

Sylvie FAINZANG

Anthropologue, spécialisée dans le domaine de la santé.  
Directeur de recherche à l'Inserm et membre du CERMES  
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société)

(2006)

“Transmission et circulation  
des savoirs sur les médicaments  
dans la relation médecin-malade.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,  
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,  
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque  
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

## Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue  
Fondateur et Président-directeur général,  
**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.**

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Sylvie FAINZANG

**“Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade”.**

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de J. Collin, M. Otero & L. Monnais, **Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe**, pp. 267-279. Montréal : Les Presses de l’Université du Québec, 2006, 300 pp.

[Autorisation formelle accordée par l’auteure le 11 février 2009 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : [sylvie.fainzang@orange.fr](mailto:sylvie.fainzang@orange.fr)

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5’’ x 11’’)

Édition numérique réalisée le 14 février 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



## Sylvie FAINZANG

Anthropologue, spécialisée dans le domaine de la santé.  
Directeur de recherche à l’Inserm et membre du CERMES  
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société)

### “Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade”



Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de J. Collin, M. Otero & L. Monnais, **Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe**, pp. 267-279. Montréal : Les Presses de l’Université du Québec, 2006, 300 pp.

# Table des matières

[Introduction](#)

[Médicaments, cultures et société](#)

[Les médicaments dans la relation médecin/malade](#)

[Le savoir diagnostique et le recours aux médicaments](#)

[Un savoir dissimulé](#)

[Des consignes antagoniques](#)

[Les messages d'information](#)

[La dynamique des savoirs](#)

[Des savoirs réinterprétés](#)

[Conclusion](#)

[Références bibliographiques](#)

Sylvie FAINZANG

**“Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments  
dans la relation médecin-malade”.**

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de J. Collin, M. Otero & L. Monnais, **Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe**, pp. 267-279. Montréal : Les Presses de l’Université du Québec, 2006, 300 pp.

## INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

La présence des deux termes (« transmission » et « circulation ») dans le titre de ce chapitre n’est pas fortuite. Elle tient à la différence qu’il convient de faire entre ces deux notions, tout particulièrement en raison des effets attendus de la première et inattendus de la seconde, dans le contexte de la relation médecin/malade. Au regard du savoir, la relation entre médecin et malade est inégale et asymétrique ; l’un sait, l’autre non. Le médecin détient un savoir, concernant notamment la nature des médicaments et les modalités de leur utilisation, savoir qu’il transmet en partie aux malades en vue de leur faire adopter les bonnes conduites en matière d’usage médicamenteux.

Mais le savoir ainsi transmis rencontre et parfois se heurte à un autre savoir, celui des malades. L’usage qui est fait ici du mot savoir ne préjuge bien évidemment pas de son bien-fondé ou non. Il part du postulat que le savoir est une forme de connaissance en partie acquise par le raisonnement et l’expérience, et en partie résultant de représentations, individuelles ou collectives, liées à un contexte social donné. Un savoir d’autant plus important à prendre en compte qu’il est apte à fonder un certain nombre de pratiques sociales. Or, ce savoir est en partie échangé ; il circule et une part de ce savoir retourne au médecin. Si cette forme de savoir, notamment sur les médicaments, peut être remise en cause par la suite, ou

bien par l’autre protagoniste de la relation médicale, ceci est vrai tant pour le savoir des profanes que pour celui des professionnels de la santé <sup>1</sup>.

## Médicaments, cultures et société

[Retour à la table des matières](#)

On a montré dans une précédente recherche (Fainzang, 2001) que les conduites des malades à l’égard des médicaments étaient sous-tendues par la référence à des valeurs qui circulent à l’intérieur des groupes culturels auxquels ils se rattachent, et que le savoir même qu’ils ont sur les médicaments est construit par des logiques culturelles et symboliques qui lui donnent forme. Cette étude avait entre autres pour objectif de comprendre les logiques qui organisent les comportements des patients dans le domaine de la consommation médicamenteuse, autrement dit d’une part, de repérer les constantes dans les pratiques de consommation, et plus généralement dans les usages qui sont faits des médicaments (leur usage ne se réduisant pas nécessairement à leur consommation), et d’autre part, d’identifier les mécanismes qui sous-tendent la diversité culturelle des conduites étudiées. En examinant le rapport aux médicaments, aux ordonnances et aux médecins chez des malades de différentes origines culturelles religieuses (catholique, protestante, juive et musulmane), on a montré que les comportements des individus à l’égard des médicaments n’étaient pas exclusivement construits par leur appartenance sociale, leur âge, leur genre, ou encore leur capital scolaire, mais qu’ils portaient également l’empreinte de leur culture d’origine. Des valeurs et des représentations circulent ainsi à l’intérieur de ces groupes, et imprègnent les individus au point de « construire » en partie leurs conduites. On a ainsi montré le lien existant entre les représentations qu’ils partagent à l’intérieur d’un groupe et leurs attitudes à l’égard par exemple des psychotropes, de l’automédication, de la douleur, toutes attitudes qui mettent en jeu des valeurs qui dépassent le seul cadre médical, telles

---

<sup>1</sup> Il convient de préciser que, bien qu’il s’agisse ici essentiellement des malades, le savoir des médecins dépend également d’une information et que cette information est parfois biaisée, notamment lorsqu’elle est transmise par l’industrie pharmaceutique qui maximise parfois l’efficacité d’un médicament et en minimise les effets indésirables. Ce savoir doit bien sûr faire aussi l’objet d’une interrogation. (*Revue Prescrire*, 1999 ; 2005 ; Collier & Iheanacho, 2002 ; Lejeune, 2002).

que la soumission, l'indépendance, les représentations du corps et de la personne, etc. L'étude a montré toutefois que 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. Il convient donc d'intégrer le poids de l'histoire sur l'empreinte que laissent les cultures religieuses sur les conduites individuelles et sur les valeurs où s'enracinent les représentations et les savoirs acquis, de génération en génération, par les patients.

## Les médicaments dans la relation médecin/malade

[Retour à la table des matières](#)

On évoquera ici un certain nombre de phénomènes plus directement en lien avec les modalités de transmission des savoirs relatifs aux médicaments et avec les effets de leur circulation. Au détour de cette évocation, on verra que la circulation des savoirs peut produire autre chose que ce qui est attendu de leur transmission.

Par-delà les différences que l'on peut observer parmi les malades, en raison du fondement culturel de certaines de leurs pratiques et des valeurs sur lesquelles elles s'appuient, on trouve diverses logiques à l'oeuvre dans les comportements des patients, structurées par les représentations et les connaissances que les sujets développent et acquièrent progressivement sur les médicaments. Pour contribuer à apporter une réponse à la difficile question que posent nos sociétés modernes, à savoir : pourquoi les gens consomment-ils tant de médicaments, ou pourquoi les consomment-ils mal, ou bien au contraire pourquoi refusent-ils de les consommer lorsqu'il le faut, on se propose de pointer quelques aspects susceptibles d'expliquer ces conduites, et de montrer la place qu'occupe la circulation des savoirs sur ce plan. On verra à cet égard, que nombreux sont les comportements qui, tout en faisant obstacle à ce que les professionnels de santé appellent le bon usage des médicaments, sont en réalité le résultat d'un savoir que les patients ont acquis (ou croient avoir acquis), le plus souvent à l'intérieur de la relation médecin/malade, ou par le biais d'une information plus générale que les institutions sociales se chargent de diffuser.



Bien entendu, le savoir que les patients détiennent ne leur vient pas que de la relation médecin/malade ; il provient également des médias, qui se font parfois l'écho de l'industrie pharmaceutique. Bien que la publicité directe au consommateur pour les médicaments obtenus sur prescription soit à ce jour interdite en France, une information est transmise aux patients par la voie de la presse, d'articles de vulgarisation, et d'articles sur Internet (qui a constitué une révolution dans l'information des individus), que les patients ont d'ailleurs peine à trier et à critiquer, dans la mesure où ils n'ont pas les outils pour sélectionner l'information reçue ni ses sources. Les craintes qu'inspirent aujourd'hui certaines molécules (celebrex, vioxx), consécutives au dévoilement des risques induits par leur consommation, risques parfois objectivés par des essais mais dont les résultats ont été dissimulés, sont à la mesure de l'engouement dont ces molécules ont pu faire l'objet, suite, précisément, à la forte publicité dont elles ont bénéficié, qui a conduit les médecins à les prescrire de façon prioritaire, ou qui a conduit les patients à les réclamer à leur médecin. L'information diffusée par les médias n'est pas sans effet, par conséquent sur les comportements des malades. Mais ces effets peuvent être contraires à ceux recherchés. Ainsi, par exemple, il est intéressant de remarquer l'effet paradoxal que produisit, sur une femme, un article de journal dont le propos était d'attirer l'attention des lecteurs sur le caractère dangereux de certaines plantes <sup>2</sup>. « Même les tisanes les plus anodines doivent être maniées avec précaution », disait l'article. Cette patiente, qui ne recourait jamais à la phytothérapie, car peu convaincue par son efficacité, une fois alertée sur les effets nocifs des plantes, en déduisit qu'elles devaient donc nécessairement avoir un effet également bénéfique à l'instar des médicaments, et décida, convaincue dès lors de leur efficacité, de se soigner désormais par les plantes).

---

<sup>2</sup> « Quand les herbes médicinales sont un poison. La roulette russe des plantes chinoises », *Le Nouvel Observateur*, n° 1999, 27 février 2003.

## Le savoir diagnostique et le recours aux médicaments

[Retour à la table des matières](#)

Mais revenons-en à la relation/malade, où se joue une bonne partie des comportements vis-à-vis des médicaments. Le rapport que les malades entretiennent avec les médicaments se caractérise souvent par une réinterprétation de l'ordonnance, tout particulièrement au niveau de l'adéquation de la prescription avec le mal pour lequel ils ont consulté: ainsi, certains patients refusent de suivre un traitement s'il leur paraît non cohérent avec l'interprétation qu'ils ont de leur maladie, lorsque celle-ci n'est pas conforme au diagnostic de leur médecin. Le savoir que les patients détiennent n'est jamais exclusivement technique. Il comporte une dimension étiologique qui fait de ce savoir un savoir sur la cause et sur le sens de la maladie. Bien qu'il s'agisse là d'un savoir souvent non partagé, né des représentations du malade, il interfère de manière cruciale avec les autres motivations qui fondent les comportements des patients dans la mesure où il induit des recours thérapeutiques et des usages médicamenteux donnés. On en donnera deux exemples issus de précédentes recherches portant sur les modèles d'interprétation de la maladie (Fainzang, 2000).

Le premier est le cas d'une adolescente, souffrant de douleurs à l'oreille, qu'elle impute aux coups et aux gifles qu'elle reçoit de son père, avec lequel les relations sont tendues. Ayant consulté un médecin qui diagnostique une otite, elle se voit remettre un traitement antibiotique. Mais ce traitement, la jeune fille ne le prendra pas. Pourquoi ? Parce que cette prescription contrevient à ce qu'elle sait (ou croit savoir) de son mal d'une part, et de ce que pour quoi les antibiotiques sont normalement prescrits d'autre part. Prendre ce traitement, signifierait pour cette jeune fille cautionner le diagnostic du médecin, et du même coup, invalider sa propre interprétation de l'origine de sa maladie.

Le deuxième exemple est celui d'une dame, puéricultrice, atteinte d'un cancer du poumon, qui se voit prescrire une chimiothérapie par le médecin du service hospitalier qu'elle a consulté. Mais cette chimiothérapie ne sera pas suivie, parce que pour cette femme, ce type de traitement est conçu pour soigner habituellement les cancers du poumon, c'est-à-dire ceux qui sont habituellement engendrés,

dit-elle, par la consommation de tabac. Or, elle n’a jamais fumé. En ce qui la concerne, elle est convaincue que son cancer est le résultat de l’action malveillante de sa belle-mère à son égard, qu’elle accuse de lui envoyer des ions négatifs qui la rendent malade. Son cancer ne peut donc, selon elle, être soigné de la même manière que les cancers du poumon ordinaires. D’une autre nature, il appelle, pense-t-elle, une autre thérapie.

Dans ces deux cas, c’est le savoir diagnostique (tel qu’il a été élaboré par le patient) qui est à la fois révélateur d’un savoir sur le médicament (à travers le lien établi entre le médicament et ce sur quoi il est supposé agir), mais aussi sur ce qui a produit le mal et entraîné l’apparition du symptôme. L’interprétation du mal peut donc induire un recours thérapeutique ou un usage médicamenteux donné.

## Un savoir dissimulé

[Retour à la table des matières](#)

Le savoir transmis par le médecin reste parfois partiel. Non pas seulement parce que les médecins sont peu enclins à consacrer du temps à la transmission de l’information, mais parce que cette information leur paraît parfois préjudiciable à la santé de leur patients. C’est ainsi que certains médecins prescrivent à leurs malades des médicaments en dissimulant, voire en niant leurs possibles effets secondaires, craignant que cette information ne soit un obstacle au choix du patient de se laisser soigner (Fainzang, 2002). Ne pas transmettre cette information est une attitude d’autant plus facile que le patient, précisément, est privé de ce savoir. Ne pas lui dire, par exemple que le méthotrexate, anti-inflammatoire et anti-cancéreux, parfois prescrit à des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde pour ses vertus anti-inflammatoires, comporte également des risques d’effets cancérogènes, entre dans le cadre d’une relation médecin/patient où l’un prive l’autre d’un savoir, identique à celle que favorise l’industrie pharmaceutique.

Il a été souligné à cet égard les liens entre l’information diffusée sur les notices pharmaceutiques et le savoir concédé aux patients. M. Akrich écrit à ce sujet: « Lorsque les indications de médicaments (antidépresseurs, anti-épileptiques) sont délibérément omises, il est difficile de ne pas y voir (de la part des laboratoires pharmaceutiques) une restriction apportée aux droits du patient au nom d’une compétence que confère la position de spécialiste et de ce que l’on considère

comme un amoindrissement de la personne traitée, du fait même de sa pathologie » (Akrich, 1995, p.136), montrant très justement que la notice propose un modèle de relations entre les différents acteurs (médecin, pharmacien, patient).

Il n'est pas rare, par conséquent, que le médecin rechigne à informer le malade sur les risques du traitement pour ne pas donner prise à des conduites d'inobservance. Mais cette situation est l'expression d'un conflit de valeurs au sein de la société globale, qui rend les comportements des malades vis-à-vis des médicaments en porte à faux avec ce qui est attendu de lui.

## Des consignes antagoniques

[Retour à la table des matières](#)

En effet, les comportements à l'égard des médicaments ne sont pas liés exclusivement aux savoirs concernant ces substances. Ils sont indissociables des messages, parfois tacites, diffusés par la société tout entière sur ce que doit être le bon comportement d'un patient. On se heurte là à des logiques parfois antagoniques, qui sous-tendent à la fois l'usage des médicaments et l'attitude vis-à-vis des médecins et de leurs prescriptions. Ainsi, les valeurs auxquelles les patients se conforment dans certains cas, entrent en conflit avec d'autres, pourtant elles aussi diffusées par le système médical et la société globale. Le malade se retrouve alors pris en étau entre deux discours contraires, et donc au centre d'un *double-bind*. Ainsi par exemple, si l'observance est valorisée comme condition nécessaire à la réussite de la prise en charge médicale, elle se voit mise à mal par la référence à cette nouvelle valeur qu'est la participation du malade, impliquant son aptitude à se prendre en charge, à avoir les gestes qu'il faut quand il faut à l'égard de son propre corps, bref, à s'autonomiser. Une valeur heurte donc l'autre et les attitudes adoptées pour s'aligner sur l'une, viennent contrer l'autre. Car qui dit autonomie, dit possibilité de gérer son traitement, de juger de sa pertinence, et de prendre des décisions qui peuvent contrevenir aux prescriptions médicales, faisant dès lors du patient un malade potentiellement inobservant. En revanche, la dépossession de leur corps que l'on observe chez certains patients et la passivité qu'ils manifestent, sont la marque d'une plus grande soumission au médecin. Si celle-ci est favorable à la bonne obéissance, notion en partie incluse dans celle d'observance, elle est en revanche néfaste à une observance de la prescription, lorsque celle-ci implique précisément une participation du malade. On est donc face à une situa-

tion paradoxale où le malade se construit une place dans la relation médicale qui le rend parfois en position de mieux participer mais de moins se soumettre, et parfois de mieux se soumettre mais de moins participer.

Si l'on examine le rapport que les patients entretiennent avec les doses prescrites, on s'aperçoit que le choix de les respecter ou non, de les augmenter ou de les réduire, se fonde sur l'intériorisation de normes de conduites apprises, transmises, par la socialisation des individus en général, et l'éducation du patient en particulier : adapter et personnaliser les soins d'une part, augmenter les chances de guérir par l'augmentation de la substance curative d'autre part. La diminution des doses peut être liée au fait de reconnaître une relation entre soi et le produit — le patient désirant un traitement adapté à ce qu'il est (gros ou maigre, fort ou fragile, adulte ou enfant), mais aussi à son sexe ou à son identité (d'homme ou de femme). En revanche, augmenter les doses, c'est souvent se focaliser sur la vertu du médicament, indépendamment de l'individu qui le prend, de son cas particulier, de son identité, dans la perspective seule d'augmenter ses chances de guérir, dans une logique du cumul. On est là face à deux logiques distinctes, une logique du cumul et une logique de l'identité, qui fondent la gestion des doses chez les patients et qui, si elles ne font pas nécessairement écho aux logiques professionnelles, procèdent pourtant de la volonté de se conformer à un comportement jugé susceptible d'apporter la meilleure efficacité.

Une difficulté est en définitive que les conduites individuelles mises en cause dans le domaine de la santé ne font parfois que résulter de la volonté des patients de se conformer aux valeurs sociales et culturelles diffusées. Un autre exemple est celui de l'automédication et de l'autonomie qu'elle suppose, qui a un statut différent selon les malades et selon les médecins, amenant les uns à la dissimuler et les autres, au contraire, à la revendiquer (Fainzang, 2001). La valorisation de l'autonomie est une réalité sociale relativement récente, à l'échelle de l'histoire des liens entre médecins et malades. L'autonomie a acquis ses lettres de noblesse lorsque le corps médical a pris conscience que la prise en charge du malade par lui-même était une condition nécessaire, sinon pour guérir, du moins pour prévenir l'aggravation de la maladie. La valorisation de l'autonomie transparait notamment dans les consignes diffusées par les médecins à destination des malades atteints de maladies chroniques dans lesquelles la coopération du malade est essentielle. On en trouve ainsi la trace dans l'incitation qui est faite auprès du patient pour qu'il se prenne en charge, dans les services de maladies respiratoires par exemple, notamment lorsque les malades doivent mesurer leur souffle au

moyen d'un *peak-flow* (appareil destiné à contrôler le débit expiratoire) en vue de réguler eux-mêmes leurs doses de médicament, en fonction du taux indiqué par le test.

Toutefois, si l'autonomie et la prise en charge sont des valeurs que le corps médical cherche aujourd'hui à promouvoir (en partie à la suite de revendications de la part des malades d'ailleurs, et notamment des associations de malades), l'automédication qui en est une des conséquences est pour sa part, généralement jugée comme déviante, et à ce titre, réprouvée.

Ce que l'on veut mettre en évidence ici, c'est que tant à l'intérieur de la relation médecin/malade qu'à travers l'ensemble des messages diffusés dans la société globale, certaines valeurs sont transmises, qui produisent des effets pervers, du moins contraires à ceux escomptés. Ainsi, par exemple, à l'époque où l'on valorise largement les conduites de prévention (avec le secret espoir, de la part des pouvoirs publics, de réduire surtout les dépenses de santé, en partie induites par la consommation pharmaceutique), de nombreux patients choisissent de stocker chez eux des médicaments pour «les avoir chez soi, proche de soi, au cas où...», afin de pouvoir rapidement faire face aux premiers symptômes, avant que ne se développe la maladie. Dans une acception dévoyée de la notion de prévention, l'achat de médicaments dans la perspective de son stockage en l'absence même de besoin, est alors conçu par les sujets comme une pratique de prévention, visant à empêcher l'aggravation du mal par un accès rapide au traitement.

Certains comportements, dénoncés par le corps médical, peuvent résulter d'un savoir acquis. Ainsi lorsque des médicaments sont pris dans des situations différentes de celles pour lesquelles ils sont normalement prescrits, leur usage étant alors appelé « détournement d'usage », il faut reconnaître, indépendamment de tout jugement qui pourrait être porté d'un point de vue médical sur cette pratique, que ce détournement d'usage est en lui-même l'expression d'un savoir, acquis par l'expérience, sur l'effet que peut produire une substance donnée.

## Les messages d'information

[Retour à la table des matières](#)

Enfin, il convient de s'interroger sur les effets de la diffusion du savoir lorsqu'il y a transmission partielle de ce savoir ; on prendra ici l'exemple de la très forte et très problématique consommation d'antibiotiques en France dont les conséquences ne sont pas qu'économiques, mais bien sûr également thérapeutiques (compte tenu des résistances que cette surconsommation entraîne, et de la faible perspective de pouvoir trouver, dans un proche avenir, des molécules susceptibles de remplacer les antibiotiques actuels). La diffusion des savoirs sur les médicaments fait partie des préoccupations des professionnels de la santé et des pouvoirs publics, au point que s'est développée toute une branche de la santé publique axée sur ce qu'il est convenu d'appeler l'éducation du patient. La prise de conscience du problème posé par la surconsommation d'antibiotiques a poussé la Caisse nationale d'assurance maladie à réaliser un clip d'information à destination du grand public, dont le message explicite est qu'il ne faut pas consommer trop d'antibiotiques, et ne pas chercher à tout prix à s'en faire prescrire par son médecin. Toutefois, si l'on applique à la situation parfois créée par les campagnes d'éducation, tout l'esprit critique que les sciences sociales doivent savoir user, on se rend compte que le savoir transmis par le biais d'une information parcellaire, peut entraîner la création de faux savoirs, et avoir pour effet de favoriser des comportements contraires à ceux recherchés. On constate en effet que, pour se conformer à l'injonction de ce message, certains patients, forts de la conviction que cette surconsommation est préjudiciable, et se disant parfaitement conscients du fait qu'il est dangereux de prendre trop d'antibiotiques, déclarent que d'ailleurs, lorsqu'ils en consomment, ils prennent soin, dès la disparition des symptômes, c'est-à-dire au bout de deux jours, d'arrêter le traitement...

Une autre difficulté est la manière dont les malades entendent les propos des médecins et l'interprétation qu'ils en ont. On évoquera ici le cas des médicaments génériques dont les pouvoirs publics essaient d'assurer la promotion tant auprès des prescripteurs que des consommateurs. La méconnaissance par de nombreux patients du système des brevets les amène à déduire, logiquement croient-ils, qu'ils sont moins efficaces car le produit le moins cher doit nécessairement être le produit le moins bon. C'est la transposition d'un savoir de la sphère économique

des marchandises courantes à la sphère des brevets qui biaise l'image qu'ils sont des génériques. Les campagnes d'information et les explications fournies par les médecins dans le cadre de leurs consultations médicales sur ce que sont les médicaments génériques ont conduit de nombreux patients à dire qu'ils savaient désormais ce qu'étaient les génériques, qu'ils les acceptaient volontiers, car ils savaient que c'était la même chose que les médicaments auxquels ils étaient substitués. Cependant, sur ce sujet, deux faits observés lors des enquêtes, méritent d'être soulignés : le premier est que des patients disent qu'ils prennent sans difficulté des médicaments génériques, mais que lorsque la douleur est trop forte, ils préfèrent retourner au « vrai », indiquant, à la fois par cette pratique et par l'usage même du mot « vrai » que la représentation qu'ils ont des génériques n'en fait pas des substances d'une efficacité égale à celle des princeps. Or il y a lieu de souligner à cet égard l'usage qui est fait par certains médecins du mot « vrai » médicament pour désigner les princeps, convaincus qu'ils répondent par là à la nécessité de se faire comprendre par des patients dénués de bagage culturel. Or ils se rendent complices, sinon en partie responsables de l'image et de la mauvaise compréhension que les patients peuvent en avoir, et qui résulte en partie de cet usage.

Le 2<sup>ème</sup> fait est le cas de ces patients qui se entendent dire par leur médecin que deux médicaments (un princeps et un générique) n'étaient jamais rigoureusement identiques, fondant leur affirmation sur le fait que les excipients pouvaient différer. D'où certains patients infèrent que si la molécule est la même, le médicament, lui, ne l'est pas, et qu'il est normal que dans un cas, il puisse être moins efficace que dans l'autre.

Un autre aspect à noter en revanche est l'engouement de certains patients pour les génériques précisément parce qu'on en parle beaucoup aujourd'hui et qu'ils les considèrent donc comme de nouveaux médicaments, voire comme des médicaments innovants, donc nécessairement supérieurs. En témoigne le cas de ce patient qui disait prendre très volontiers « ces nouveaux médicaments aujourd'hui, je m'souviens plus comment on les appelle, les... génétiques ! ».



## La dynamique des savoirs

[Retour à la table des matières](#)

La réflexion sur la circulation des savoirs et des représentations qui les accompagnent ou qui les fondent, ne peut faire l'économie d'une réflexion sur ce qui se joue aujourd'hui autour d'une des questions les plus controversées dans le domaine médicamenteux en tous cas en France : l'homéopathie. Pour comprendre le mécanisme qui a conduit certains patients à se tourner progressivement vers l'homéopathie, il faut tenter de cerner comment celle-ci a acquis une relative légitimité. Les représentations de l'homéopathie chez les patients ne reposent certes pas sur un savoir académique, puisque aucune preuve de son efficacité n'a pu être trouvée par l'Académie, mais sur une image, image dont l'homéopathie bénéficie auprès de certains professionnels de santé, à son tour façonnée par la pression des patients. Nombreux sont les médecins qui aujourd'hui admettent le recours à l'homéopathie comme recours thérapeutique possible alors qu'ils y étaient très majoritairement hostiles auparavant, et qui fondent leur point de vue sur les témoignages de leurs patients. Or on s'aperçoit que les médecins qui reçoivent les témoignages de patients convaincus de l'efficacité de ces médicaments, se font parfois eux-mêmes les colporteurs de ces témoignages auprès d'autres patients, tout en leur disant qu'ils n'y croient pas trop. On peut parler ici davantage de circulation que de transmission puisqu'elle se fait dans les deux sens, s'enrichissant au passage d'éléments qui, historiquement, ont permis cette circulation.

En outre, les patients tirent des leçons de certains faits dont les conséquences échappent parfois à ceux qui les produisent : ainsi le remboursement par les pouvoirs publics d'une partie de ces médicaments a mis dans les esprits que c'était une preuve de leur efficacité. Leur déremboursement n'altère pas cette image mais s'inscrit simplement, aux yeux des usagers, dans le champ des mesures d'économie entreprises par le gouvernement à l'égard des médicaments allopathiques également. Un point à cet égard est à signaler, c'est que l'homéopathie a acquis sa légitimité aux yeux de certains patients à partir du moment où elle a été envisagée comme un recours alternatif à celui qu'offre la biomédecine, dont les professionnels de santé s'accordent pour penser qu'elle induit une trop grande consommation médicamenteuse. Un avis dont se font l'écho d'ailleurs les messages d'éducation pour la santé, eux-mêmes relais des politiques publiques. Un nou-

veau savoir s’est donc fait jour, selon lequel il est nocif de consommer trop de médicaments chimiques, favorisant dès lors le recours à une médecine qui, paradoxalement, est décriée par de nombreux médecins.

## Des savoirs réinterprétés

### [Retour à la table des matières](#)

Les conduites profanes condamnées par les professionnels de la santé s’avèrent donc être souvent en réalité le résultat inattendu de l’assimilation, par les patients, des discours et des savoirs transmis par le milieu médical. Il en va ainsi notamment de la mauvaise observance qui résulte en partie d’une intériorisation de modèles médicaux. En effet, un des aspects à souligner à propos des conduites d’inobservance est la difficulté, pour les malades, d’admettre l’existence de maladies asymptomatiques. C’est d’ailleurs une des raisons pour lesquelles l’observance est parfois difficilement réalisable dans le cas de certaines affections chroniques (comme par exemple l’hypertension), dans la mesure où, bien souvent, le malade ne se considère pas malade s’il ne perçoit pas le symptôme et ne voit pas l’intérêt de suivre un traitement pour soigner une maladie dont ils ne perçoivent pas, précisément, les symptômes. La place accordée aux symptômes fonde tout à la fois l’observance et le jugement porté sur l’efficacité d’un traitement, puisque les traitements sont souvent arrêtés trop tôt, dès l’arrêt des symptômes. On pourrait se contenter de commenter cet état de fait en disant que le savoir sur le médicament est aussi défaillant que celui sur la maladie. Pourtant, que se passe-t-il ici ? Le malade effectue un repérage des symptômes comme outil de lecture du mal et de l’opportunité des médicaments. Une telle attitude lui a été enseignée à travers l’expérience de l’examen clinique auquel sa socialisation en tant que malade l’a habitué (cf. Foucault, 1963). La clinique vise au repérage des symptômes. La conduite du patient résulte donc d’un savoir sur le sens même de la clinique, à travers laquelle il a appris que la lecture d’un symptôme renseigne sur l’existence du mal. Le rôle du symptôme, qui joue comme indicateur privilégié et dont la recherche préside à l’examen clinique en vue de l’élaboration du diagnostic, prend ici, par son absence, une signification iatrogène puisque les conclusions qu’en tirent les patients peuvent entraver le suivi du traitement.

## CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

La relation médecin /malade est aujourd’hui grandement modifiée par la technicisation (dans certaines consultations, le regard du médecin est davantage porté sur l’écran d’un ordinateur ou sur les produits de l’imagerie médicale que sur le corps du malade. Le fait que l’examen clinique soit en recul vis-à-vis d’autres moyens d’investigation n’est pas totalement sans conséquence sur le malade ; en effet, le patient participe au savoir fourni par l’examen clinique ; le malade sait où il a mal, le médecin ne sait pas ; il sait et exprime sa douleur et délivre ainsi une information au médecin qui l’ausculte. L’expression de la douleur est précisément ce par quoi le malade transmet au médecin une part de ce savoir. Le savoir de l’expérience s’oppose ici au savoir de la science. Mais le savoir essentiel reste aux mains du médecin, ne serait-ce que parce que le savoir de l’expérience est insuffisant à gérer et à résoudre le problème que celle-ci peut contenir et que seul le savoir de la science peut y parvenir. C’est le malade qui a besoin du savoir du médecin et non l’inverse.

Notre propos n’a pas été ici seulement de souligner le caractère partiel ou déficient de la transmission du savoir médical ; il est, dans une perspective de sciences sociales, de mettre en évidence l’existence de faisceaux complexes de savoirs, résultat de l’interaction entre divers systèmes de pensée, et qui se combinent pour donner naissance aux pratiques sociales relatives aux médicaments. Celles-ci ne sont pas dénuées de logiques mais ces logiques sont le résultat d’une recombinaison, d’une combinaison d’éléments qui empruntent pour partie au discours médical, et pour partie à des logiques culturelles ou symboliques, présente dans des proportions variables dans la population globale. Les savoirs autour des médicaments sont des produits de cette recombinaison.

Au contraire de la transmission du savoir (qui suppose de le faire connaître, de le communiquer de façon unilatérale), sa circulation implique un échange, un mouvement circulaire entre les protagonistes, aux termes duquel les savoirs sur le médicament deviennent un composé, résultant d’une élaboration plurielle, dont les auteurs ne sont pas les seuls producteurs, mais aussi les usagers. Comprendre comment se construisent ces savoirs est donc indispensable pour l’étude des conduites de prescriptions comme de consommation.

## Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

\*\*\* (1999). « Visite médicale : le bilan accablant du Réseau d'observation de la revue Prescrire », *Revue Prescrire*, vol. 19, n° 193, p. 226-231.

\*\*\* (2005). « Le Réseau d'observation de la visite médicale », *Revue Prescrire*, vol. 25, n° 259, p. 191 [<http://www.prescrire.org>].

Akrich M. (1995). « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et cultures*, n° 25-26, p. 129-157.

Collier J. & Iheanacho I. (2002). « The pharmaceutical industry as an informant », *The Lancet*, vol. 360, n° 9343, p. 1405-09.

Fainzang S. (2000). *Of Malady and Misery. An Africanist Perspective of Illness in Europe*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers (Coll. Health, Culture & Society).

Fainzang S. (2001). *Médicaments et Société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses universitaires de France.

Fainzang S. (2002). «Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship», *Anthropology & Medicine*, Vol. 9, n° 2 (n° special: "Towards a Medical Anthropology of Lying"), p. 117-133.

Fainzang S. (2006). *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France.

Foucault M. (1963). *Naissance de la clinique. Archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France.

Gruhier F. (2003). « Quand les herbes médicinales sont un poison. La roulette russe des plantes chinoises », *Le Nouvel Observateur*, n° 1999.

Lejeune S. (2002). « Information médicale : l'inquiétante mainmise de l'industrie », *Medhermes* [[www.medhermes.com](http://www.medhermes.com)].

**Fin du texte**