

Renée Weissman

Sylvie Fainzang, *Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance*

Paris, Presses Universitaires de France, 2001, 156 p.
(bibliogr.) (coll. « Ethnologies-Controverses »)

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Renée Weissman, « Sylvie Fainzang, *Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance* », *Archives de sciences sociales des religions* [En ligne], 116 | octobre - décembre 2001, document 116.18, mis en ligne le 21 novembre 2005. URL : <http://assr.revues.org/456>

DOI : en cours d'attribution

Éditeur : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales

<http://assr.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur : <http://assr.revues.org/456>

Ce document est le fac-similé de l'édition papier.

© Archives de sciences sociales des religions

tion politique, économique et intellectuelle de la France moderne, un rôle considérable, sans rapport avec l'influence à laquelle peut statistiquement prétendre un groupe qui ne représente pas plus de 2 % de la population française. Si le Concordat a servi à Napoléon à « corseter » le catholicisme, les articles organiques publiés le 8 avril 1802 font entrer les cultes réformés et luthériens dans une sécurité retrouvée, mais qui implique, pour les réformés, l'abandon du système presbytéro-synodal en vigueur depuis 1559. Le statut de germinal produit l'unification forcée des luthériens, mais il implique, pour les réformés, une mise sous tutelle administrative qui suscite leur méfiance. Le poids de cette tutelle étatique est cependant compensé, au sein de la nouvelle donne confessionnelle, par la mise au pas d'un catholicisme qui perd ainsi une grande partie des moyens de son écrasante domination. En même temps qu'il consacre le soutien des protestants au régime issu de la Révolution, le dispositif concordataire crée les conditions d'un véritable renouveau qui s'affirme nettement à partir de 1815, sur le terrain spirituel et pastoral autant que sur le terrain théologique. Dans la France des révolutions, cassée en deux par l'affrontement du catholicisme intransigeant et des Républicains, le protestantisme français occupe une place marquante dans la vie sociale et politique. En même temps que s'affirme une bourgeoisie protestante activement engagée dans le développement industriel et financier de la nation, les protestants soutiennent indéfectiblement un projet libéral auquel ils apportent une contribution intellectuelle et pratique décisive. Cette influence culmine sous la III^e République avec la confirmation de la présence notable des protestants dans tous les domaines de la vie publique, politique et administrative, et au cœur de l'appareil d'État, où ils jouent un rôle décisif dans la mise en place de la laïcité et de l'école républicaine. Le tournant historique auquel correspond la mise en place du régime de Séparation en 1905 suscite cependant un certain nombre de tensions et de divisions au sein d'un corps protestant que l'affaire Dreyfus et surtout la Guerre de 1914-1918 vont contribuer à rassembler. Le conflit mondial et la crise morale qui l'accompagne et le suit favorisent, autour de la figure majeure du théologien suisse Karl Barth, l'émergence d'une « théologie de temps de crise » qui triomphe dans l'Église réformée de France et même à l'échelle de l'ensemble du protestantisme au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Les années soixante marquent la fin du monopole théologique du barthisme, en même temps qu'elles sont caractérisées par l'avancée remarquable d'une sensibilité œcuménique qu'entretiennent les mutations d'un

catholicisme, lui-même pris dans l'aggiornamento conciliaire. La guerre d'Algérie, le rapprochement des Églises chrétiennes, les nouvelles formes de contestation sociale qui émergent à la fin des Golden sixties produisent une reconfiguration interne des différents courants du protestantisme français. Celui-ci s'interroge, non sans une certaine angoisse, sur sa place et son identité propre au sein d'une société définitivement séculière et moderne, qu'il a profondément contribué à modeler. Il est un peu domagé, de ce dernier point de vue, que le livre de R. F. présente de façon rapide et un peu plate la poussée récente des Églises évangéliques (au-delà de la Mission évangélique tzigane) et qu'il n'interroge pas davantage la signification de la diffusion d'une sensibilité évangélique en dehors même de ces Églises. Mais il faut saluer, en tout état de cause, l'utilité de la mise en place et de la synthèse qu'il propose, s'agissant d'une histoire difficile d'accès au non spécialiste.

Danièle Hervieu-Léger.

116.18

FAINZANG (Sylvie).

Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance. Paris, Presses Universitaires de France, 2001, 156 p. (bibliogr.) (coll. « Ethnologies-Controverses »).

Parmi les études relatives aux comportements de santé la question du *respect de l'ordonnance médicale* a donné lieu à des analyses sociologiques sur les diverses attitudes des patients à l'égard de la prescription médicale. Dans cette perspective de recherche, S.F., en tant qu'anthropologue, s'interroge sur la manière dont des patients et leurs familles gèrent les médicaments prescrits par leur médecin, et aussi sur les rapports que tous entretiennent avec ce dernier, plus largement encore avec l'autorité médicale. En effet, l'auteur pose la question de la longévité d'une ordonnance médicale, et de l'importance que les individus accordent à la matérialité de « la chose écrite ». Mais la question essentielle porte sur les *dimensions* susceptibles de faire varier les attitudes des patients à l'égard de la coopération avec les médecins parmi lesquelles elle retient l'origine religieuse.

L'ouvrage s'ouvre sur les thématiques du *patient* et de son rapport au suivi de l'ordonnance, aux médicaments, à son corps et aux médecins. L'analyse repose sur un travail comparatif, fondé sur l'observation et la participation, mené par l'A. durant cinq ans dans les régions du Gard et de l'Hérault auprès de populations rurale et urbaine. Celles-ci sont compo-

sées de patients et de leurs familles, de médecins, d'infirmières, rencontrés dans des contextes très divers : à domicile, à l'hôpital, au cours de consultations de services spécialisés, lors d'hospitalisations de jour, dans des associations. Des membres des communautés religieuses catholiques, juives, musulmanes, protestantes ont également participé à l'enquête.

Comme le souligne S.F. il ne s'agit pas d'opposer le comportement des catholiques à celui des protestants, des juifs ou des musulmans, vis-à-vis des habitudes sociales en matière de santé, qui peuvent être, selon la citation de Lévi-Strauss, « des gestes en apparence insignifiants, transmis de génération en génération..... » Le but est de discerner et de comparer les comportements d'individus de même sexe, de même âge, appartenant à des milieux sociaux équivalents, atteints de maladies équivalentes dans la gravité, vis-à-vis de la prescription médicale, au travers de leur *appartenance religieuse* qui est une marque culturelle. Et c'est à partir de la notion d'*empreinte religieuse*, terme choisi par S.F., que celle-ci propose l'hypothèse d'une différence possible entre les individus vis-à-vis du suivi de la prescription médicale. L'intérêt de cette démarche rigoureuse se fonde précisément sur la manière d'aborder la dimension religieuse en tant que système de valeur, qui confère un sens au comportement des patients à l'égard du médecin, de l'ordonnance et des médicaments. Car, il ne faut pas *étiqueter* les individus d'après une pratique ou une doctrine religieuses – croyants, non croyants ; pratiquants, non pratiquants ont été également interrogés – mais considérer leur héritage culturel comme modelé par « les traces inconscientes » de leur *origine religieuse*.

Pour comprendre la diversité des conduites avec le monde médical des personnes interrogées d'origine religieuse différente, S.F. procède à une analyse du *statut de l'écrit et de sa valeur* dans les doctrines religieuses auxquelles ces personnes sont supposées être rattachées. Il s'avère que les catholiques ont longtemps délégué la lecture de textes religieux à des clercs qui seuls avaient le pouvoir de les interpréter. Contrairement à cette attitude, les protestants ont permis, dès le XVI^e siècle, avec l'ouverture d'écoles, l'accès à la lecture de la Bible. De même les juifs, le « Peuple du livre », établissent une relation privilégiée avec l'Écriture qui ne comporte pas un caractère sacré, puisque les textes de la Torah donnent lieu à de multiples controverses. Pour les musulmans, la parole de Dieu est révélée par le prophète Mahomet à travers le texte du Coran ; l'homme ne doit pas intervenir dans la parole divine. L'Écriture comporte ainsi un caractère sacré. Ces traits

culturels trouvent leur application dans les analyses de l'A.

La gestion de l'ordonnance est mise en lumière par l'*usage* qui en est fait, la place que celle-ci occupe dans la vie quotidienne. L'A. fait la démonstration de sa démarche rigoureuse par une analyse très détaillée des différentes façons de ranger les ordonnances, en allant « y voir de près » après avoir réalisé un travail d'observation au domicile même des enquêtés. Mais c'est la *nature* de la notion d'usage qui éclaire davantage les comportements : on peut garder l'ordonnance pour la montrer à d'autres médecins en cas de besoin, la consulter soi-même, ou en tirer « une quelconque vertu thérapeutique. » Par exemple, il ressort que les personnes catholiques ou d'origine catholique ont tendance à garder leurs ordonnances pour pouvoir mieux informer les médecins en vue de consultations futures et aussi parce qu'elles pensent qu'il faut le faire, tandis que les protestants font le choix de garder l'ordonnance afin d'y recourir eux-mêmes. Parmi les personnes juives interrogées, l'A. a remarqué que le fait de garder l'ordonnance répond à un besoin de se donner la possibilité de questionner le médecin sur la pertinence du traitement octroyé et d'en discuter avec lui. Chez les musulmans, il est intéressant de noter que l'ordonnance médicale n'est pas seulement gardée durant le traitement médical, mais peut l'être aussi jusqu'à la guérison.

L'analyse de la thématique de *l'utilisation des médicaments* permet à S.F. de différencier les conduites des personnes examinées en considérant la *nature* et la *fonction* des médicaments prescrits. Ses observations l'amènent à noter que les patients catholiques et musulmans ne sont pas tant préoccupés par le nom et l'usage des médicaments prescrits, car c'est le médecin « qui sait, » alors que les protestants et les juifs contrôlent davantage les médicaments ordonnés par le médecin.

Ce qui surprend, dans les résultats de cette enquête, concerne l'utilisation individuelle et/ou collective des médicaments. Les patients catholiques auraient tendance à vouloir partager avec les membres de la famille qui en ont besoin, les médicaments qui ont été efficaces pour eux-mêmes. On retrouve quelquefois cette tendance dans les familles juives, alors que les protestants sont enclins à gérer individuellement leur prescription médicale, comme ils le font pour la maladie.

Le rapport au temps constitue un autre élément qui met en évidence des traditions culturelles différentes.

S.F. poursuit ses investigations sur *l'utilisation des médicaments* en prenant l'exemple des médicaments psychotropes qui montrent des divergences d'attitudes notables. Les réticences des catholiques sont liées à la crainte relative à l'inconfort de leur état corporel, comme la somnolence, entraînée par la consommation de ces médicaments. Cette réaction est partagée par les musulmans, en particulier par les femmes qui admettent difficilement, en tant que soutien affectif et familial, de prendre des neuroleptiques face aux autres membres de la famille. Les protestants se montrent réticents de peur d'être dépendants, de perdre leur « libre arbitre ». Cette réticence est aussi marquée chez les personnes juives (ou d'origine juive) qui craignent tout particulièrement que ce type de médicament puisse amoindrir la mémoire, celle-ci étant considérée comme une valeur « cardinale qui ne doit pas être mise en péril » par fidélité à la commémoration des événements du passé.

En ce qui concerne le rapport du patient avec son médecin, S.F. observe tout d'abord que le choix du médecin n'est pas fondé sur l'appartenance culturelle de ce dernier, d'autres critères pouvant intervenir pour des personnes interrogées de même niveau socio-culturel. Les protestants sont sensibles à la place de l'argent dans leur relation avec leur médecin. Ils sont méfiants à l'égard des médecins qui font revenir trop souvent leurs malades pour renouveler l'ordonnance. Cette méfiance peut atteindre le corps médical lui-même ; l'A. cite le cas d'un chirurgien protestant qui décide de se salarier afin de n'être pas soupçonné par ses patients d'être une personne « intéressée ». Les catholiques tiennent compte davantage de l'âge de leur médecin, l'expérience médicale acquise représentant un atout. Il en est de même pour les musulmans interrogés, qui eux préfèrent un médecin homme, musulman, la loi religieuse risquant d'être ainsi mieux respectée. Quant aux patients juifs, croyants, ou non croyants, S.F. met l'accent sur l'importance accordée au visage du médecin, à l'impact du regard de celui qui « ausculte, sait observer le malade et son corps, lire les symptômes ».

Une autre thématique nourrie d'informations denses et d'analyses fines, approfondies, achève de construire cet ouvrage : *le rapport du patient à son corps* dont il faut laisser le plaisir de la découverte au lecteur.

On ne doit pas minimiser les difficultés auxquelles S.F. a fait face sur le terrain. Dans cette région de France où l'enquête s'est déroulée, le protestantisme est ancré depuis des siècles et il était sans doute plus aisé d'interroger des personnes qui reconnaissent être issues de cette tradition religieuse. Mais, les autres apparte-

nances religieuses, en particulier le catholicisme et le judaïsme, hormis pour les croyants et les pratiquants, font partie, en France, de l'espace privé et non de l'espace public ; la religion n'est donc pas considérée comme une variante apparente de la vie quotidienne. Le mérite de S.F. et l'intérêt de son livre consistent à avoir osé et tenté de discerner les comportements de patients à l'égard du monde médical, selon le seul critère de la culture religieuse (la religion étant une dimension complémentaire de la conduite de l'homme, suivant la pensée anthropologique), et d'avoir cherché, d'après sa propre expression, « le sens derrière l'évidence. »

Renée Waissman.

116.19

FLEET (Michael),
SMITH (Brian H.).

The Catholic Church and Democracy in Chile and Peru. Notre Dame (In.), University of Notre Dame Press, 1997, 336 p. (bibliogr., index).

Dans les années 1970, le Pérou était un foyer de la *théologie de la libération* et l'Église catholique au Chili se signalait dans la défense des droits humains. Dans les deux pays, de nombreux laïcs catholiques avaient joué un rôle important dans des partis ou des mouvements politiques de gauche. Postérieurement, à la fin des années 1970 au Pérou et au début des années 1980 au Chili, avait eu lieu la dénommée « transition démocratique » tandis que la hiérarchie catholique adoptait des stratégies religieuses et politiques plus traditionnelles et prudentes, suite à la nomination d'évêques conservateurs. Cet ensemble de circonstances fait que les auteurs considèrent le Pérou et le Chili comme des cas particulièrement significatifs en ce qui concerne l'examen des positions de la hiérarchie et des élites catholiques dans les affaires politiques, l'analyse des tensions entre « conservateurs » et « progressistes » au sein de l'Église catholique, et l'étude du rôle de cette dernière dans le processus de transition et de consolidation démocratique.

En partant d'un cadre théorique qui privilégie l'hypothèse que l'accommodation de l'Église catholique à la « modernité » se reflète dans l'évolution graduelle de son attitude face à la démocratie, et que cette évolution a divers rythmes et modalités selon les circonstances (chap.1), les AA. présentent un rapide panorama de l'évolution des relations entre l'Église catholique et la vie politique au Chili (chap. 2) et au Pérou (chap. 3) depuis la moitié du XIX^e