le « plus » mutualiste dans les Bouches-du-Rhône

L. MUSIN, R. FLAGOTHIÉ, Naissance et développement des mutualités socialistes en Belgique, des origines à 1914

M.-H. ZYLBERBERG-HOCQUARD, Corps féminins au miroir de l'entreprise, un exemple : les ouvrières de l'Etat

S. KOTT, Attitudes ouvrières face à la médicalisation, l'usage des assurances sociales dans l'Alsace allemande

D. MILLES, La capacité de travail, pour qui et pourquoi ? Pour une contribution à l'histoire des mouvements ouvriers et de l'hygiène d'entreprise en Allemagne

Publications et actualités

Le n° 18 = 130 F

Abonnement pour 4 numéros souscrit à partir de 1990 : 390 F

PREVENIR, CVM, BP 92, 13362 Marseille Cedex 10