

APPORT DE LA SOCIOLOGIE A L'EPIDEMIOLOGIE. DES REPRESENTATIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE A L'ANALYSE DE LA PRODUCTION DES FAITS SCIENTIFIQUES*

Emmanuelle Fillion¹

RESUME

L'épidémiologie est désormais omniprésente dans l'univers de la santé, humaine ou animale. Pourtant, scientifiques et acteurs de politiques publiques butent régulièrement sur la « résistance » des populations à adopter le comportement adapté aux savoirs épidémiologiques.

Cet article propose d'examiner les apports de la sociologie pour comprendre ces phénomènes de possible déconnection, grâce - notamment - aux travaux sur la perception des risques, en lien avec les représentations profanes de la santé et de la maladie. Nous montrerons ensuite l'intérêt de travaux sociologiques plus récents, qui ont analysé les conditions de production et de succès - ou d'insuccès - du discours épidémiologique. Ceux-ci montrent que l'épidémiologie fait partie d'un monde social beaucoup plus vaste que celui des spécialistes. A ce titre, l'épidémiologie doit intégrer au cœur de sa pensée les enjeux politiques et culturels associés aux questions de santé.

Mots-clés : épidémiologie, sociologie, politiques de santé publique, représentations, débats publics, enjeux politiques.

SUMMARY

Epidemiology is henceforth omnipresent in the area of health by the « resistance » of populations to adopt a behavior reflecting epidemiological knowledge.

This article sets up to examine the contributions of sociology to understand the phenomenon of possible deconnection through - most notably - works on risk, perception together with laymen's representations of health and disease. We shall then demonstrate the contribution of more recent sociological works, which analyzed the conditions of production and success, or failure, of the epidemiological speech. These works show that epidemiology is part of a social world much larger than that of experts. As such, epidemiology has to integrate in the core of its thought political and cultural stakes associated with health matters.

Keywords: Epidemiology, Sociology, Public health policies, Representation, Public debates, Political stakes.



* Texte de la conférence présentée au cours des Journées scientifiques AEEMA, 20 mai 2010

¹ Maître de conférences en sociologie à l'Université de Bretagne occidentale (UBO), chercheuse à l'ARS (UBO) et chercheuse associée au CERMES (CNRS/INSERM/EHESS), France

Lorsque sont élaborés des savoirs épidémiologiques, une question suit immédiatement : comment faire en sorte que les populations et les individus conforment leurs comportements à ces savoirs ?

La pensée naïve montre vite ses limites, selon laquelle l'information scientifique des

populations suffirait à les convaincre d'adopter les comportements dont elles auraient compris la nécessité pour leur propre sauvegarde. Force est de constater que la diffusion du discours rationnel de l'épidémiologie ne suffit pas à bâtir les politiques publiques et à changer les comportements sociaux et individuels.

I - LA NOTION SOCIOLOGIQUE DE « PERCEPTION DU RISQUE »

Une première réponse apportée par les sciences sociales a été la notion de perception du risque, qui a introduit une reconnaissance de la différence entre connaissance savante et connaissance populaire des maladies.

Cette approche s'est notamment beaucoup inspirée :

- De la psychologie sociale, essentiellement des travaux de Serge Moscovici sur la psychanalyse qui ont montré comment les personnes construisent des outils de compréhension du monde en partant des notions proposées par la psychanalyse [Moscovici, 1961] ;
- De l'anthropologie, entre autres des notions de pureté et d'impureté développées par Mary Douglas [1967, 1992] et de ses analyses du risque conduites avec Wildavski, [Douglas et Wildavski, 1982] ;
- De l'histoire, notamment des travaux de Philippe Ariès sur la mort [Ariès, 1977] qui ont montré qu'il y avait une indépendance des sensibilités collectives à l'égard des énoncés produits par les institutions.

Ces travaux ont permis d'aborder les comportements réfractaires - ou tout simplement construits à distance - des approches savantes de la santé (notamment des connaissances de l'épidémiologie), autrement qu'en les disqualifiant rapidement au nom de leur prétendue « irrationalité ». Ils ont eu pour mérite de réhabiliter l'activité cognitive des profanes concernant les questions sanitaires. Une des idées essentielles fut de montrer qu'il y a, à la fois, des conceptions endogènes et des conceptions exogènes de la maladie, des conceptions savantes et biomédicales et des conceptions profanes, psychologiques et sociales de la santé.

Dans cette veine, la sociologue Claudine Herzlich a été une théoricienne importante en développant la notion de « représentations de la santé et de la maladie » au décours des années 1970-1980 [Herzlich, 1969, 1996 ; Herzlich, 1970 ; Herzlich et Augé, 1984 ; Herzlich et Pierret, 1984].

II - QU'EST-CE QUE LES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE ?

Les représentations ont une double dimension :

- Une dimension cognitive : la représentation est ce qui permet aux individus d'organiser, de penser les phénomènes ;
- Une dimension normative : la représentation est ce qui permet de définir des comportements adaptés à ces phénomènes.

Claudine Herzlich, avec cette notion de représentation, s'est penchée sur « l'implicite », « l'intime de l'expérience ». Elle a montré que les individus s'intéressent à la maladie autrement que comme phénomène organique. C'est essentiellement la question du sens donné par les individus à la maladie qui a ainsi surgi [Herzlich et Augé, 1984] : sens psychologique, mais, plus largement aussi, sens social.

Ce qui a notamment émergé de ces enquêtes est que ce qui fait sens pour les individus n'est pas l'agencement des symptômes, encore moins l'agencement des projections statistiques épidémiologiques, mais avant tout les effets sociaux de la maladie, à savoir, l'abandon des rôles sociaux qu'elle induit. Quand les individus parlent au sociologue de la maladie, ils parlent sans cesse de la société et de leur place d'individu dans cette société.

Les représentations de la maladie jouent à trois niveaux :

- Au niveau de l'origine des maladies : il y a un travail d'imputation de la maladie, souvent rapportée aux sociétés modernes et à des individus plus ou moins résistants à des modes de vie pathogènes ;
- Au niveau de la qualification des états produits par la maladie : les individus présentent comme critères de la maladie l'inactivité, l'abandon de leurs rôles sociaux, la modification des relations aux autres..., plus que le dysfonctionnement organique ;
- Au niveau de la production des normes : trois conceptions de la maladie émergent, la maladie destructrice (en quittant son rôle

social, le malade se détruit), la maladie libératrice (en quittant son rôle social, l'individu se libère) et la « maladie métier » (la maladie contraint le malade à lutter, à travailler de concert avec son médecin pour repousser la maladie).

Selon ces conceptions, les individus vont déployer des stratégies différentes dont chacune a sa cohérence propre : les populations ou les individus rétifs à l'épidémiologie ne sont pas des êtres irrationnels, mais des êtres qui déploient d'autres formes de rationalité, sur la base du sens qu'ils donnent à la maladie.

Ces travaux sociologiques relativisent donc la prétention des médecins à construire une rationalité supérieure. Un premier tournant avait été engagé avec Freidson dès les années 1970, quand il avait montré que les médecins travaillent avec une rationalité qui n'est pas différente par essence de celles des profanes : il y a mobilisation de jugements ordinaires dans le travail médical [Freidson, 1970, 1984].

III - LIMITES DE LA NOTION DE REPRESENTATION

La notion de représentation a néanmoins ses angles morts pour qui veut analyser l'univers de la santé et la question du risque. Voici quelques questions essentielles à l'égard desquelles elle semble peu opérante :

- Est-ce que ce cadre conceptuel de représentation permet de penser la nature des confrontations entre profanes et savants ?
- Qu'en est-il lorsque les individus revendiquent une compétence sur l'organique qu'ils opposent aux théories savantes ? Ce fut le cas, par exemple, des Alcooliques anonymes, dès les années 1930 aux Etats-Unis, lorsqu'ils se mobilisèrent contre la psychiatrie par électrochocs qui leur était imposée. Ils ont ainsi contribué à produire la notion de dépendance, aujourd'hui complètement incorporée au sein des savoirs médicaux. Les malades du sida opérèrent de ce point de vue un tournant essentiel en exigeant une reconfiguration du design des essais

cliniques thérapeutiques [Epstein, 1996, 2001 ; Barbot, 2002]. Dans le domaine de l'élevage, on peut évoquer les agriculteurs qui contestent des politiques d'abattage des troupeaux (des troupeaux non encore infectés notamment)...

La notion de représentation ne permet pas de répondre à ces questions, car elle s'inscrit dans une épistémologie où il y a étanchéité parfaite entre univers savant et univers profane. Dans ce modèle épistémologique, on a d'un côté les sciences biomédicales qui restent l'affaire de spécialistes et les sciences sociales qui se penchent sur les individus ordinaires et qui s'assument parfaitement en « science molle » face aux sciences « dures », celles-ci se gardant le privilège d'incarner « la Science », homogène et unifiée, apte à accéder à une réalité objective et brute, dépouillée des scories de la vie sociale et psychique.

Or, cette étanchéité a été pour le moins mise à mal à partir des années 1980. D'une part parce

que la médecine a changé, d'autre part parce que les malades ont changé et enfin parce que la sociologie s'est déplacée. Entre autres, la sociologie a décidé de prendre la science pour objet et de regarder comment travaillent les spécialistes. En 1979, Latour et Woolgar publient un ouvrage clef : *la Vie de laboratoire* [Latour et Woolgar, 1979, 1986]. Ce faisant, ils ouvrent la boîte noire de la production des faits scientifiques et montrent l'existence de constructions, de débats, de tensions au sein du monde de la science. Ceci ne vise pas du tout à dénoncer le discours scientifique comme une supercherie, comme un habillage savant de jugements ordinaires, mais à montrer que les faits scientifiques sont le fruit d'une production complexe entre des humains, des non humains (des animaux, des virus, des bactéries, des machines, etc.), au sein d'organisations qui sont elles-mêmes saisies dans des interdépendances. Le laboratoire

n'est pas un monde pur, il est un monde qui tente de fabriquer de la pureté et il est lié à de multiples autres mondes : des entreprises, des administrations, de la nature (celle-ci étant elle-même loin d'être un univers homogène selon qu'elle est restée plus ou moins « sauvage » ou qu'elle est devenue plus ou moins « domestiquée »)...

En m'appuyant sur les travaux de Didier Torny², je vais montrer maintenant que les conditions de succès du discours épidémiologique nécessitent de prendre en considération trois éléments :

- La science est l'objet de débats publics ;
- L'épidémiologie ne peut se déployer qu'au risque d'une entrée en politique ;
- Du laboratoire à la santé publique, il y a un travail de « traduction » à opérer.

IV - LA SCIENCE, OBJET DE DEBATS PUBLICS

Le débat public concerne à la fois les discussions, polémiques et controverses qui opposent les membres de la communauté scientifique et des individus ou des collectifs engagés dans les questions de santé publique.

Je l'ai rapidement évoqué avec Latour et Woolgar, ni la science en général, ni l'épidémiologie en particulier, ne constituent des mondes unifiés. On le sait, le *design* de cohortes, le choix de l'orthodoxie d'études prospectives ou la reconnaissance d'un intérêt des études rétrospectives, les choix d'indicateurs, d'opérateurs de pondération... tous ces dispositifs méthodologiques et techniques sont l'objet de discussions dont les enjeux sont essentiels, car ils sont à la base de la production de ce qui sera ensuite considéré comme un savoir épidémiologie scientifique valable.

Il faut rappeler que les critiques de l'épidémiologie ne viennent pas que de

profanes (plus ou moins ignorants), mais de professionnels de santé eux-mêmes, et que les batailles sont parfois âpres entre différentes « écoles ». Rappelons par exemple que les médecins ont toujours été au cœur des débats anti-vaccinaux et que ceux-ci n'ont jamais été réservés à quelques « illuminés » animés par la haine de la science. Des hygiénistes ont ainsi soutenu que la surveillance et l'isolement de populations jugées à risque constituaient un élément d'alternative intéressant à la vaccination anti-variolique.

Cette construction des débats et des oppositions est toujours présente dans maintes controverses actuelles associées à l'épidémiologie animale mobilisée dans l'élevage. Si on prend, dans le champ de la santé humaine, l'exemple des hormones prescrites dans le cadre de la gynécologie³, on observe une polémique très vive [Löwy et Gaudillière, 2006].

² Outre les nombreux travaux de Didier Torny sur la question du risque, cette communication s'est beaucoup appuyée sur un texte synthétique produit dans le cadre d'une réflexion collective sur l'épidémiologie, dirigée par J. Valeron [2006], à laquelle les professionnels de santé trouveront à coup sûr un éclairage passionnant sur leurs propres pratiques et savoirs.

³ Rappelons que les hormones de synthèse ont été prescrites aux animaux d'élevage, mais aussi aux femmes, comme en témoigne le tragique dossier du Distilbène® dont la prescription délétère a été stoppée pour le bétail avant que de l'être pour les femmes.

Celle-ci oppose notamment des professionnels de santé publique, qui prônent la prudence, et des praticiens, qui incitent à la consommation des thérapies hormonales de substitution (THS), dont la littérature dit pourtant qu'ils pourraient avoir des effets indésirables cancérogènes et cardiovasculaires. On ne peut alors se contenter d'attribuer les hésitations ou les refus des hormones de synthèse, de la part de femmes en processus de ménopause, à une « représentation » de ces produits, ignorante des savoirs scientifiques ! Au contraire, ces actrices dites « profanes » pourraient bien opposer au praticien clinicien des publications internationales en santé publique (quand bien même elles en auraient connaissance par des tiers sous une forme vulgarisée). Où est alors la fameuse frontière entre expert et profane ?

Ceci amène à souligner l'extension et - il faut le dire - le succès de l'épidémiologie, au-delà des arènes savantes. Continuons avec les THS et leurs possibles effets indésirables : il n'y a sans doute pas un magazine féminin qui n'en ait pas fait un « dossier ». Ce succès a une contrepartie : l'élaboration d'une critique de la connaissance épidémiologique, non

seulement à l'intérieur de la communauté scientifique, mais de la part d'associations, de patients, de victimes, de professionnels comme les agriculteurs, etc., qui « s'équipent » pour discuter, et éventuellement critiquer, la production des savoirs. Dans ce processus, ils s'allient avec des courants scientifiques, éventuellement à l'intérieur de l'épidémiologie, mais aussi sur ces marges. Par exemple, pour aboutir à la promotion d'un encadrement plus strict du recueil de données des maladies à déclaration obligatoire ou pour s'opposer au dépistage systématique (comme dans le cadre du sida), pour promouvoir une attention aux inégalités sociales dans le champ de la santé... On assiste à une circulation et à une perpétuelle fabrication des savoirs sur la base d'un travail critique qui bouscule la barrière censée séparer experts et profanes.

L'intérêt des sciences sociales n'est pas du tout ici de mettre en cause la scientificité du discours épidémiologique. Au contraire, l'intérêt est de soutenir l'épidémiologie dans la définition de ses contours, des enjeux sociaux de ses choix méthodologiques... pour, au final, produire plus d'épidémiologie.

V - L'ÉPIDÉMOLOGIE N'EXISTE QU'AU RISQUE DE LA POLITIQUE

L'épidémiologie n'est pas le seul déterminant de la santé publique, loin s'en faut : des intérêts catégoriels forts sont omniprésents : ceux des professionnels de santé, de l'administration, ceux des industriels (ô combien pesants dans le domaine de l'élevage)... Les intérêts industriels - on l'a vu de façon spectaculaire dans le cas du tabac et de l'alcool, de l'amiante, des pesticides... - opposent l'importance des emplois et de la production de richesses aux bénéfices d'une conduite de protection sanitaire. Ces intérêts trouvent toujours des appuis au sein de la communauté scientifique elle-même : par exemple, d'aucun vont pointer l'attention, non sur le produit dangereux lui-même, mais sur les usages dangereux de ce produit : « un verre ça va... », les pesticides peuvent être contrôlés en limitant les doses (ce qui laisse complètement de côté la potentialisation des effets délétères associée à l'accumulation des produits chimiques)... Les épidémiologistes eux-mêmes sont porteurs d'intérêts et d'une certaine vision de la santé publique qu'ils tentent de défendre au détriment d'autres

conceptions, qui ont aussi leur forme de légitimité.

En outre, l'évaluation des risques (en lien avec les choix méthodologiques adoptés) s'effectue selon plusieurs modalités : faut-il s'en tenir au comptage des victimes avérées ? à la prévalence ? ou anticiper des victimes futures en prenant le risque d'une moindre rigueur scientifique ? Dans le cas de la contamination transfusionnelle par le VIH, les produits sanguins potentiellement contaminés ont continué d'être distribués notamment sur la base de cet argument : on a complètement négligé au début des années 1980 la séropositivité et ses effets à venir, en disant que le sida ne faisait pas beaucoup de morts. Ce faisant, on a laissé des milliers de personnes devenir séropositives et on a attendu de compter « scientifiquement » les morts en grand nombre pour interdire certains produits sanguins, dépister les dons de sang et adopter des pratiques transfusionnelles de prudence [Hermitte, 1996 ; Fillion, 2009].

Pour que l'épidémiologie soit au centre de l'action publique, il faut qu'elle agrège autour d'elle divers intérêts et qu'elle soit en mesure de défendre à l'extérieur de ses frontières les

enjeux sociaux des mesures qu'elle souhaite voir adoptées. Là encore, la sociologie a son utilité qui n'est pas que spéculative...

VI - DU LABORATOIRE A LA SANTE PUBLIQUE, IL Y A UN TRAVAIL DE « TRADUCTION » A OPERER

Admettons que l'on parvienne à un consensus épidémiologique (c'est le cas par exemple depuis longtemps maintenant pour ce qui touche aux méfaits de l'alcool et du tabac), admettons que les pouvoirs publics soient bien décidés à mener des campagnes de santé publique concernant ces produits (c'est plus difficile à admettre, comme en témoigne le démantèlement de la loi Evin, mais admettons...)... reste tout un travail de « traduction » [Callon, 1986] pour produire des campagnes de prévention efficaces.

Traduction ne veut pas dire vulgarisation : il ne s'agit pas ici de rendre compréhensible des courbes de projection, des données statistiques complexes à des profanes : il s'agit davantage d'exporter des notions d'un monde social à un autre, ce qui suppose de les travailler. En outre, il ne s'agit pas tant de convaincre les individus et les populations d'un intérêt en toute généralité, mais d'un intérêt qui n'entre pas en contradiction avec ce qu'ils estiment être des biens supérieurs (par exemple, le plaisir, l'abondance économique...). Ou bien encore de les convaincre que l'abandon ou la relativisation de ces biens qu'ils estiment supérieurs sera compensée par un gain d'un autre bien, supérieur encore, qui soutiendra encore mieux leur projet. Par exemple, dans le domaine de la prévention du sida et des MST dans les années 1980-1990, les campagnes de promotion du préservatif qui ont bien fonctionné ont eu le souci de promouvoir la santé (*via* le préservatif) comme vecteur de plaisir dans la sexualité.

Pour mettre en œuvre ces processus de « traduction » qui soutiennent les campagnes de prévention, il faut connaître de près les acteurs concernés. Pour poursuivre avec l'exemple du sida, on ne fait pas la même campagne de prévention auprès de jeunes adolescents qui anticipent leur premier rapport sexuel ou auprès de gays qui fréquentent les saunas. Dans le domaine de l'élevage, une campagne en faveur de la vaccination des

animaux se déclinera différemment selon qu'elle s'adresse à un éleveur industriel ou à un éleveur bio de porcs.

En outre, il ne s'agit pas, dans une campagne de prévention, d'agir sur un seul groupe ou sur des catégories trop molles pour avoir une quelconque efficacité (« les gens » par exemple). Ceci renvoie en effet à une conception abstraite et discutable des individus comme êtres autonomes et libres - mais fondamentalement semblables dans leur distance à la science - qui choisissent, après information, tel ou tel produit, tel ou tel comportement, et qui doivent en assumer les conséquences.

Un exemple, à nouveau issu de l'histoire du VIH, permet d'éclairer ce propos. La prévention en milieu toxicomane a nécessité pour être efficace de mobiliser bien au-delà des seuls consommateurs de drogues et des acteurs de la lutte contre la toxicomanie : des élus politiques pour voter la loi qui légalise la vente de seringues, des industriels pour produire des kits de « shoot propre » et des pharmaciens qui acceptent ces « indésirables » dans leur officine... Pendant longtemps, l'idée était largement partagée que l'on ne pouvait mener aucune campagne de prévention auprès des toxicomanes, jugés trop focalisés sur la consommation immédiate de leur produit. Or, quand tout un ensemble d'acteurs a été façonné pour fournir les moyens concrets de cette prévention, constituant ainsi un réseau inédit, on a constaté très vite une réduction des conduites à risques parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

Là encore, les sciences sociales ont été déterminantes pour soutenir l'idée que les toxicomanes ne sont pas, par essence, un groupe dépourvu de toute rationalité, ni des individus dont l'autonomie se réduirait à de l'isolement. Les toxicomanes sont des individus dont les pratiques s'inscrivent dans des dispositifs, au sens foucauldien, à savoir un agencement historiquement déterminé de

textes réglementaires (proscription totale des drogues), de professions et des systèmes de soins (des psychiatres, des assistants sociaux, des pharmaciens...), des objets matériels produits industriellement (de l'héroïne, des

seringues, du désinfectant), des sociabilités (une vie amoureuse, sexuelle, éventuellement familiale qui ne les rend pas forcément indifférent à toute argumentation de santé)...

VII - CONCLUSION

Malgré la complexité et les ratés de la santé publique dont on a fait des gorges chaudes cette année autour de l'épidémie de grippe A et de sa vaccination, il faut souligner l'immense succès et l'omniprésence de l'épidémiologie aujourd'hui, sa montée en puissance depuis l'après-guerre (un peu plus tard en France, néanmoins, que dans les pays anglo-saxons).

Sans prétendre à l'exhaustivité, observons les domaines de présence de l'épidémiologie et sa puissance de reconfiguration :

- C'est l'épidémiologie qui a soutenu le développement de la médecine des preuves aujourd'hui complètement dominante dans le champ de la santé [Marks, 1999] ;
- L'épidémiologie connaît un succès populaire qui se lit tous les jours dans la presse non spécialisée : « l'évidence des chiffres » s'impose aisément (même si cette « évidence » est parfois sujette à caution) ;
- La santé publique est façonnée par le souci épidémiologique, car cette discipline relativement récente a donné à l'Etat un outil formidable pour assumer sa fonction

régaliennne de protection de la santé des populations...

Mais, l'épidémiologie doit aussi aujourd'hui prendre acte de ce que la santé est devenue un objet d'engagement citoyen fort, et qu'elle est - par rebond - aussi l'objet de choix sociaux et politiques avec des débats plus vifs que jamais [Callon, Lascoumes et Barthes, 2001].

Aussi l'épidémiologie doit-elle apprendre plus que jamais à composer avec d'autres mondes que l'entre-soi de ses spécialistes, et ne surtout pas négliger la connaissance du terrain indispensable pour qu'au-delà d'un savoir savant, elle s'incarne dans une politique de santé publique.

De ce point de vue, l'épidémiologie se trompe lourdement quand elle se tourne vers les sciences sociales pour leur demander de « faire passer » son message, quand elle confond sciences sociales et communication. Elle doit au contraire intégrer au cœur même de sa pensée les enjeux politiques et culturels dont la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie, les sciences politiques ont fait leur objet depuis leur naissance comme disciplines.

BIBLIOGRAPHIE

Ariès P. - *L'homme devant la mort*, Paris, Le Seuil, 1977.

Barbot J. - *Malades en mouvements, la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.

Callon M. - Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 1986, 36, 169-208.

Callon M., Lascoumes P., Barthe Y. - *Agir dans un monde incertain, Essai sur la*

démocratie technique, Paris, Le Seuil, 2001.

Douglas M. - *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte, 1992 (édition originale en anglais : 1967).

Douglas M., Wildavski A. - *Risk & Culture, An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*, Berkeley, University of California, 1982.

- Epstein S.- *Histoire du sida*, 2 vol., Paris, Les empêcheurs de penser en rond, (2001) (édition originale en américain, 1996).
- Freidson E. - *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (édition originale en américain : 1970).
- Fillion E. - *A l'épreuve du sang contaminé, Pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2009.
- Hermitte M.A. - *Le Sang et le Droit, Essai sur la transfusion sanguine*, Paris, Le Seuil, 1996.
- Herzlich C. - *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996 (1ère éd.1969).
- Herzlich C. - *Médecine, Maladie et Société*, Paris, Ecole Pratique des Hautes Etudes, 1970.
- Herzlich C., Augé M. - *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines, 1984.
- Herzlich C., Pierret J. - *Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui, De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1991 (1^{ère} éd. : 1984).
- Latour B., Woolgar S. - *La Vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte, 1986 (édition originale en américain : 1979).
- Löwy I., Gaudillière J.P. - Controverse sur le traitement hormonal de la ménopause. *Mouvements*, 2006, 2 (32), 32-39.
- Marks H. - *La médecine des preuves, Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond, 1999 (édition originale en américain : 1997).
- Moscovici S. - *La Psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF, 1961.
- Torny D. - « Mais pourquoi résistent-ils ? » Conditions de réalisation d'actions de santé publique sur une base épidémiologique, in *Epidémiologie humaine, conditions de son développement en France*, Valeron J. (dir.), Paris, EDP Sciences, 2006.

