



HAL
open science

Entre “ vérités ” et “ mensonges ” : médicament et logiques culturelles. Entretien avec Sylvie Fainzang

Sylvie Fainzang, Johanne Collin

► To cite this version:

Sylvie Fainzang, Johanne Collin. Entre “ vérités ” et “ mensonges ” : médicament et logiques culturelles. Entretien avec Sylvie Fainzang. *Socio-anthropologie*, 2021, 43, pp.149 - 157. 10.4000/socio-anthropologie.8500 . hal-03954947

HAL Id: hal-03954947

<https://hal.science/hal-03954947v1>

Submitted on 18 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Johanne Collin : J'aimerais pour débiter revenir sur votre parcours comme anthropologue. Vous êtes l'une des figures les plus connues de l'anthropologie de la santé et en particulier du médicament en France et au-delà. Vous êtes co-fondatrice du réseau international de recherche MAAH (*Medical Anthropology At Home*)¹ qui existe maintenant depuis plus de vingt ans. Comment et pourquoi en êtes-vous venue à déplacer votre regard, des sociétés dites traditionnelles, aux sociétés occidentales contemporaines ?

Sylvie Fainzang : Je dois d'abord préciser que ma spécialisation première comme anthropologue africaniste, et même ma rencontre avec l'anthropologie, furent fortuites : après avoir fait des études d'anglais, je me suis vue proposer, par les éditions Gallimard, la traduction d'un ouvrage de Marshall Sahlins, un anthropologue américain. Dans cet ouvrage, traduit sous le titre : *Au cœur des sociétés. Raison utilitaire et raison culturelle*, Gallimard, 1980, il s'est attelé à trancher le débat séculaire entre matérialisme et idéalisme, et a réexaminé la controverse entre raison pratique et raison culturelle, pour prôner l'interprétation symbolique de la culture contre les utilitarismes de toutes sortes et défendre l'idée que la production elle-même n'est pas une logique pratique d'efficacité matérielle, mais une intention culturelle. Pour ce faire, il s'est appuyé à la fois sur des matériaux recueillis dans de nombreuses cultures dites traditionnelles, mais aussi sur certains aspects de l'alimentation et de l'habillement dans la société américaine. Le grand intérêt que je pris à la lecture de cet ouvrage me décida à faire des études d'anthropologie, puis à choisir de mener mon terrain de thèse dans une société où le mode de production et les représentations culturelles (du corps, de la santé, et du monde) étaient radicalement différents de ce qui existait dans la mienne. Mes premières recherches ont ainsi été menées dans une société ouest-africaine, chez les Bissa de Haute-Volta (aujourd'hui le Burkina-Faso), à la suite d'un choix relativement arbitraire, puisque surtout fondé sur le faible nombre de travaux dont elle avait fait l'objet. J'entrepris d'examiner plus particulièrement la manière dont était pensée et traitée la maladie par les individus et par les institutions spécialisées. Une large place a été réservée à l'étude des modèles explicatifs de la maladie et aux processus de mise en accusation qu'ils généraient, dont les pratiques thérapeutiques étaient une étroite fonction.

Bien que l'anthropologie se soit longtemps définie comme une discipline tournée vers l'Autre, mes recherches se sont déplacées vers la société occidentale. J'avais acquis la conviction que les mêmes questions pouvaient se poser dans des sociétés très différentes, et que la confrontation des travaux menés ici et ailleurs pouvait utilement éclairer la réalité sociale. Séduite par l'idée de transposer l'approche anthropologique de la maladie dans la société française, j'ai donc choisi de poursuivre mes recherches dans la région parisienne, en important mes objets, mes problématiques, et, dans une certaine mesure, ma méthodologie, pour y étudier les modèles d'interprétation de la maladie, avec l'hypothèse que les

¹ Els Van Dongen & Sylvie Fainzang (1998) Editorial: Medical anthropology at home: Creating distance, *Anthropology & Medicine*, 5:3, 245-250

représentations et les pratiques relatives à la santé ne sont pas beaucoup plus autonomes que dans les sociétés lignagères africaines, afin de cerner ce que le rapport, culturellement déterminé, des individus à la maladie nous apprend de leur rapport à la société.

J.C. : Pourquoi en êtes-vous venue à vous intéresser tout particulièrement au médicament dans le cadre de la relation entre médecin et patient?

S.F. : Les recherches que j'avais menées m'avaient indirectement confrontée à la question des médicaments. J'avais ainsi constaté, sur mon terrain africain, que les médicaments traditionnels et les médicaments relevant de la biomédecine faisaient l'objet de perceptions et d'usages foncièrement différents, les uns fondés sur un système symbolique numérique dont l'usage garantissait l'efficacité des traitements, les autres, sur un recours quantitativement maximal aux médicaments. Les enquêtes menées par la suite en France révélèrent que de nombreux patients en possession d'une ordonnance, soit ne cherchaient pas à en acquérir le contenu, soit se procuraient les médicaments prescrits mais ne les prenaient pas. Il me parut utile d'élucider ces conduites, en m'interrogeant sur les logiques symboliques qui les sous-tendent.

J.C. : Parmi les thèmes qui vous sont chers et sur lesquels vous vous êtes penchée, celui de « l'observance » ou adhésion au traitement figure en bonne place. Issu, dans les années 1970, des préoccupations de la médecine et de la santé publique, ce concept allait donner lieu à de nombreuses enquêtes épidémiologiques par la suite. En quoi l'aborder sous l'angle de l'anthropologie allait-il permettre de renouveler la perspective et l'interprétation qui en était véhiculée ?

S.F. : Compte tenu du grand nombre de situations où les patients ne suivent pas le traitement qui leur est prescrit, il était assez logique de s'intéresser, comme l'ont fait de nombreux autres chercheurs, à la question de l'« observance » ou, pour le dire autrement — en raison de la charge morale que contient cette notion, et de sa connotation normative —, aux conditions de l'adhésion du patient à son traitement. Mes enquêtes ont révélé que l'adhésion au traitement était en partie conditionnée par l'interprétation que le sujet avait de son mal et les mises en accusation qu'elle générait. Les matériaux recueillis ont ainsi permis de mettre en évidence le refus, de la part des patients, d'une thérapie dont le sens ne serait pas cohérent avec celui qu'ils attribuent à leur mal. Deux exemples avaient frappé mon attention. Le premier était celui d'une adolescente portugaise, qui souffrait de douleurs à l'oreille qu'elle imputait aux coups que lui administrait son père avec lequel elle entretenait des relations difficiles. Convaincue que son mal résultait de la violence de son père, elle consulta un médecin, mais refusa le traitement qu'il lui prescrivit après avoir diagnostiqué une otite. Cette conduite se comprenait pleinement au regard de son interprétation, dans la mesure où suivre la médication prescrite par le médecin revenait pour elle à cautionner le diagnostic de ce dernier, et à invalider du même coup sa propre interprétation. Un second exemple était celui d'une dame (auxiliaire de puériculture, catholique pratiquante), atteinte d'un cancer du poumon, et qui commença par se faire suivre à l'hôpital où elle reçut un traitement chimiothérapique. Mais la patiente fut

bientôt agacée de constater que les médecins appliquaient à son cas le même traitement que celui qu'ils réservaient aux autres malades atteints d'un cancer du poumon, pour la plupart de grand fumeurs, alors qu'elle-même ne fumait pas. Persuadée en outre que son cancer résultait de la persécution dont elle était victime de la part de sa belle-mère qu'elle soupçonnait de lui envoyer des ions négatifs, elle eut tôt fait de quitter médecins et hôpital et de se tourner vers une guérisseuse qui procédait au moyen de passes magnétiques, plus aptes, pensait-elle, à lui fournir des ions positifs susceptibles de neutraliser l'action persécutive de sa belle-mère et de la guérir de son cancer. Dans chacun de ces cas, la conduite thérapeutique du malade est fonction de la logique interprétative à laquelle il adhère. La propension du malade à donner un sens à sa maladie et à lui attribuer une cause l'enjoint à rechercher la médecine qui lui offrira – à travers le diagnostic qu'elle élabore – le plus de cohérence avec sa propre perception de la maladie, et dont la prescription est considérée comme la plus susceptible de répondre efficacement à son cas particulier.

J.C. : Dans un texte désormais classique de la sociologie américaine, Erving K. Zola² avait exploré l'influence de l'origine ethnique des malades sur leur perception de la douleur. Dans une toute autre perspective et avec une approche anthropologique, vous avez ouvert un chantier important en analysant l'influence de l'origine religieuse des patients sur leur rapport au médicament et à l'adhésion aux traitements.

S.F. : J'ai en effet pris le parti de me pencher sur l'usage de l'ordonnance médicale en m'interrogeant sur le rôle qu'y jouait l'origine culturelle religieuse des patients, un paramètre largement occulté dans la recherche française. Pour ce faire, j'ai étudié la place des ordonnances dans la vie quotidienne des sujets, c'est-à-dire à la fois celle qu'ils leur accordent dans le processus de guérison, et celle qu'ils lui assignent dans l'univers domestique, une question bien évidemment liée à celle de l'usage des médicaments³. Articulée à la problématique anthropologique des constantes et des différences culturelles qui anime la démarche comparative chère à cette discipline, cette question m'a semblé pouvoir être posée dans des termes nouveaux, qui permettent à la fois de rendre compte des raisons pour lesquelles l'attitude des malades vis-à-vis de l'ordonnance varie au sein d'une même catégorie sociale (et de renouveler à cet égard les explications fournies par les sociologues en termes de milieux sociodémographiques et socioprofessionnels) et de rendre compte de certaines récurrences dans les conduites de personnes appartenant à des milieux sociaux hétérogènes. La question du rapport à l'ordonnance pose des questions coextensives à la première: celle du rapport au médicament bien sûr, mais aussi celles du rapport à l'écriture, à l'efficacité, au savoir et à l'autorité, incarnés par le médecin. L'enquête a été menée auprès de personnes d'origine catholique, protestante, juive ou musulmane, habitant dans le Midi de la France. L'appartenance à l'une ou l'autre de ces communautés n'a pas été envisagée comme une adhésion à un corps de croyances et donc pas comme une appartenance religieuse, mais

² Zola, I.K., «Culture and Symptoms. An analysis of patients presenting complaints», *American Sociological Review*, no. 31, 1966, pp. 624-625.

³ Fainzang, S., *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001

comme participation à un système de valeurs et à une culture. Les patients ont-ils la même attitude face à leur corps, à l'ordonnance médicale, aux médicaments et aux médecins prescripteurs selon qu'ils sont d'origine catholique, protestante, juive ou musulmane, indépendamment du phénomène de la croyance, c'est-à-dire même lorsque les individus ont pris leurs distances avec les religions en question ? La question s'est ainsi posée de savoir, une fois l'ordonnance acquise, ce que les patients en font. Quelle valeur lui accordent-ils ? Comment gèrent-ils leur ordonnance, tant du point de vue de son contenu (les médicaments prescrits), que sous sa forme matérielle (la feuille de papier) ? La gestion de l'ordonnance a également été examinée dans ses liens avec l'usage des médicaments (les modalités de leur consommation, la réinterprétation de leur prescription, les représentations dont ils font l'objet, leur place dans l'espace domestique, etc.). Des conduites différentes ont pu être mises en évidence, comme par exemple un usage plus collectif des médicaments dans les familles d'origine catholique, et plus individuel dans les familles d'origine protestante, ou encore des attitudes différentes, selon les groupes examinés, à l'égard des médicaments psychotropes.

L'appétence supposée pour ces médicaments en France et la consommation à laquelle elle donne lieu s'accompagnent paradoxalement, de fortes réticences parmi la plupart des individus à l'égard de ces substances. Or, ces réticences varient selon l'origine culturelle religieuse des patients. Les patients d'origine catholique expriment davantage leurs craintes concernant l'état corporel dans lequel les médicaments psychotropes les mettent, et en particulier le fait qu'ils « *font dormir* », mettant en cause l'état « *somnolent* » ou « *assommé* » qu'ils entraînent. C'est essentiellement l'inconfort corporel qui est refusé, la sensation désagréable qu'induit le désir de dormir en pleine journée. Cet aspect est également déploré par les patients d'origine musulmane, tout particulièrement par les femmes qui, en tant que mères de famille, se doivent d'assurer un rôle de soutien affectif, psychologique et matériel face aux autres membres de la famille, de rester vaillantes pour être aptes à s'occuper de leur famille, et de ne pas céder à un état morbide ni somnolent. La réticence des hommes d'origine musulmane à l'égard des médicaments psychotropes est davantage liée à la crainte des effets négatifs de ces substances sur le comportement social, par le biais de leurs effets délétères supposés pour le cœur, lequel représente le siège de la vie spirituelle et morale. Chez les Protestants, la réticence à l'égard des médicaments psychotropes est liée à la crainte de la dépendance que son usage est susceptible d'engendrer. Le refus du médicament psychotrope est souvent corrélé à l'affirmation de la volonté de prendre soi-même en charge ses difficultés, sans passer par la médiation de ce qui est considéré comme une béquille, de nombreuses personnes disant vouloir régler elles-mêmes directement leurs problèmes psychiques, et estimant ne pas avoir besoin d'aide ni de quelque intermédiaire. Il est à noter que le refus de la médiation dans la doctrine protestante est renforcé par la volonté d'indépendance à l'égard de l'autorité, qui prévaut dans la population protestante en France et tout particulièrement cénévole, en raison de son histoire et de ses rapports avec l'autorité politique. Les patients d'origine juive sont, en revanche, beaucoup plus enclins à évoquer la peur de la perte de mémoire que pourrait induire la prise prolongée de ce type de médicament. Or, dans la culture juive, la mémoire est une valeur cardinale qui ne doit pas être mise en péril. Si l'impératif de se souvenir n'a pas cessé de résonner chez les juifs depuis les temps bibliques, la mémoire est tout aussi valorisée par les non-croyants et par ceux qui n'ont jamais reçu d'instruction religieuse. La valorisation de la mémoire est en effet à replacer dans ses liens avec l'Histoire.

L'histoire des persécutions vécues tout au long des siècles et tout particulièrement au XX^e siècle par les juifs a renforcé cette injonction de se souvenir pour être vigilants. Ainsi, par-delà la connaissance que certains patients peuvent avoir des médicaments psychotropes, liée à la connaissance plus globale qu'ils ont des technologies médicales ou à leur milieu socioprofessionnel, les réticences sont en partie construites par des référents culturels et des dimensions symboliques.

La recherche a montré que les comportements des individus à l'égard de la santé, de la maladie et de l'autorité médicale, portent l'empreinte de leur origine culturelle religieuse et de leur histoire. Cette empreinte culturelle trouve ses formes non pas seulement dans les systèmes de pensée auxquels ces groupes se rattachent ou les doctrines sur lesquelles ils s'appuient, mais aussi dans leur histoire collective. À cet égard, l'étude invite à une remise en cause des analyses culturalistes en montrant la nécessité d'intégrer le sens et le poids de l'histoire sur l'empreinte laissée par les cultures religieuses. Cette recherche, qui relève de l'anthropologie du médicament, ne saurait s'isoler du projet anthropologique général puisqu'il s'est agi non seulement de comprendre ce qui fonde l'usage des médicaments, mais aussi ce que l'usage des médicaments nous révèle des individus et de la société.

J.C. : Au fil de vos enquêtes, vous en êtes venue à vous intéresser à un élément assez inédit de la relation entre médecin et malade, c'est-à-dire la place qu'y occupe le mensonge. Pouvez-vous m'en dire davantage ?

S.F. : Pour conduire mes enquêtes sur les usages médicamenteux, j'avais observé un grand nombre de consultations médicales lors desquelles j'avais remarqué que certains patients mentaient à leur médecin, mais aussi que des médecins mentaient à leurs patients. (Par exemple, le patient prétend avoir pris ses médicaments alors qu'il ne l'a pas fait, ou bien affirme n'avoir rien pris alors qu'il a recouru à l'automédication, le plus souvent parce qu'il craint le jugement ou la réprobation du médecin. De son côté, le médecin infirme par exemple l'éventualité des effets indésirables mentionnés sur la notice pharmaceutique ou dissimule, voire trompe le patient sur la réalité d'un diagnostic). J'entrepris donc de m'interroger sur la pratique du mensonge, sur ses diverses formes et ses raisons, tout comme n'importe quelle autre pratique sociale, pour en analyser les ressorts et les significations. Pour ce faire, j'ai mené une longue enquête de terrain sur l'information dans la relation médecins-malades, avec une réflexion sur le sens, l'usage et le rôle du mensonge, en vue d'éclairer les mécanismes en jeu dans cette pratique⁴. Qu'est-ce qui est dissimulé, protégé, à quelles fins ? À quels enjeux et à quelles logiques culturelles et sociales le mensonge répond-il ? L'étude, menée dans des services de maladies graves (cancérologie et médecine interne), a révélé que, en dépit de l'obligation légale d'informer le malade sur son état de santé (l'annonce du diagnostic, son évolution, les traitements, leurs effets ou leurs risques), l'information n'est pas toujours donnée au malade, pour des raisons diverses. Une des conditions les plus fréquemment émises à la délivrance de l'information et à l'énoncé de la vérité, est que le malade soit apte à la comprendre et/ou de la supporter. La question s'est alors posée de savoir comment les

⁴ *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.

médecins parviennent à juger de cette aptitude. Or, les observations de terrain ont révélé que le critère qui fonde le choix d'informer le patient est largement social puisque cette information est préférentiellement donnée aux malades appartenant aux catégories sociales supérieures, leur distinction laissant supposer au médecin une plus grande aptitude à comprendre l'information, et/ou une plus grande capacité à supporter l'annonce qui leur est faite, dans une confusion entre ces deux types de compétence. L'information est d'ailleurs fournie en fonction, non pas tant de l'appartenance socioculturelle réelle du patient, que du capital culturel qui lui est supposé, sur la base de l'assurance qu'il semble avoir ou qu'il affiche, et d'indices (vestimentaires, corporels, langagiers) évocateurs d'un niveau socio-culturel. À l'inverse, elle est davantage soustraite aux personnes de milieux défavorisés. Les comportements des médecins en la matière sont donc modulés non pas seulement en fonction de la capacité du patient à comprendre ou à supporter cette vérité, mais aussi en fonction de ses caractéristiques sociales, exacerbant les inégalités d'accès à l'information. Ces pratiques, entre vérités et mensonges, résultent de l'apparition de nouveaux rôles sociaux, pour les médecins comme pour les patients, aujourd'hui tirillés entre divers modèles. Les usages sociaux de la vérité et du mensonge résultent de la tension entre ces nouveaux rôles sociaux.

J.C. : Le mensonge dans la relation thérapeutique concernant la transmission de l'information du médecin vers le patient, c'est en quelque sorte l'image en miroir de l'omission, de la part du patient, d'informer le médecin des usages qu'il fait réellement de ses médicaments ou encore de l'automédication qu'il pratique. En quoi votre recherche a-t-elle permis de mettre en lumière les dimensions politiques, symboliques et matérielles de ce recours autonome au médicament ?

S.F. : Mes recherches sur les usages sociaux du médicament m'avaient amenée à constater que, bien que l'automédication ait une image différente selon l'origine culturelle religieuse des individus, elle était néanmoins le plus souvent pratiquée en secret et que, en réponse au discours médical qui tendait à considérer l'automédication comme une pratique déviante et à la réprocher, les malades n'y recouraient qu'avec le sentiment d'agir dans la transgression à l'égard du pouvoir médical, la dissimulant généralement à leur médecin. À partir de 2008 cependant, les pouvoirs publics incitèrent largement les individus à pratiquer l'automédication – y voyant un moyen efficace de réduire les charges de la sécurité sociale – et mirent en place diverses politiques (décret autorisant le libre accès aux médicaments, déremboursement d'un certain nombre de spécialités pharmaceutiques, etc.) destinées à la favoriser. Dans ce contexte nouveau, je choisis de m'interroger d'une part sur les conditions auxquelles l'utilisateur, mis en situation de devoir apprendre un nouveau comportement, décide aujourd'hui de s'automédiquer et d'autre part, de cerner les dimensions matérielles, cognitives, symboliques et politiques du recours à l'automédication⁵. L'étude a porté sur les motivations et les conditions du recours à cette pratique. Sa mise en perspective avec l'expérience passée des sujets a révélé qu'elle correspondait parfois à une tentative de contournement des médecins généralistes, équivalant ainsi à une stratégie d'esquive, lorsqu'il y a eu précédemment un recours infructueux à l'un d'eux. Le choix de cette pratique relève alors de la catégorie du

⁵ *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.

jugement, ou de l'examen critique du travail médical, puisque ce sont les doutes que le patient nourrit à l'égard de la compétence de son médecin traitant qui le conduit à choisir de s'automédiquer. Ce cas de figure montre combien le rapport à l'institution médicale est impliqué dans le recours à l'automédication.

Mais l'automédication résulte aussi parfois de la décision personnelle de donner une traduction médicale à un phénomène. En contrepoint des nombreux travaux sur la médicalisation, cette étude m'a ainsi conduite à mener une réflexion sur l'"auto-médicalisation" dont l'automédication est la mise en acte – c'est-à-dire sur la pratique consistant à décider soi-même de faire d'une situation donnée, un problème à traiter médicalement –, et à examiner sa portée sociale, voire politique.

Enfin, la question de l'automédication s'articule bien évidemment à celle de l'autonomie, valeur qui prend, dans la société contemporaine, une croissance exponentielle. Jusqu'où le patient se voit laisser la liberté d'agir sans le médecin, c'est-à-dire d'une manière qui soit émancipée de l'autorité médicale ? J'ai donc examiné le traitement social de l'autonomie dans le champ de l'automédication, en vue de cerner ses conditions et ses limites.

J.C. : À travers l'automédication et l'usage profane des médicaments à des fins thérapeutiques, la question du risque associé à leur usage allait se poser avec autant d'acuité, mais de manière différente, chez les patients que chez les médecins. Qu'en est-il ?

S.F. : La recherche sur l'automédication impliquait d'examiner comment se construisent les pratiques, à savoir à la fois comment se constitue le savoir des usagers, mais aussi quelles stratégies les individus adoptent en vue de réduire ce qu'ils perçoivent comme des risques attachés à l'automédication et aux médicaments. Les enquêtes m'avaient permis de constater que, contrairement aux allégations des professionnels de santé selon lesquels les patients n'auraient aucune conscience des risques médicamenteux — en tirant argument pour condamner la pratique de l'automédication —, les sujets sont très inquiets des risques induits par la consommation des médicaments et développent toutes sortes de stratégies (stratégies d'information, stratégies de recours et stratégies d'usage) pour limiter ces risques. J'ai alors entrepris d'étudier ces diverses pratiques (telles que les modifications de posologies, le contrôle du produit, de ses effets, les réaménagements de prescriptions, la sélection des médicaments prescrits, leur substitution, etc.). L'étude a révélé que les logiques mobilisées par les sujets, toute irrationnelles ou toute étrangères aux logiques biomédicales qu'elles puissent parfois être, empruntent à ces logiques médicales, et que les stratégies qu'ils élaborent visent à répondre à leur souci de valider et de personnaliser leurs traitements.

Je choisis par la suite d'y intégrer la manière dont les usagers gèrent les médicaments prescrits, à l'égard desquels la peur du risque médicamenteux existe également. La peur des effets indésirables notamment est ce qui fonde en partie le défaut d'« observance » (terme souvent remplacé aujourd'hui par celui de « bon usage », quoique les deux ne sauraient se confondre). Si l'on ne peut nier les effets qu'ont pu avoir les « affaires » dans le domaine pharmaceutique, qui ont contribué à renforcer la méfiance des usagers, favorisant une crise de confiance dans le domaine du médicament, l'inquiétude des patients n'est pas seulement la

conséquence des scandales sanitaires. Elle est aussi liée aussi à l'impact de leur expérience passée avec les médicaments.

Sylvie Fainzang est anthropologue, directrice de recherche honoraire de l'Inserm et membre du Cermes (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société). Elle est spécialisée en anthropologie de la maladie. Co-fondatrice du réseau de recherche MAAH (*Medical Anthropology At Home*), elle en a été la coordonnatrice scientifique jusqu'à tout récemment. Après ses premiers travaux sur un terrain ouest-africain, elle a porté son attention sur la société française, où elle a mené, au fil des ans, plusieurs enquêtes sur la relation médecin-patient et, de ce fait, apporté une contribution majeure à l'analyse des dimensions culturelles reliées aux usages du médicament dans la société française. Parmi ses principaux ouvrages, dont plusieurs ont été traduits en anglais, on compte : *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001; *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006; *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.