

La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales

**Catherine Garnier,
Directrice du groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales
(GEIRSO), chercheure à l'Institut Santé et Société, chercheure à l'Institut des sciences
cognitives et chercheure à l'Institut des sciences de l'environnement
Université du Québec à Montréal (UQAM)**

Il n'était vraiment pas possible que le médicament ne soit pas abordé par les tenants des représentations sociales, tant cet objet social correspond aux critères généralement retenus pour décider si un objet est ou n'est pas social. Inutile de préciser ici qu'il ne s'agit pas d'objectiver les représentations sociales, mais d'en circonscrire le contour qu'en dessinent les différents groupes sociaux. Il y a donc un grand parti à tirer de cette affaire. Pourtant, lorsque l'on parle de représentations dans le champ d'étude du médicament, ce n'est que dans un sens commun et la plupart du temps en marge des théorisations qui ont cours dans le domaine des représentations sociales. Il est vrai que le territoire est vraiment immense et peut rebuter au premier abord.

Toutefois, la santé occupe une place majeure dans nos sociétés, et avec elle, les médicaments qui s'insinuent dans toutes les sphères de la vie sociale. Les médicaments concernent presque tous les acteurs sociaux, et ce faisant, les enjeux qui entourent les médicaments sont nombreux et entraînent avec eux des problématiques d'une grande complexité. On peut donc s'interroger sur l'ampleur des dynamiques sociales marquées d'une interdépendance incontournable des acteurs en présence, tandis que de nombreux travaux restent parcellaires. Une approche holistique serait davantage appropriée, d'où l'idée de chaîne du médicament. Une réflexion interdisciplinaire basée sur la théorie des représentations sociales apporte une contribution certaine pour comprendre les interrelations entretenues par les divers groupes qui interviennent à propos de ce que nous avons appelé la «chaîne des médicaments». Cette approche peut offrir, pour le champ du médicament, de nouvelles perspectives et pour le domaine des représentations sociales, des opportunités de développements théoriques.

1. LA CHAÎNE DES MÉDICAMENTS

L'idée de chaîne du médicament émerge de l'examen des travaux qui portent sur cet objet. En effet, si l'on étudie ce que les différentes traditions de recherche proposent, on s'aperçoit que le médicament est appréhendé généralement à partir d'un des aspects de son parcours qui va de sa naissance au suivi de sa consommation. En anthropologie, dans une vaste revue de questions, van der Geest, Whyte et Hardon (1996) montrent la diversité des thèmes abordés dans des chantiers de recherche indépendants les uns des autres. Son analyse suit le découpage du parcours du médicament, dont il retient cinq moments : production, diffusion-distribution, prescription, consommation et évaluation de l'efficacité. L'intérêt de cette revue de littérature est incontestable pour catégoriser les travaux sur le médicament compte tenu des acteurs concernés et de la

diversité des situations dans lesquelles on le retrouve. D'une certaine manière, le parcours du médicament dans son entier n'est jamais pris pour objet d'étude sauf, peut être, pour une revue de questions synthétiques comme le montre le travail de van der Geest, Whyte et Hardon, (1996). Chaque chercheur répond à des questions pratiques qui sont guidées plus par les nécessités et les intérêts locaux que par une logique générale d'investigation, ce que semble aussi confirmer Nichter et Vukovick (1994, 1997). En fait, les travaux sur les médicaments sont ainsi parcellisés selon Albrecht, Fitzpatrick et Scrimshaw (2000), parce que les auteurs rencontrent de grandes difficultés dès qu'ils veulent aborder toute la richesse contenue dans le parcours du médicament. Cette richesse s'exprime dans les différents niveaux d'analyse, qui vont de l'expérience individuelle et des micro interactions, aux relations professionnelles et organisationnelles, se situant au niveau macro des politiques de la santé. Ce serait donc la raison pour laquelle les travaux, bien que diversement abordés, le soient de manière parcellaire (van der Geest, Whyte et Hardon, 1996 ; Garnier et al, 2000 ; Nitcher et Vukovic, 1994).

Or, ces découpages ne prennent pas en compte les relations multiples qui s'installent entre ces différents moments du parcours de la chaîne des médicaments et les différents acteurs. En fait, les médecins prennent la décision de prescrire dans un faisceau complexe d'interactions multiples, en particulier avec les compagnies pharmaceutiques, les pouvoirs publics et les malades. Inutile d'insister ici sur des exemples plus précis car tout un chacun garde présent à l'esprit la dynamique qui entoure les questions des génériques et des rétributions des consultations des médecins qui ont amplement été médiatisées en France. Mais on est à peine surpris de retrouver ces mêmes questions et ces mêmes enjeux ailleurs, comme au Canada par exemple. Certaines de ces interactions sont, certes, évoquées dans la littérature par certains investigateurs et prescripteurs qui en tiennent déjà compte, mais il reste que la plupart s'attache plutôt, d'une part, à étudier une séquence de la vie du médicament en particulier et, d'autre part, à le considérer comme un objet à priori pour lui-même, comme un simple objet matériel. Contrairement à cette option qui a été inspirée par les séquences de van der Geest, Whyte et Hardon (1996) mentionnées précédemment, nous retenons plutôt trois composantes : celle de production-distribution, de prescription-consommation et d'évaluation-efficacité. Ces trois moments sont des sortes de points d'orgue dans une partition où les relations entre ceux-ci sont déterminantes. En d'autres termes, il s'agit d'étudier la partition dans sa totalité et non de s'arrêter au point d'orgue. Par ailleurs, le médicament, loin d'être un simple objet matériel à ingérer, est amplement reconnu comme un objet social qui porte sa horde de productions symboliques. Ces productions sont alimentées par l'imaginaire des différents groupes humains à tous les moments du parcours du médicament. En fait, les propos de Rouquette résument bien cette idée que cet objet social est «conçu comme le référent d'une pluralité de discours à la fois centrés sur le social et déterminé par lui: ce qu'on dit d'un objet social constitue en partie celui-ci dans le triple sens où il en témoigne, en procède et le construit.» (Rouquette, 1994, p. 142). De façon plus générale, les débats sur l'objet social ont été nourris par les réflexions de Wagner (1994, 1996), Moliner (1993), Moscovici (1999) et permettent ainsi d'ouvrir la discussion sur ces aspects qui ont été négligés au profit de réponses locales générées par des questions spécifiques sur chaque médication. Au contraire, dans une perspective d'ouverture, Nichter et Vukovic proposent qu'«At this time of rapid social transformation, an anthropology of pharmaceutical practice must look beyond substances to processes of signification, beyond rational drug use to rationales for using drugs» (Nichter et Vukovic, 1994, p. 1520).

Si l'on retient une telle recommandation, cela implique deux conséquences, l'une concrète au plan des acteurs et la seconde, théorique quant à l'approche des significations sociales et des symbolisations qui circulent dans ce large système ouvert. Dans le premier cas, bien que les séquences de vie des médicaments soient à l'évidence linéaires, les acteurs y vivent, toutefois, une interdépendance dans un système de relations dynamiques, à la manière d'une chaîne, dont les maillons enchevêtrés, sont rendus tous solidaires les uns des autres; cette chaîne n'est donc pas n'importe quelle chaîne, elle est une chaîne systémique dans le sens ou l'entendent Lemoigne (1995) et Maestre (1985) et elle l'est d'autant qu'on ne peut prendre en compte l'enchevêtrement des questions concernant les produits médicamenteux comme une entité générique, si l'on veut traiter différents types de médicaments dans une actualisation dont la complexité est incontournable.

Dans une telle perspective, sur le plan théorique, il est alors impossible d'aborder la question des médicaments hors de ce système social qui lui prête vie et donc, dans sa pluralité. Cette vision interactionniste nous a donc conduit à adopter l'expression de chaîne des médicaments (Garnier 2001), dans laquelle les différents acteurs concernés articulent entre eux, dans leurs interactions, les champs des différents types de savoirs, symbolisations, régulations et pratiques. En quelque sorte, cette chaîne des médicaments est générée par des rapports sociaux complexes faisant justement intervenir ces savoirs, ces régulations, ces interrelations entre acteurs et les usages qui sont au cœur de systèmes de représentations des différents groupes en présence dans la société et même d'une société à l'autre. En fait, on pourrait dire qu'avec ce nouveau concept de chaîne des médicaments, le médicament devient médiateur et permet des transactions entre les différents acteurs, à l'intérieur de balises définies dans les rapports sociaux, par les conceptions qui sont généralement développées. Pour les uns, le médicament est une substance qui change la condition de l'organisme vivant dans le cadre du modèle biomédical alors que pour les autres, il est médiateur de rapports symboliques mettant en scène l'humain dans son environnement. Ces visions s'affrontent bien sûr et ouvrent sur des rapports plus ou moins conflictuels dans une société donnée. C'est ainsi, dans un tel contexte de rapports conflictuels, mettant en scène différents groupes sociaux, que la théorie des représentations sociales s'impose comme outil théorique privilégié. Elle est aussi édifiée sur fonds des enjeux multiples auxquels la chaîne des médicaments donne lieu.

2. ENJEUX SOCIAUX ET LE MÉDICAMENT

Si la représentation s'élabore ainsi au cœur même des différents enjeux qui sont suscités par un objet dans l'interaction sociale, comme le prétend d'un côté Doise (1986, 1990 a et b, 1992) ou encore Moliner (1993), alors les médicaments font vraiment partie de l'imaginaire collectif. Un rapide survol montre assez bien aujourd'hui, l'ampleur de ces différents enjeux ainsi que la complexité des problématiques qu'ils soulèvent, étant donné la multiplicité de leurs interrelations et les symbolisations qu'ils suscitent. Ces enjeux sont de différents ordres : économiques, politiques, commerciaux, sanitaires, médiatiques, scientifiques, bioéthiques et sociaux. Les enjeux économiques et politiques sont particulièrement spectaculaires et sollicitent toute la société et ses appareils décisionnels. En effet, on assiste à une augmentation rapide de la consommation pharmaceutique et aux coûts des traitements médicamenteux, qui selon Medcost (2001), atteignaient 322 milliards en 1999, pour l'Amérique du Nord, l'Europe et le Japon soit 80% du marché pharmaceutique en mars 2001. Cette augmentation, qui, déjà en 1986 semble

irréversible, selon Burgess (1986), s'est accentuée avec le vieillissement de la population et le lobbying exercé par l'industrie pharmaceutique auprès des pouvoirs publics depuis 1990. Chacune des industries voit dans la logique de marché, la solution à la crise actuelle. Le traitement médicamenteux représente à lui seul la menace la plus sérieuse exercée sur les dépenses liées à la santé.

L'augmentation de la consommation des médicaments, en plus du coût médical et social, fait intervenir un autre enjeu qui est celui du risque pour la santé, en particulier avec les abus de consommation qui ont de graves conséquences sur la santé des populations. Citons à ce chapitre l'affaire récente de Bayer concernant les effets secondaires des médicaments, les effets pervers tels que l'utilisation humaine et animale intensive de médicaments (FRM, 2000), le phénomène important de pharmacorésistance dans le cas des antibiotiques (CCRA, 2000). Globalement, selon l'institut Suisse de prophylaxie de l'alcoolisme (1989), ces abus vont du mauvais usage à l'abus toxicomane. Bien que le tableau soit sombre, on doit toutefois opposer à ces dérives l'amélioration des indices de santé et de vie et de durée de vie, en particulier avec l'avènement de la pénicilline (Meyer 1984, 2000). Ces divers enjeux sont mis au grand jour par les médias qui, en dénonçant différentes affaires, comme celle du médicament pour l'hypertension de Bayer en 2001, les débats Nord/Sud sur les médicaments pour le sida, informent sur les modes de reconnaissance des médicaments, les conditions de commercialisation et l'utilisation des médicaments. En effet, on peut voir ainsi comment les procès contre les compagnies pharmaceutiques intentés par le gouvernement Sud Africain, depuis 1997, débouchent sur l'amendement de la loi concernant le contrôle des médicaments et de substances connexes ainsi que sur un accord visant la réduction des coûts des produits pharmaceutiques pour les pays en voie de développement (*Medicines and Related Substance Control Amendment Act*).

D'une certaine manière, les mass médias couvrent de plus en plus l'ensemble de la chaîne des médicaments. Ils permettent ainsi de soulever des questions gênantes pour les compagnies pharmaceutiques mais aussi, pour les scientifiques, longtemps protégés par une sorte d'immunité que leur octroyait leur statut d'homme de science. Citons le cas des essais cliniques sur un médicament relatif à l'asthme qui a entraîné le décès d'un sujet humain. Après avoir relevé 24 transgressions à la réglementation dans ces essais, le Bureau fédéral de protection en matière de recherches humaines (OHRP) a ordonné la suspension des essais cliniques de l'Université Johns Hopkins. En fait, des problèmes majeurs sont observés au niveau des essais cliniques, selon Marks (1999), qui souligne les luttes de pouvoir entre théories rivales concernant les inférences statistiques. Aujourd'hui, que penser de l'hormonothérapie par exemple? Il s'agit bien d'enjeux scientifiques qui résultent entre autres, selon Scrambler (1987), de l'appauvrissement théorique dans le champ de la sociologie médicale. Cet appauvrissement serait dû à des cadres théoriques axés sur les seules contingences de la pratique. Il serait aussi dû à la réductionnisme issu du pouvoir de l'expertise médicale sans remise en question, et enfin, selon Meyer (1984, 2000), à la confrontation des paradigmes qui se concrétise par le passage de la description de symptômes à des préoccupations étiologiques et mécanistiques et l'éclosion du paradigme moléculaire et maintenant génétique. Finalement, les enjeux éthiques du médicament dépassent largement le cadre de la santé et posent des questions fondamentales sur le devenir de l'être humain et de toute la société dans la post-modernité.

Ces différents enjeux n'interviennent pas isolément mais se complexifient en s'entremêlant car ils font intervenir différentes sphères simultanément. Citons quelques exemples, comme la

légalisation de substances illicites, telle la marijuana pour les maladies en phase terminale (Santé Canada, 1998), la médication de remplacement avec la méthadone dans le traitement de toxicomanies (Santé Canada, 1994), la récente mise en marché de «l'alicament» (Agriculture et agroalimentaire Canada, 2001), l'introduction de médicaments dans les aliments ou encore dans l'alimentation animale qui ont, entre autres, pour conséquence la résistance aux antibiotiques (CCRA, 2000; FRM, 2001). En conséquence, les problématiques sociales liées au médicament se complexifient aussi, comme par exemple, dans la tuberculose, qui est en recrudescence et qui fait intervenir les pouvoirs publics et les pharmaciens, ces derniers devant parvenir à mieux contrôler la consommation des antibiotiques chez les toxicomanes. En fait, les problématiques s'entrecroisent, pauvreté, toxicomanie et maladie se combinent et débordent le problème restreint de l'infection par le bacille de Koch (Cotnoir, 1995). L'interdépendance est à son comble ici et l'on voit bien que les problèmes ne peuvent être isolés les uns des autres. Cette perspective n'a pas encore été envisagée concrètement bien que nombre de chercheurs en anthropologie médicale ou de la santé et en particulier, Fernand Dumont (1985), qui, conclut ses analyses par la nécessité d'un changement de point de vue dans nos sociétés; c'est-à-dire en marge des frontières disciplinaires une prise en compte de la complexité plutôt que le réductionnisme.

Or, l'univers décisionnel reste généralement au niveau de réponses parcellaires dont les logiques peuvent rapidement devenir contradictoires, donc susceptibles de faire naître des conflits et des crises et même des ruptures dans et entre les différents groupes sociaux concernés. À l'heure actuelle, il n'y a pas de synthèse cohérente. Il faudrait donc dépasser les approches réductionnistes centrées sur les différentes étapes que parcourt le médicament dans la société, de sa production à sa consommation (chaîne des médicaments) en analysant systématiquement les interrelations entre acteurs à l'aide de l'étude des systèmes de représentations sociales, des pratiques et des modalités de la communication (crise et ruptures) qui caractérisent les rapports sociaux impliqués par les médicaments.

3. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

L'examen des médicaments dans les rapports sociaux implique, selon Fainzang (2001), la prise en compte des processus représentationnels, communicationnels et de symbolisation qui interagissent avec les pratiques sociales. Dans cette perspective, les acteurs sociaux, que ce soient les médecins, les patients, les représentants de l'industrie ou les pharmaciens, etc. sont, au cours de leurs interactions, les constructeurs des représentations sociales. Ces dernières constituent un tissu social à partir duquel les groupes sociaux se distinguent les uns des autres par leurs façons de penser, de se représenter l'environnement, d'agir et de communiquer. Si l'on reconnaît que pratiques et représentations sociales sont indissociables et s'engendrent mutuellement, on doit aussi admettre que ces liens ne sont pas établis au hasard mais obéissent à une logique qui doit être analysée et prise en compte dans le contexte social (Garnier, 2000; Guimelli, 1994a; Palmonari et Zani, 1989; Singéry, 1994; Abric, 1994; Bourdieu, 1980; Giddens, 1976; Garfinkel, 1967). Il ne s'agit donc pas d'isoler l'objet médicament, ni non plus les différents groupes les uns des autres. Au contraire, le chercheur se voit dans l'obligation d'aborder la complexité et la pluralité que les enjeux autour des médicaments ne manquent pas d'imposer comme nous venons de le voir. Ce chercheur doit donc prendre en compte, non seulement les diverses représentations des médicaments, mais aussi leur combinaison, avec celles d'objets qui entretiennent des liens particuliers avec eux dans un contexte donné.

Déjà, plusieurs auteurs dont Morin (1994), De Rosa (1995), Vergès (1995) et Garnier (1999, 2000, 2001) ont théoriquement discuté cette idée et le médicament offre, aujourd'hui, une belle opportunité de faire l'exploitation empirique approfondie de cette idée. En effet, ces représentations sont diversement combinées suivant les contextes dans lesquels elles s'actualisent. Dans le cas des médicaments, on peut s'attendre à ce qu'ils soient diversement associés par les groupes, suivant la séquence de la chaîne, à d'autres concepts comme santé et maladie mais aussi prescription, molécule, génétique, protéomique, etc. Ainsi, il ne suffit plus de savoir ce que pensent les uns et les autres des médicaments, mais aussi de savoir comment ceux-ci articulent ces divers objets et leurs représentations dans des systèmes représentationnels. De plus, ces systèmes, générés par les différents groupes sociaux, ont à s'articuler entre eux dans la dynamique sociale. On peut donc s'interroger sur les contrastes qu'il peut y avoir entre les systèmes représentationnels des différents groupes, sur leur incidence le long de la chaîne ainsi que sur les pratiques, en particulier celles de consommation.

Au bout de l'opération, le chercheur tente de pénétrer deux articulations différentes, celle entre objets et celle entre groupes d'acteurs. Le défi est considérable, mais l'entreprise, chemin faisant, peut aussi contribuer doublement à la réflexion théorique. Cette réflexion peut nourrir empiriquement les premières idées concernant l'organisation de constellations conceptuelles sous-jacentes à la dynamique de systèmes de représentations multiples entre objets, mais aussi celles de représentations plurielles suscitées par les différents groupes d'acteurs concernés. Enfin, elle peut aussi contribuer à la réflexion structuraliste. Si celle-ci peut s'écarter du point de vue unitaire de la théorie du noyau central, alors on peut imaginer des développements dans lesquels certains objets complexes susciteraient des organisations complexes sous forme d'agrégats d'éléments articulés diversement suivant le contexte?

RÉFÉRENCES

- Abric, J.-C. (Éd.). (1994). *Pratiques sociales & représentations*. Paris : PUF.
- Agriculture et Agroalimentaire Canada. (2001). *Aliments fonctionnels et nutraceutiques. Marché, industrie, distribution*. Gouvernement du Canada.
<http://www.agr.ca/aliments/nff/ffnmrktf.html>
- Albrecht, G.-L., Fitzpatrick, R., & Scrimshaw, S.-C. (Éds.). (2000). *Handbook of social studies in health and medicine*. London : Sage.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Minuit.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction, Critique sociale du jugement*. Paris : Minuit.
- Burgess, M. (1986). An empirical grounded approach to ethical analysis and social change. In S. Fisher & A. D. Todd (Éds.), *Discourse and Institutional Authority : Medicine, Education, and Law; vol. XIX Advance in discourse processes*. Norwood : Ablex.
- CCRA (2001). Épidémiologie de la pharmacorésistance, site web. *Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques*.
- Cotnoir, M. (1995). *La mise en marché du médicament en droit canadien*. Montréal : Les éditions Thémis.
- De Rosa, A.-S. (1995). Le «réseau d'association» comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales. Structure, contenus et polarité du champ sémantique. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28(4), 96-122.
- Doise, W., Clémence, A., & F. Lorenzi-Cioldi (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble : P.U.G.
- Doise, W. (1990a). Social biases in categorization processes. In J.-P. Caverni, & J.M. Fabre (Éds.). *Cognitive biases. Advances in psychology* (pp. 305-323). Amsterdam : North-Holland.
- Doise, W. (1990b). Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet, & J.F.
- Richard (Éds.). *Traité de psychologie cognitive, Cognition, représentation, communication* (tome III) (pp. 111-174). Paris : Dunod.
- Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology*. New York : Cambridge University Press.
- Dumont F. (1985). Le projet d'une anthropologie médicale. In J. Dufresne, F. Dumont, & Y. Martin (Éds.). (1985), *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la*

- maladie* (1-39). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec; Québec : Institut québécois de recherche sur la culture; Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Fainzang, S. (2001). L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sciences Sociales et Santé*, 19(2), 5-27.
- FRM (2000, mai). La résistance aux antibiotiques, site web. *Fondation pour la recherche médicale*.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Garnier, C. (2001a). Explorer et favoriser le développement interdisciplinaire autour des pratiques liées à la médication. Subvention CRSH 2000-2003-Initiatives de développement de la recherche.
- Garnier, C. (2001b). L'interdisciplinarité dans la recherche et la formation en recherche. In *Journée sur l'Interdisciplinarité du GEIRSO*. Montréal : GEIRSO (Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales), UQAM.
- Garnier, C., Proulx, R., Marchand, N., Marinacci, L. (2000). L'interdisciplinarité comme alternative dans la formation universitaire. *Présentation au Colloque international AECSE/CREFI sur les pratiques dans l'enseignement supérieur*, 2-4 octobre 2000, Toulouse, France.
- Garnier, C. (1999). La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale. In M.-L. Rouquette & C. Garnier (Éds.), *La genèse des représentations sociales* (87-113). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration*. Paris : PUF.
- Guimelli, C. (Éd.). (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Le Moigne, J.-L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris: PUF.
- Maestre, C.-J. (1985). *Histoire et contenu d'une approche des systèmes*. Paris: Université Paris IX - Dauphine (LAMSADE).
- Marks, H. (1999). *La médecine des preuves ; Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Le Plessis-Robinson (France) : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- MEDCOST (2001). Afrique du Sud: le bout du tunnel, MEDCOST, 2001, 17 août, ~ site web http://www.medcost.fr/html/pharmacies_ph/mag_2001/mag17_competitivite.htm

- Meyer, P. (1984). *La révolution des médicaments. Mythes et réalités*. Paris : Arthème Fayard. 377 p.
- Meyer, P. (2000). *Philosophie de la médecine*. Paris : Grasset.
- Moliner, P. (1993). Cinq questions à propos des représentations sociales. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 20, 5-14.
- Morin, M. (1994). Entre représentations et pratiques : le sida, la prévention et les jeunes. In J.-C. Abric (Éd.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 109-144). Paris : PUF.
- Moscovici, S. (1999). Social representations – Theory and social constructionism. « Mailing list » du site Internet *Social Representations*.
- Nichter, M., & Vuckovic, N. (1997). Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States. *Social Science & Medicine*, 44(9), 1285-1302.
- Nichter, M., & Vuckovic, N. (1994). Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science & Medicine*, 39(11), 1509-1525.
- Palmonari, A., Zani, B. (1989). Représentations sociales dans les professions psychologiques. In D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 319-339). Paris : PUF.
- Rouquette, M.-L. (1994). *Sur la connaissance des masses : essai de psychologie politique*. Grenoble : PUG.
- Rouquette, M.L. (1996). Social Representations and Mass Communication Research. In *The Executive Management Committee* (pp. 221-231). Cambridge MA : Blackwell.
- Scambler, G. (1987). *Sociological Theory and Medical Sociology*. Londre et New York : Tavistock Publications.
- Singéry, J. (1994). Représentations sociales et projet de changement technologique en entreprise. In J.-C. Abric (Éd.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 179-216). Paris : PUF.
- van der Geest, S., Reynolds Whyte, S., Hardon, A. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: a Biographical Approach. *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.
- Vergès, P. (1995). Représentations sociales partagées, périphériques, indifférentes, d'une minorité : méthode d'approche. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 7-95.
- Wagner, W. (1996). Queries about social representation and construction. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26(2), 95-120.
- Wagner, W. (1994). Fields of research and socio-genesis of social representations: a discussion of criteria and diagnostics. *Social Science Information*, 33(2), 199-228.