

S&S Collection
SANTÉ ET SOCIÉTÉ

LA CHAÎNE DES MÉDICAMENTS

Perspectives pluridisciplinaires

Sous la direction de
Joseph J. LÉVY
Catherine GARNIER

 Presses
de l'Université
du Québec



**LA
DES CHAÎNE
MÉDICAMENTS**

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450
Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone: (418) 657-4399 • Télécopieur: (418) 657-2096
Courriel: puq@puq.ca • Internet: www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

CANADA et autres pays

DISTRIBUTION DE LIVRES UNIVERS S.E.N.C.
845, rue Marie-Victorin, Saint-Nicolas (Québec) G7A 3S8
Téléphone: (418) 831-7474 / 1-800-859-7474 • Télécopieur: (418) 831-4021

FRANCE

AFPU-DIFFUSION
SODIS

BELGIQUE

PATRIMOINE SPRL
168, rue du Noyer
1030 Bruxelles
Belgique

SUISSE

SERVIDIS SA
5, rue des Chaudronniers,
CH-1211 Genève 3
Suisse



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

LA CHAÎNE DES MÉDICAMENTS

Perspectives pluridisciplinaires

Sous la direction de
Joseph J. LÉVY
Catherine GARNIER

2007



Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec
et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

La chaîne des médicaments : perspectives pluridisciplinaires

(Collection Santé et société)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-1510-9

1. Industrie pharmaceutique. 2. Médicaments – Aspect social. 3. Médicaments – Publicité.
4. Pharmacologie. 5. Relations médecin-patient. 6. Médicaments – Recherches.
I. Lévy, Joseph J. (Joseph Josy), 1944- . II. Garnier, Catherine. III. Collection.

HD9665.5.C42 2007

338.4'76151

C2007-941242-4

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada
par l'entremise du Programme d'aide au développement
de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible
grâce à l'aide financière de la Société de développement
des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages : INFOSCAN COLLETTE-QUÉBEC

Couverture – Conception : RICHARD HODGSON

Illustration : ANNICK THOËR, *Laboratoire*, 40 × 40 cm, huile sur toile.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2007 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2007 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 3^e trimestre 2007

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

*Nous remercions le Réseau de recherche
en santé des populations du Québec
du soutien financier qu'il a apporté
à la réalisation de cette publication.*

Table des matières

PRÉSENTATION.....	1
<i>Joseph Josy LÉVY et Catherine GARNIER</i>	

CHAPITRE 1

LE MÉDICAMENT DANS LES SCIENCES SOCIALES :	
une analyse documentaire d'un champ en construction.....	19
<i>Christine THOËR-FABRE, Catherine GARNIER et Philippe TREMBLAY</i>	
1. Méthodologie.....	23
2. Résultats	25
3. La régulation des médicaments	30
3.1. Procédures d'approbation des médicaments et évaluation des risques et de l'efficacité en postcommercialisation	31
3.2. Régulation de l'accès au médicament	33
4. Le processus de médicalisation	35
5. Les médias et Internet.....	36
6. Les pratiques de distribution	38
7. Les pratiques de prescription	39
8. Les pratiques de consommation	40
8.1. L'observance : une question centrale	41
8.2. L'automédication	43
8.3. Les mésusages des médicaments	44
8.4. Représentations et croyances à l'égard des médicaments	44
8.5. Le pluralisme médicamenteux	46
8.6. L'expérience du médicament.....	47

9. Le médicament : objet des interrelations	47
9.1. Le médicament dans la relation médecin-patient	47
9.2. Le médicament dans la relation sociale	48
9.3. Le médicament au centre d'enjeux professionnels	49
Conclusion	51
Annexe I : Liste des revues consultées	56
Annexe II : Exemple de fiche d'indexation.....	57
Bibliographie	58

CHAPITRE 2

LA CHAÎNE DU MÉDICAMENT : aspects socioculturels	85
<i>Joseph LÉVY, Julie LAPLANTE et Marie-Ève BLANC</i>	
1. Le médicament dans le champ anthropologique : un nouvel objet d'étude	85
2. Le médicament et son cycle de vie	88
3. Les chaînes du médicament	89
4. Élaboration et production du médicament.....	95
5. Aspects sociaux et culturels du marketing du médicament	97
6. La distribution du médicament.....	100
7. Aspects socioculturels de la prescription	103
8. Aspects socioculturels de l'automédication	103
9. Aspects socioculturels de la consommation, des usages et de l'efficacité du médicament.....	104
10. Tendances émergentes	106
Conclusion	108
Bibliographie.....	109

CHAPITRE 3

LA MISE EN MARCHÉ, LA FABRICATION ET LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS : les aspects légaux	123
<i>Mathieu GAGNÉ</i>	
1. Les conditions de mise en marché des médicaments	124
2. La qualité et la sécurité des médicaments	131
3. L'information, la publicité et les pratiques commerciales sur les médicaments.....	139
4. Le prix de vente des médicaments par le fabricant.....	155
5. L'assurance sur les médicaments et les services qui y sont associés.....	157

6. La prescription, l'administration, la préparation et la vente des médicaments (médecins, pharmaciens et autres).....	159
Conclusion	161
Bibliographie.....	163

CHAPITRE 4

L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT, DE LA CHAÎNE AU RÉSEAU : enjeux stratégiques et managériaux.....	167
<i>Anne-Laure SAIVES, Robert H. DESMARTEAU et Mehran EBRAHIMI</i>	
1. La création de valeur par l'industrie du médicament : du modèle industriel au modèle financier.....	169
1.1. Détours historiques : origines de l'industrialisation du médicament au Québec	169
1.2. Rappel économique : l'ère de l'économie financière	172
1.3. Le modèle industriel financiarisé de l'industrie biopharmaceutique : incidences et limites.....	177
2. De la métamorphose réticulaire pour comprendre le modèle d'affaires des entreprises biopharmaceutiques	180
2.1. Bilan de l'industrie pharmaceutique selon les analystes économistes et financiers.....	180
2.2. À la question « Qui est le client de la “Big Pharma” ? », un trio classique s'impose : le prescripteur, le payeur et finalement le patient	182
2.3. Quel réseau de bénéfices « clients » ?	185
2.4. Comment fait-on de l'argent dans cette activité ?	186
2.5. Quelle est la logique économique sous-jacente qui explique que l'entreprise sait fournir de la valeur pour les clients à un coût approprié ?	188
3. Enjeux managériaux pour l'organisation-réseau dans la chaîne du médicament.....	189
3.1. Les arguments de légitimation de l'organisation réseau.....	189
Conclusion : « surveiller et punir » ou « veiller et prévenir » ?	193
Bibliographie.....	195

CHAPITRE 5

L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET SES RESPONSABILITÉS SOCIALES.....	199
<i>Marie-France B. TURCOTTE et Jean PASQUERO</i>	
1. Une industrie pas comme les autres	200
1.1. Une industrie multinationale.....	200
1.2. Une industrie complexe.....	201
1.3. Une industrie socialement encastree	201

1.4. Un modèle d'affaires unique	203
1.5. Une industrie fortement contestée.....	204
2. La remise en cause du modèle d'affaires de l'industrie.....	205
2.1. Le cas du lait maternisé : la contestation des pratiques de gestion.....	206
2.2. Le cas du traitement du sida : la contestation des droits de propriété.....	208
3. Industrie pharmaceutique et légitimité : vers un nouveau contrat social	213
3.1. Entreprise et légitimité	213
3.2. Marché et réglementation : des exigences contradictoires.....	214
3.3. RSE et contrat social.....	217
4. RSE et industrie pharmaceutique : une illustration	222
4.1. Gestion efficiente.....	222
4.2. Philanthropie	222
4.3. Sollicitude.....	223
4.4. Limitation des nuisances	224
4.5. Réceptivité sociale.....	224
4.6. Rectitude éthique.....	226
4.7. Reddition de comptes.....	227
4.8. Participation citoyenne	228
Conclusion	229
Bibliographie.....	231

CHAPITRE 6

MÉDIATISATION DE LA RECHERCHE CLINIQUE SUR LES MÉDICAMENTS :

l'influence sur les décideurs du réseau de la santé	235
---	-----

Danielle MAISONNEUVE, Philippe TREMBLAY et Jacinthe DOUESNARD

1. Cadre théorique : quelques points de repère.....	236
2. Méthode	241
3. Résultats	243
3.1. Phase 1 – l'influence par la réception de l'information (stade d'influence cognitive A)	243
3.2. Phase 2 – l'acceptation du message (stade d'influence cognitive B)	244
3.3. Phase 3 – la rétention de l'information (stade d'influence cognitive C)	244
3.4. Phase 4 – le changement d'attitude (stade d'influence affective)..	245
3.5. Phase 5 : le changement de comportement (stade d'influence conative)	246
4. Les communications <i>B2B</i>	250

5. Flux d'information sur les médicaments en pharmacie	250
6. Communication interne	250
7. Communications avec les représentants pharmaceutiques	251
8. Communications avec la population.....	252
8.1. Les supports à la communication sur les différents types de médicaments	253
Conclusion	255
Bibliographie.....	256

CHAPITRE 7

LA PUBLICITÉ PHARMACEUTIQUE DANS LA MIRE DES ÉTUDES EN COMMUNICATION.....	259
--	-----

Manon NIQUETTE

1. La « communication pharmaceutique » : information ou publicité ?	260
2. Les aspects légaux et éthiques de la publicité pharmaceutique	263
3. La promotion de la santé et les déterminants de l'usage	266
4. Un regard transmissionniste sur les processus de communication	267
4.1. Les analyses de contenu	268
4.2. Les études sur la perception et l'évaluation des effets	274
5. Le tournant interprétatif : la production de significations	276
5.1. Au-delà des contenus : le discours	278
5.2. Les analyses structurales du discours publicitaire	278
5.3. La réception du discours publicitaire	284
Conclusion	286
Bibliographie.....	287

CHAPITRE 8

LES NOMS DE MARQUES DE MÉDICAMENTS : points de repères linguistiques et onomastiques.....	295
--	-----

Benoît LEBLANC et Catherine BILODEAU

1. Un maillon de la chaîne.....	295
2. Vers la création des noms de marques déposés.....	296
2.1. Acteurs en jeu.....	297
2.2. La motivation ou la transparence des noms de marques	298
2.3. Les modes de formation	299
3. <i>L'enfant Ritalin</i> , ou autres applications de la linguistique	303
3.1. Le plagiat de noms de marques.....	304
3.2. La marque déposée et la marque générique.....	306
3.3. Les noms de marques et les génériques	311

3.4. L'euphémisme et les noms de marques	313
3.5. Hypostase de la marque	313
Conclusion	314
Bibliographie.....	314

CHAPITRE 9

ALPHABÉTISME, SANTÉ ET MÉDICAMENTS :

des liens importants à connaître et à comprendre	317
<i>Chantal OUELLET, Isabelle MÉDEIROS et Marjolaine THOUIN</i>	
1. La situation des personnes faiblement alphabétisées et l'émergence de la littératie en matière de santé	317
2. État de la recherche au Canada et au Québec sur l'alphabétisme, la santé et le médicament.....	321
2.1. Recherches sur l'accessibilité et la disponibilité des informations pour les personnes faiblement alphabétisées	322
3. Des propositions d'interventions et d'adaptations du système de santé	326
4. Comment intervenir ?.....	327
5. Adapter les documents écrits.....	329
Conclusion	330
Bibliographie.....	330

CHAPITRE 10

POURQUOI S'INTÉRESSER À LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT À PROPOS DE LA MÉDICATION ?

<i>Claude RICHARD et Marie-Thérèse LUSSIER</i>	
1. Les méfaits associés à l'usage des médicaments	335
2. Le contexte communicationnel.....	335
3. Une communication ou des communications.....	339
4. Les caractéristiques générales de la communication médecin-patient dans le cadre d'une consultation médicale	341
4.1. Les caractéristiques des médecins.....	341
4.2. Les caractéristiques des patients	341
4.3. Les facteurs contextuels et organisationnels	342
5. Les problèmes avec la communication médecin-patient en général	342
6. La communication sur les médicaments	343
7. L'observance	348
8. L'observance du point de vue du patient.....	350

9. Les principales entraves à la communication sur la médication	352
9.1. Le contexte général de soins	352
9.2. Le rôle traditionnel principal du médecin : le diagnostic.....	352
9.3. La gestion du temps de l'entrevue	353
9.4. L'utilisation d'un vocabulaire technique.....	353
9.5. Le style communicationnel	353
9.6. Les croyances des médecins par rapport à l'information et à l'observance	354
9.7. Conclusion de la section sur les entraves à la communication sur la médication	354
10. Le rappel des informations sur les médicaments par les patients : un problème	355
Conclusion	356
Bibliographie.....	356

CHAPITRE 11

À PROPOS DE QUELQUES INCURSIONS DE LA PSYCHOLOGIE

DANS LA CHAÎNE DU MÉDICAMENT : le cas des médicaments psychotropes .. 367

Francine DUFORT, Marie-Laurence POIREL, Pétra SCHEIBLER

et Christine THOËR-FABRE

1. Le débat sur l'obtention du droit de prescrire des médicaments psychotropes	370
2. Psychothérapie et/ou psychopharmacologie ?	373
2.1. L'efficacité comparée	374
2.2. Les traitements combinés.....	376
3. Sevrage des médicaments psychotropes	377
4. Observance de la médication.....	380
5. Une perspective axée sur les interactions, l'étude des représentations sociales.....	383
6. Une perspective peu sollicitée, une approche de traitement sensible à la singularité	385
Conclusion	388
Bibliographie.....	389

CHAPITRE 12

LE DOPAGE SPORTIF : quelle place dans l'univers du médicament ? 397

Luc GUERRESCHI, Philippe TREMBLAY et Catherine GARNIER

1. Qu'est-ce que le dopage sportif ?	397
1.1. Des conditions sportives d'appréhension du dopage	397
1.2. Des études sur le dopage essentiellement médicales	399

2. Approche psychosociale du dopage sportif.....	401
2.1. Les raisons explicatives d'un refus du dopage	401
3. Le dopage sportif dans la chaîne du médicament	405
3.1. Usage détourné, mésusage et abus : où se situe le dopage ?	405
3.2. Le « biologique », la « morale », le « médical » et le « technique » dans les usages du médicament.....	407
Bibliographie.....	408

CHAPITRE 13

LA PHARMACOLOGISATION DE LA SEXUALITÉ :

le cas des dysfonctions érectiles	411
<i>Joseph J. LÉVY, Renée-Claude BADMAN, Michel GOULET, Mylène FERNET, Louis-Robert FRIGAULT et Pascale POURRAIN</i>	

1. Les dysfonctions sexuelles et leurs traitements dans les champs magico-religieux et protomédical	412
2. La médicalisation des dysfonctions sexuelles	414
3. La pharmacologisation des dysfonctions érectiles	416
4. La révolution <i>Viagra</i>	418
5. Le <i>Viagra</i> et autres médicaments : enjeux de marketing	420
6. Les dysfonctions érectiles : enjeux épidémiologiques	423
7. La médicalisation de la sexualité	423
8. Répercussions de l'usage du <i>Viagra</i> sur le couple et sa sexualité	426
9. Le <i>Viagra</i> et la culture populaire	426
10. L'avenir des traitements érectiles	428
Conclusion	430
Bibliographie.....	430

CHAPITRE 14

LES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX CONTRE LE VIH/SIDA :

enjeux et perspectives	437
<i>Bertrand LÉBOUCHÉ, Isabelle WALLACH et Jean-Pierre ROUTY</i>	

1. Historique de la transformation de l'infection par le VIH grâce aux ART	438
1.1. 1987 : l'arrivée des premiers antirétroviraux	439
1.2. 1996 : une année charnière	441
1.3. Problématique centrale des ART.....	443
1.4. La vie des personnes touchées transformée par les ART.....	444
2. L'échec thérapeutique	445
2.1. Résistances	445

2.2. Conséquences sur l'observance	446
2.3. Arrêter les ART ?	449
3. Les effets des ART	450
3.1. Les effets secondaires	450
3.2. Les antirétroviraux comme agents de transformations de l'existence sociale et individuelle	451
4. Les ART aujourd'hui : quel bilan ?	452
4.1. L'incidence des ART sur les acteurs de la lutte contre le sida	452
4.2. Les ART pédiatriques	454
4.3. La transmission des résistances aux ART	454
4.4. Le futur des ART	455
4.5. Pharmacogénomique des ART	456
5. Incidence épidémiologique des ART	457
5.1. Les ART après l'exposition au VIH	458
5.2. Les ART avant l'exposition au VIH	458
5.3. Le traitement à visée de santé publique	459
5.4. Les microbicides	460
Conclusion	461
Bibliographie	462

CHAPITRE 15

DU DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE À LA PHARMACOGÉNOMIQUE :

la contribution des sciences sociales	469
---	-----

Michel PERRON et Marie-Ève BLACKBURN

1. De la biologie moléculaire aux applications cliniques : l'apport des sciences sociales	470
1.1. Quelques particularismes québécois en matière de génétique des populations et de génomique	470
1.2. Une expérience singulière de génétique communautaire au Saguenay–Lac-Saint-Jean	471
2. Le rôle des sciences sociales à l'égard des promesses de la pharmacogénomique	479
2.1. Vers une médecine plus personnalisée... la pharmacogénomique	479
2.2. Des pistes de recherche pour les sciences sociales	481
2.3. Des questions éthiques multiples	488
Conclusion	489
Bibliographie	492

LISTE DES COLLABORATRICES ET DES COLLABORATEURS	497
---	-----

Présentation

Joseph Josy LÉVY
Catherine GARNIER

La question des médicaments occupe une place significative dans le champ des sciences sociales, comme en témoignent les nombreuses publications dans le domaine. Ces produits, essentiels dans le traitement des maladies, mais aussi objets de consommation populaires, mettent en évidence les avancées scientifiques dans la compréhension du fonctionnement de l'organisme et leurs applications dans le champ des innovations technologiques et industrielles. L'industrie pharmacologique est ainsi devenue, à cause de ses enjeux économiques et financiers, une sphère importante de l'économie mondiale où les compagnies se disputent féroce-ment les parts de marché.

Les médicaments s'inscrivent ainsi dans une chaîne complexe qui fait intervenir un grand nombre d'acteurs, de procédures, de régulations, de représentations et d'usages, et ce, depuis leur conception jusqu'à leur consommation. Dans ce processus, les médicaments prennent une valence et des significations différentes qui révèlent la versatilité de ces substances à la fois techniques et symboliques, remèdes et poisons. Afin de cerner certaines des dimensions théoriques, épistémologiques et empiriques associées aux médicaments, nous avons réuni autour de ce concept de chaîne des médicaments un ensemble de chercheurs associés au programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments (CRSH-GT). L'étude des dynamiques qui y prennent place, de la conception à la consommation des médicaments, retient tout particulièrement l'attention des chercheurs, et ce, dans une perspective interdisciplinaire. Leurs investigations portent essentiellement sur les aspects représentationnels, communicationnels et de pratique de neuf familles de médicaments, allant des anticancéreux aux antidépresseurs. Les chercheurs utilisent, dans une grande mesure, une approche socioconstructiviste qui fait une place importante à l'exploration des interactions et des interrelations entre les différents acteurs qui interviennent tout au long du parcours du médicament,

ainsi qu'à l'interdépendance des dynamiques de la circulation des savoirs, des systèmes de régulations et des usages que les acteurs font des médicaments. À partir de leur point de vue disciplinaire, ou interdisciplinaire dans certains cas, ils proposent, par une synthèse des recherches contemporaines ou de leurs travaux personnels ou d'équipe, des perspectives qui illustrent les mécanismes par lesquels les médicaments sont produits, introduits et reçus dans le champ social. Nous cernerons, dans les pages qui suivent, les principaux enjeux qui se dégagent de ces synthèses.

Dans le premier chapitre, qui porte sur la place du médicament dans les sciences sociales, Christine Thoër-Fabre, Catherine Garnier et Philippe Tremblay soulignent l'importance d'une approche pluridisciplinaire pour saisir, à partir d'une analyse de contenu à la fois quantitative et qualitative d'articles de périodiques, les problématiques socioculturelles dominantes dans le champ d'étude du médicament, et ce, en prenant comme appui la théorie des représentations.

Cette analyse met en relief la présence de plusieurs classes lexicales touchant le champ des médicaments qui s'organisent autour de plusieurs configurations et montre l'augmentation notable, à partir des années 1990, des travaux sur les médicaments en général ou sur certaines classes de médicaments comme les psychotropes et les antirétroviraux. On retrouve par ailleurs des références aux différents groupes d'acteurs, depuis ceux rattachés aux instances gouvernementales jusqu'aux consommateurs, en particulier les personnes âgées et les femmes, mais aussi, à un moindre degré, les groupes ethnoculturels, les enfants, les adolescents et les populations gaies.

Les thématiques principales renvoient à la régulation et à la médicalisation et concernent plusieurs groupes d'acteurs de la chaîne alors que d'autres thèmes ne touchent que des moments ou des groupes d'acteurs particuliers (médias et Internet, pratiques de distribution, de prescription et de consommation). L'étude de la régulation (juridique ou économique) met en évidence l'importance des étapes de production-distribution et d'évaluation-efficacité, insistant surtout, dans le cas des pays occidentaux, sur les procédures d'approbation des médicaments et l'évaluation du risque médicamenteux dans les étapes pré- et postcommercialisation, et, pour les pays du Sud, sur l'accès aux médicaments. Les instances pharmaceutiques, administratives et gouvernementales sont surreprésentées dans ce processus.

Les modes de régulation et d'évaluation font l'objet de critiques qui prennent appui sur les crises, pour mieux saisir leur complexité et la question de l'accès aux médicaments, surtout dans les pays du Sud. Le processus de médicalisation est par ailleurs une problématique qui est souvent mentionnée et plusieurs classes de médicaments (psychotropes, anxiolytiques, hormonothérapie ; hormones de croissance ; traitements des dysfonctions sexuelles et hypertension) sont

considérées, mettant en évidence le réductionnisme biomédical, la pathologisation de symptômes communs et diffus pour amplifier la pharmacologisation, de même que le rôle des différents acteurs dans ces stratégies.

La question des médias et des campagnes publicitaires est aussi au cœur de travaux critiques montrant comment elles participent à la construction sociale des maladies. Le rôle d'Internet apparaît de plus en plus déterminant dans la diffusion de l'information médicale et l'émergence d'un consommateur plus expert et autonome, influant sur les rapports médecins-patients, les modes de prescription et la qualité des médicaments qui sont distribués.

Quant aux pratiques de consommation, l'un des thèmes les plus répandus dans la littérature, elles renvoient principalement aux préoccupations touchant l'observance du traitement dans ses multiples formes, notamment dans le contexte des maladies chroniques. Si l'amélioration de l'observance fait appel aux différents intervenants en santé ainsi qu'à des stratégies multiples, l'inobservance n'est pas toujours perçue de façon négative. Elle constituerait ainsi une forme de régulation exercée par le patient pour moduler les effets des médicaments et surmonter les différents obstacles que pose leur consommation.

L'automédication a aussi retenu l'attention des chercheurs en tant que stratégie de traitement, surtout dans les pays du Sud où l'accès aux ressources médicales est problématique ; elle apparaît également comme une forme d'affirmation de l'autonomie du patient à l'égard de l'institution médicale. L'expérience du médicament, un thème original, fait aussi l'objet de travaux qui démontrent son influence sur l'acceptation, sur les stratégies d'observance et sur les représentations.

Les mésusages des médicaments (abus et dépendance) visent également des objectifs récréatifs. De multiples significations, qui varient en fonction des groupes socioculturels, sont par ailleurs associées aux médicaments et traduisent une ambivalence fondamentale à leur égard, qui oscille entre le scepticisme et la popularité. La coexistence de plusieurs secteurs de soins contribue à un pluralisme médicamenteux faisant appel à l'emploi de thérapies alternatives ou complémentaires. Les interrelations entre les catégories d'acteurs impliqués dans la chaîne des médicaments occupent une place importante dans la recherche, en particulier dans le contexte de la relation médecin-patient, où les modes de communication et la participation du patient à la prise de décision font l'objet d'une attention particulière, surtout les questions entourant le consentement libre et éclairé. Le médicament étant également l'objet de luttes entre les différentes professions, la question de la formation des professionnels constitue une préoccupation essentielle. Cette synthèse fait donc ressortir au plan macrosociologique les thèmes majeurs de la régulation et de la médicalisation, alors qu'au plan microsociologique, ce sont les pratiques de consommation et les interrelations qui sont les plus saillantes.

Prolongeant, à partir d'un point de vue anthropologique, la synthèse des travaux en sciences sociales sur le médicament, le chapitre de Joseph Lévy, Julie Laplante et Marie-Ève Blanc s'attache à cerner le rôle que l'anthropologie a joué dans le développement de la recherche sur cette question, ainsi que dans son évolution et son expansion. Cette expansion se manifeste par une quantité considérable de travaux de recherche aux thématiques variées, ce qui s'explique notamment par la diversité des pratiques sociales et culturelles entourant l'usage du médicament et les multiples contextes formels et informels qui en sous-tendent le recours.

En soulignant les fonctions symboliques du médicament, les médiations du lien social qu'il permet et les marquages de l'identité sociale, les auteurs dressent un panorama des problématiques qui lui sont associées ainsi que de la complexité des parcours, de la conception à la consommation, en les illustrant d'exemples provenant de plusieurs aires socioculturelles mettant en relief la centralité de la notion de cycle de vie du médicament qui rejoint celle de la chaîne du médicament.

Ce dernier concept est utilisé de façon novatrice à partir des systèmes de régulation, qui en tissent les diverses formes de médiation (chaîne capitaliste régulée, chaîne étatique centralisée, chaîne humanitaire et chaîne dérégulée), mais qui ne sont pas chacune forcément exclusives. Cette analyse du découpage fondamental du champ d'étude du médicament proposé par nombre d'auteurs aujourd'hui leur permet de cerner l'organisation de chacune de ces quatre chaînes en fonction des différentes étapes. Ce sont d'abord les travaux en lien avec l'élaboration et la production qui sont considérés, mettant en évidence la problématique de la production des savoirs dans les laboratoires, dont la complexification transparaît à travers la multiplication des domaines scientifiques impliqués. Mais la question des brevets et des lois est, sans conteste, un enjeu central sur lequel les pays du Sud et du Nord tendent à s'affronter. Les aspects sociaux et culturels du marketing, qui font du médicament un simple objet de consommation soumis aux contingences du marché, sont par la suite étudiés. Les auteurs montrent encore comment les politiques de santé jouent un rôle déterminant dans la distribution des médicaments, en faisant intervenir, selon les quatre chaînes proposées, divers groupes d'acteurs dont les rôles varient.

Enfin, les enjeux de la prescription, de l'automédication, de la consommation et des usages du médicament aident à cerner les relations que le médicament entretient avec d'autres dimensions de la vie sociale et mettent en lumière les faisceaux des représentations des différents acteurs concernés. Les diverses conceptions du corps et du temps, par exemple, contribuent aux variations relevées dans les constructions du médicament dans les différents groupes culturels.

Finalement, ce chapitre décrit les tendances émergentes quant aux effets de la mondialisation sur la chaîne des médicaments dans la réorganisation de la production, de la distribution ou de la consommation. Il évoque aussi un ensemble

de terrains qu'il conviendrait de mieux explorer. Ces études socioculturelles montrent ainsi que les dimensions représentationnelles et symboliques sont nécessaires pour comprendre pleinement le monde souvent équivoque du médicament qui obéit à des régulations multiples, complexifiées par la mondialisation.

C'est sur les contraintes entourant la régulation des médicaments que Mathieu Gagné s'est penché dans son chapitre sur les aspects légaux. Il relève, dans un premier temps, les contraintes légales et administratives qui entourent la mise en marché d'un médicament. Celle-ci repose sur l'émission d'un avis de conformité par le ministre, nécessitant de remplir plusieurs conditions telles que la démonstration de l'innocuité et de l'efficacité du médicament par des essais cliniques qui obéissent à des protocoles de recherche et d'éthique clairement définis ainsi qu'à des dispositions juridiques et déontologiques régissant les expérimentations médicales. La question du consentement libre et éclairé apparaît comme une dimension centrale de ces exigences.

Les industries pharmaceutiques se doivent de respecter les normes de qualité et de sécurité dans la fabrication et le processus de commercialisation qui sont, elles aussi, régies par un ensemble de règlements. Le programme national de pharmacovigilance, visant à établir et à classer les effets indésirables rapportés à la suite de l'usage d'un médicament par les fabricants et les professionnels de la santé, constitue aussi un mode de contrôle important. Les lois fédérales édictent en outre les normes concernant l'emballage, l'étiquetage et la publicité selon les catégories de médicaments (produits pharmaceutiques et biologiques, médicaments d'ordonnance, etc.) qui dépendent des services administratifs gouvernementaux.

La régulation des médicaments passe aussi par des instances autres que l'État, et qui définissent un certain nombre de normes (Conseil consultatif de publicité pharmaceutique; Normes canadiennes de la publicité; Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada; éducation médicale continue). Le droit, tant fédéral que québécois, fixe aussi l'obligation d'information au public et aux instances médicales. De même, le prix de vente des médicaments est contrôlé de façon étroite au plan fédéral et provincial, tout comme l'est la prestation de médicaments et de services à la population.

Quant aux codes édictés par les instances professionnelles (médecins, pharmaciens et autres), ils précisent quelles sont les personnes qui peuvent prescrire ou administrer des médicaments et ceux qui sont reconnus comme compétents à les préparer et à les vendre. Ce portrait illustre la complexité des modes de régulation des médicaments, qui dépendent de plusieurs institutions, d'une armature de lois et de règlements décrétés par un ensemble d'instances, mais aussi de normes d'autorégulation. Pourtant, malgré ces dispositifs censés protéger le public, plusieurs recours collectifs ont été exercés contre des compagnies pharmaceutiques

en lien avec la qualité et la sécurité des médicaments, les fausses représentations et le contrôle des prix, ce qui autorise à penser que la régulation des médicaments se heurte encore à des difficultés qui font ressortir ses limites.

Mehran Ebrahimi, Anne-Laure Saives et Robert H. Desmarteau s'interrogent, quant à eux, dans leur chapitre sur l'industrie du médicament et sur les transformations observées dans le modèle de gestion des entreprises pharmaceutiques, en fondant leur argumentation sur l'évolution que connaît actuellement l'industrie tout entière. Passant du modèle d'affaires industriel à un modèle financier, les entreprises pharmaceutiques s'inscrivent de la même façon dans le passage de l'économie de guichet à une économie libéralisée qui transforme les modalités de financement que certains auteurs comme Pignarre (2004) signalent. Il indique ainsi combien les nouveaux défis que cette industrie doit relever sont cruciaux, le modèle actuel de l'innovation ayant de plus en plus de difficultés à performer.

Après avoir décrit le modèle d'affaires actuel sur lequel cette industrie fonctionne et qui s'inscrit dans un modèle économique industriel, les auteurs proposent une révision de l'organisation managériale pour privilégier une organisation en réseau située au cœur même d'une économie du savoir. Pour étayer cette proposition, ils envisagent l'historique de l'industrialisation du médicament au Québec qui permet de contextualiser la dynamique de ce domaine et son évolution en lien avec celle des sciences biochimiques et en particulier de la pharmacogénomique qui annonce une nouvelle ère. L'incidence de ce champ sur les modèles d'affaires est considérable et les entreprises biotechnologiques et pharmaceutiques s'y côtoient, voire s'y associent ou font l'objet de restructurations en vue d'affronter la mondialisation et la concurrence intense qui l'accompagne.

Mais les auteurs soutiennent qu'avec cette forme de gouvernance, le pouvoir dans l'entreprise change de mains, puisque c'est dorénavant les blocs d'actions qui vont en guider les destinées. Tandis qu'à la Bourse, ce sont des transactions rapides qui prennent place, les entreprises se heurtent à des contraintes dont les dimensions temporelles sont nécessairement à une échelle beaucoup plus complexe. Les auteurs se demandent quel avenir est réservé à ces sociétés assujetties à de telles contradictions et ils signalent les difficultés qui se profilent ainsi à l'horizon. Selon eux, l'industrie est arrivée à un point de non-retour et la seule rentabilité financière ne peut suffire à affronter la nouvelle économie du savoir et les exigences contradictoires d'un client composite (prescripteur, payeur et patient) qui accède de plus en plus à ce savoir pluriel. Ce constat les amène à proposer un modèle de réseau qui favorise une circulation des savoirs, associés à la création de valeur, dans une dynamique d'alliances et de partenariats constamment remaniés, constituant les nouveaux défis de la commercialisation. Ce nouveau modèle a l'avantage de s'inscrire dans un renouvellement des représentations, à la fois de l'économie et de la société et qui s'impose aussi aux compagnies pharmaceutiques. Les nouvelles technologies, en particulier, exigent que les industries réalisent une sorte

de révolution dans laquelle les informations et les communications interviennent au cœur même de réseaux plus ou moins denses et complexes. Cette réorganisation implique d'établir, à la place des hiérarchies monolithiques présentes dans de nombreuses industries, une structure managériale régulée par la coopération, favorisant ainsi les échanges et la circulation des idées.

Le chapitre de Marie-France B. Turcotte et Jean Pasquero, sur l'industrie pharmaceutique et ses responsabilités sociales, prolonge les réflexions sur les enjeux de la nouvelle économie en se centrant sur les questions relatives à la gestion des entreprises pharmaceutiques en réponse aux multiples exigences auxquelles elles doivent faire face et sur la place qu'elles accordent à la responsabilité sociale dans leur modèle d'affaires.

Les auteurs font valoir que les particularités de l'industrie pharmaceutique compliquent la prise en charge de la mission rattachée à la responsabilité sociale. Ces particularités sont rattachées à leur statut de multinationales occupant une place considérable dans l'économie mondiale, à la complexité de leurs structures dont les ramifications touchent de nombreux sous-secteurs industriels, à leur situation sociale où ils ont à répondre à la fois à des besoins économiques et humains et finalement, à un modèle d'affaires unique où le produit vedette, ou *blockbuster*, est à mettre en marché. Or cette industrie, comme le soulignent ces auteurs, en accord avec d'autres commentateurs et chercheurs, est aujourd'hui très largement contestée. Cette situation, relevée dans d'autres chapitres de ce livre, sert de toile de fond à un certain nombre d'analyses, quel que soit l'angle disciplinaire ou le moment de la chaîne dont ils se préoccupent.

Dans le cadre de ce chapitre, les reproches, relevés et explicités, couvrent un large registre : du plan éthique et moral, au juridique, ou idéologique, en passant par la dimension économique, politique et sociale mais aussi médicale et scientifique. Il en résulte un déficit de confiance de la part de la population, que les auteurs notent avant de remettre en cause le modèle d'affaires qui prévaut dans l'industrie pharmaceutique. Ils présentent deux exemples pour étayer leur démonstration : celui du lait maternisé, qui démontre clairement comment les diverses instances de la société civile sont amenées à critiquer les pratiques de gestion de ces industries au plan mondial, et celui du traitement du sida, qui soulève la question des brevets, des pratiques qui sont elles aussi fortement contestées. Refusant de se limiter à une analyse critique de la situation actuelle, les auteurs prolongent leur argumentation en décrivant les conditions intervenant dans le contrat social entre l'entreprise et les acteurs sociaux.

Ce contrat découle généralement de la coordination de trois mécanismes liés au marché : le premier vise à répondre aux besoins des consommateurs, le deuxième renvoie à l'exercice d'un contrôle par les lois et les pressions sociales, alors que le troisième correspond au partage de valeurs entre les acteurs. Puisque le contrat social émerge d'un certain équilibre entre ces trois mécanismes, un

nouveau pacte résultera donc du développement d'une coordination des attentes réciproques des acteurs sociaux. Cette coordination devra, entre autres, concilier les exigences contradictoires du marché et de la réglementation, par des correctifs sur le plan de la propriété intellectuelle, de la réglementation, des politiques de santé et des stratégies pour combler l'ensemble des besoins qui s'imposent.

Les auteurs soutiennent que ces exigences, dans le cadre de l'industrie pharmaceutique, conduisent à des défaillances dans le système et complexifient la problématique des responsabilités sociales, d'où l'émergence de positions théoriques différentes allant de l'«entreprise-contrat» à l'«entreprise-octroi» et aboutissant à l'«entreprise-partenariat», dans laquelle l'entreprise négocie les termes du contrat social qu'elle peut établir avec les autres instances sociales. Devant la diversité des propositions, les auteurs retiennent finalement la proposition de Pasquero à des fins analytiques, un continuum allant des obligations légales à celles qui sont sociales et volontaires. Dans cette perspective, le modèle débouche sur huit attentes interreliées de la responsabilité sociale, qui émergent au fil du temps et participent à l'évolution du modèle d'affaires de l'entreprise.

Les auteurs appliquent ces attentes à l'industrie pharmaceutique en suggérant des voies de réflexion pour chacun des huit thèmes ainsi développés, soulignant que la responsabilité sociale doit être partagée entre les différents acteurs plutôt que d'en faire porter l'exigence à la seule industrie pharmaceutique. À l'encontre d'une certaine tendance actuelle, c'est en fait l'ouverture vers un important débat de société qui est préconisée.

Danielle Maisonneuve, Philippe Tremblay et Jacinthe Douesnard s'attardent, quant à eux, à l'influence de la communication portant sur les médicaments, soutenant, à partir d'une recension des écrits sur cette question, que les médias ne transmettent pas une information scientifique complète sur ces produits. Les communiqués de presse provenant des compagnies pharmaceutiques, qui visent essentiellement la promotion des ventes, présentent une information biaisée et trop optimiste, ce qui peut avoir des effets négatifs sur les prises de décision dans le champ de la santé. L'évaluation de l'information transmise par les journaux à fort tirage révèle que son contenu promotionnel est élevé et qu'il s'inscrit dans une stratégie de publicité «*direct-to-consumer advertising*» (DCTA), considérée comme peu fiable par les médecins, préoccupés par l'exagération concernant l'efficacité des traitements et par la minimisation des risques pouvant affecter les perceptions du grand public.

Des études menées, par exemple, auprès d'étudiants universitaires indiquent ainsi que l'information transmise par les médias populaires contribuait à une perception plus favorable des avantages des médicaments que dans le cas d'une information de type scientifique, plus complète et plus neutre. Par ailleurs, les

informations médiatisées par la DCTA dénotaient la présence de stéréotypes à l'égard des femmes, des personnes âgées et de la maladie mentale, qui était envisagée surtout à partir du point de vue biologique.

Prolongeant ces recherches sur l'influence de la publicité, les auteurs présentent les résultats d'études menées au Québec parmi les professionnels de la santé, études qui font ressortir le fait que l'influence des médias est liée à leur degré de spécialisation, tout en précisant que les communications interpersonnelles avec les pairs et les collègues de travail jouent un rôle significatif dans l'évaluation de l'information. Les médias spécialisés et les rencontres scientifiques constituent par ailleurs les modes de diffusion privilégiés par les décideurs du réseau de la santé.

Une seconde étude menée sur les relations entre les entreprises pharmaceutiques et les pharmacies ainsi que sur leurs modes de communication montrent que ces relations se fondent sur la confiance et un intérêt commercial mutuel, un réseau de communication dont se sentent exclus les techniciens en pharmacie. Le public exerce par ailleurs une pression accrue sur le personnel des pharmacies afin de compenser pour des carences constatées dans le réseau de santé, les pharmaciens étant perçus comme plus facilement accessibles que les médecins. Des recherches complémentaires, qui tiendraient compte du genre (*gender*) et de l'origine culturelle, permettraient de nuancer les résultats de ces recherches qui illustrent la complexité de la réception des messages provenant des industries pharmaceutiques par les différents acteurs de la chaîne.

Manon Niquette s'interroge, elle aussi, sur la publicité pharmaceutique et ses enjeux à partir d'une perspective communicationnelle. Pour ce faire, elle évoque la transformation des rapports médecins-patients à la suite du développement de la publicité sur les médicaments dont l'interdiction, dans la très grande majorité des pays, est contournée par les compagnies pharmaceutiques. En conséquence, les consommateurs sont plus enclins à réclamer la prescription de médicaments publicisés, en particulier celle des médicaments de confort.

Si les compagnies pharmaceutiques et les intervenants en santé ne sont pas d'accord sur les retombées des pratiques publicitaires sur la santé, ces dernières influenceraient de nombreux groupes d'acteurs impliqués dans la chaîne des médicaments et contribueraient néanmoins à la dissémination d'une idéologie qui prône la valeur de la santé. Au Canada, l'encadrement légal de la publicité directe permet en revanche la diffusion des messages sur les médicaments portant sur le nom des marques ou sur l'existence d'un traitement, et plusieurs organismes, tant gouvernementaux que pharmaceutiques, contrôlent de la validité de ces messages. Les tribunaux peuvent statuer sur les litiges portant sur les répercussions de ces messages dont l'évaluation se heurte, chez les professionnels de la santé, aux carences de leur formation sur le marketing pharmaceutique, une dimension qui reste à développer.

Les recherches réalisées dans le domaine des communications ont également tenté de repérer les déterminants sociaux de l'usage des médicaments afin de produire des messages qui seraient mieux adaptés aux réalités des patients, tout en analysant les messages émis (analyse de contenu) ou leur réception (perception et influence) à partir d'une perspective « transmissionniste » ou interprétative. Ainsi, l'analyse de contenu a porté essentiellement sur les messages imprimés, mettant en évidence les dimensions informatives (données factuelles) et transformationnelles (qualités abstraites et symboliques), les stratégies dominantes, la distribution en fonction du type de maladie, et la valeur éducative limitée. Des études suggèrent aussi que les thèmes motivationnels varient et que les valeurs prônées sont de type individualiste.

Avec l'importance accrue que prend Internet dans la publicité sur les médicaments, les recherches révèlent entre autres, que les messages en ligne se distinguent de ceux imprimés sur plusieurs dimensions. Sur un plan plus socio-constructiviste, les études relevées par l'auteure sur le contenu visuel des publicités pharmaceutiques font état des mises en scène de type identitaire (personnes en santé, actives et sympathiques) ou, à un moindre degré, relationnel (contexte familial, amoureux, professionnel ou amical), variant selon le type de maladie.

La question du genre joue aussi et de nombreuses études portent sur le sexisme sous-jacent à la construction des messages. La perception et l'évaluation des effets nous apprennent que les consommateurs sont positifs face à la publicité pharmaceutique et que celle-ci influencerait davantage les personnes dont le statut socioéconomique est faible. Cependant, chez ces derniers, la publicité pharmaceutique contribuerait à une meilleure communication avec les médecins et à une meilleure maîtrise de la relation, une perspective confirmée par un sondage auprès de médecins qui sont par contre nettement critiques à l'égard de la publicité. Quant aux travaux interprétatifs, ils se sont développés plus particulièrement dans le champ des études culturelles. Les analyses des publicités médicales constatent la fragmentation du corps humain, surtout masculin, la dominance de la métaphore du cyborg et la marginalisation des femmes. Celles-ci font l'objet de représentations stéréotypées qui se retrouvent aussi dans le cas de la ménopause ou de la relation médecin-patiente. Le recours à des dimensions mythiques est également noté, permettant ainsi d'exagérer les qualités du médicament.

L'analyse des formes rhétoriques et des récits occupe une place significative dans les recherches et met en évidence, dans le cas du *Viagra*, la prédominance du modèle hétéronormatif. La réception des messages sur le *Viagra* indique cependant que les hommes tendraient à résister à ces constructions. L'auteure conclut sur l'importance des recherches en communication afin de signaler la contribution de la publicité pharmaceutique à la création d'une culture populaire où le médicament devient un élément social central.

La publicité souligne l'importance de l'information dans les médias télévisuels mais aussi écrits.

La question des repères linguistiques et onomastiques des médicaments fait l'objet du chapitre de Benoît Leblanc et Catherine Bilodeau qui montrent que le nom du médicament constitue un maillon important de la chaîne des médicaments. Se situant entre la phase de la conception et de la consommation, le nom contribue à faire connaître un médicament en l'individualisant et en l'associant à un ensemble de représentations. Pour le choix du nom des médicaments, on fait ainsi appel à de nombreux professionnels. Les propositions peuvent émaner des services des compagnies pharmaceutiques ou de firmes spécialisées dans la production des marques qui s'occupent aussi des dimensions légales et de son évaluation. La structuration des noms se fait à partir de divers éléments (classes de médicaments, nom générique d'un ingrédient actif, appellation chimique, organe ou zone du corps visés, effets attendus, infection à traiter, bienfaits, nom du fabricant, abréviations, symboles, personnages, etc.). Les modes de formation des noms se fondent sur des bricolages multiples (usages de préfixes, d'infices ou de suffixes) de mots formés à partir de racines grecques ou latines) ou de mots-valises, de composants agglutinés ou séparés par un trait d'union, par dérivation syntagmatique ou par siglaison (juxtaposition de lettres initiales d'une dénomination descriptive), en utilisant des anthroponymes, des apothiconymes, des emprunts ou d'autres formes linguistiques (abrégements, syncopes, apocopes, aphèreses lexicales, réarrangements, hybridations) ou, encore, des combinaisons par ordinateur. Les euphémismes, qui renvoient à l'adoucissement d'une expression d'une notion qui peut être trop directe, sont aussi employés. La question du plagiat des noms de marques a donné lieu à des procédures administratives, alors que la mise en marché des marques génériques pose le problème de leur appellation (distinctes des marques déposées) et des retombées thérapeutiques importantes à cause de l'effet placebo éventuel. On assiste aussi à un passage du statut de nom de marque à celui de nom commun. Cette recension met ainsi en évidence l'importance de l'onomastique économique dans l'univers pharmaceutique et ouvre des terrains de recherche prometteurs sur les mécanismes représentationnels qui entrent en jeu dans le choix et la réception des marques de médicaments.

Le chapitre de Chantal Ouellet, Isabelle Médeiros et Marjolaine Thouin soulève une problématique importante et encore peu traitée, soit celle de l'analphabétisme, et fait ressortir les enjeux liés à cet handicap ainsi que ses répercussions sur le plan de la santé et des usages des médicaments. Après avoir dégagé le continuum d'alphabetisme allant de l'incapacité de lire à des compétences plus élevées, les auteurs montrent que la moitié de la population canadienne est limitée dans sa capacité de lecture, et que c'est dans cette catégorie que se retrouve un pourcentage élevé de personnes ayant des problèmes de santé et souffrant souvent de maladies chroniques qui nécessitent un encadrement médical poussé et une observance des traitements adéquate. Leurs difficultés de lecture peuvent les

amener à éprouver des difficultés dans la compréhension des informations sur la santé, sur les soins et sur la prise de médicaments, ce qui entrave leur suivi médical. Des programmes d'intervention ont ainsi été développés pour pallier ces carences et permettre une meilleure prise en charge des soins et une adhésion plus poussée au traitement. Néanmoins, il reste à réaliser d'autres études pour mieux évaluer les conséquences de ce handicap sur les stratégies de traitement et proposer des programmes d'interventions adaptés.

Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier mettent en perspective les travaux portant sur la question de la prescription des médicaments pour dégager les enjeux entourant cet acte médical où la communication médecin-patients apparaît comme essentielle pour réduire les mésusages des médicaments. L'analyse du contexte communicationnel met ainsi en évidence des carences significatives dans les modes de communication des intervenants en santé (style autoritaire, écoute insuffisante) qui contribuent à une insatisfaction de la part des patients. Si les méta-analyses suggèrent qu'une bonne communication contribue à une meilleure santé, les études sur les consultations médicales montrent que la grande majorité d'entre elles se situe dans le champ biomédical. Cependant, les femmes médecins ont des modes de communication basés sur le partenariat, posent plus de questions et provoquent plus d'échanges chez leurs patients. Les caractéristiques des patients (sexe, âge, éducation, niveau socioéconomique, etc.) influent aussi sur la communication, tout comme les facteurs contextuels et organisationnels.

Les études encore peu nombreuses sur les échanges entourant les médicaments révèlent que l'observance dépend des représentations de la maladie et des médicaments, des processus de négociation. Cependant, une proportion significative de prescriptions de médicaments n'est pas accompagnée d'un transfert d'informations ou de questions, en particulier sur le plan de l'observance, et certains des thèmes discutés peuvent être privilégiés par les médecins ou les patients. Les entraves à la communication sur la médication portent aussi sur la gestion du temps de l'entrevue, sur l'usage d'un vocabulaire technique, sur le style communicationnel et sur les croyances des médecins par rapport à l'information et à l'observance. Les auteurs mettent donc en évidence les problèmes de communication entourant la médication, ce qui soulève des questions d'éthique comme celles qui concernent le consentement éclairé et le choix de traitement informé. Quant aux recherches sur l'observance, elles trouvent des variations importantes dans le suivi et l'influence de nombreux facteurs, en particulier les croyances des patients (nature du problème, traitements et effets indésirables), leurs motivations et les modalités de mémorisation de l'information. Cet ensemble de recherches met donc au jour les nombreuses contraintes qui s'exercent sur la communication entre le médecin et le patient et l'importance de développer des stratégies de communication susceptibles d'améliorer la prescription et la fidélité aux traitements.

Le chapitre de Francine Dufort, Marie-Laurence Poirel et Pétra Scheibler porte sur les perspectives psychologiques touchant le médicament, un intérêt qui s'est manifesté dans quelques champs (psychologie sociale et communautaire et de la santé, psychopharmacologie expérimentale et neurosciences). En s'appuyant plus particulièrement sur des travaux sur les psychotropes, les auteures révèlent l'emprise de plus en plus nette du paradigme biomédical sur la psychologie, fondé sur une approche individualiste des maladies mentales qui tend à ignorer les dimensions sociales et écologiques associées à ces problèmes. Cette perspective, qui ne s'appuie pas sur une visée critique du réductionnisme biologique ambiant, renvoie à plusieurs thèmes saillants. Ainsi, la question du droit à la prescription occupe une place importante dans la littérature psychologique sur les médicaments sur le continent nord-américain, mettant en évidence les tensions entourant l'identité professionnelle et la légitimité scientifique des psychologues. Plusieurs arguments sont avancés pour souligner l'intérêt de cet élargissement (hausse du statut social et du niveau économique, amélioration des soins de santé, formation insuffisante des pharmaciens et des médecins généralistes dans le champ de la santé mentale, réduction des erreurs médicales, unification des dimensions psychologiques et neurobiologiques pouvant favoriser des modèles théoriques plus holistiques). Les opposants à cette perspective soutiennent que ce droit de prescription amplifierait l'emprise du modèle biomédical, réduirait les compétences psychothérapeutiques et le recours aux thérapies non médicamenteuses et pourrait favoriser la surprescription des médicaments.

Les recherches montrent que les psychologues sont aussi partagés sur cette question qui affecte le projet psychologique disciplinaire et l'oriente vers un arrimage de plus en plus poussé avec la médecine, ce qui risque de dénaturer cette discipline. Le droit à la prescription s'articule sur la question des avantages de la pharmacothérapie comparativement aux psychothérapies, un enjeu qui soulève des interrogations scientifiques et économiques touchant le rapport avantage-coût. Ce débat, qui porte à la fois sur des questions conceptuelles, en particulier celle de l'efficacité thérapeutique, méthodologiques et empiriques, fait ressortir les différences dans les conceptions de la santé. La combinaison des deux types de traitements ne fait pas non plus l'unanimité, même si les collaborations interprofessionnelles sont quelquefois envisagées sans faire consensus. Le sevrage aux psychotropes constitue un autre thème saillant; il met en évidence les effets des médicaments sur les patients et le recours à des modèles d'intervention dominés par l'approche médicale, en particulier psychiatrique, alors que la psychologie se réclame surtout du modèle cognitivo-comportemental dont l'efficacité reste à démontrer, les approches d'intervention négligeant les dimensions contextuelles sociales. Le thème de l'observance du traitement aux psychotropes est une autre dimension marquante des travaux psychologiques. Problème épidémiologique important, aux effets significatifs sur les patients et les systèmes de santé, la question de l'observance est encore une fois envisagée, sans remettre fondamentalement

en question le paradigme biomédical. De nombreux modèles d'intervention s'appuyant sur des perspectives théoriques variées (modèle de croyance à la santé, théorie de l'action raisonnée, modèle de l'auto-efficacité, apprentissage sociocognitif) ont ainsi été créés pour tenter de cerner les facteurs les plus déterminants dans le maintien d'une observance adéquate et les conditions propices aux changements, sans pouvoir toujours prédire de façon optimale les conduites des patients, ignorant certaines dimensions cruciales comme la relation médecin-patient ou le contexte socioculturel. Les facteurs sociodémographiques, le rapport à la maladie et les modalités d'interactions, de même que les représentations personnelles et sociales du traitement et les significations qui lui sont données interviennent sur l'observance. Les auteurs concluent sur l'apport de théories des représentations à cette problématique, de même que sur le développement d'approches qui remettrait en question les tentatives hégémoniques biomédicales pour privilégier un modèle d'*empowerment* qui fait appel à l'implication des personnes directement concernées par la médication et l'expérience qu'elles en ont.

Comme le font valoir Luc Guerreschi, Philippe Tremblay et Catherine Garnier, le dopage occupe de plus en plus le devant de la scène sportive, mais il n'est généralement considéré que du point de vue des sciences biomédicales, les dimensions psychosociales étant ignorées et son insertion dans la chaîne du médicament, négligée. Les auteurs montrent ainsi que le dopage sportif est une réalité difficile à cerner, car il se trouve à la croisée de deux mondes, le social et le sportif. Analysant les contraintes auxquelles le sportif de haut niveau est confronté, ils soutiennent que la brièveté de la carrière sportive et son intensité, associées à la quête de la performance, contribuent au dopage dont les enjeux sur la carrière sont cruciaux, puisqu'il peut entraîner une éviction du camp de la compétition et la déchéance médiatique. Les règlements internationaux définissent ainsi le dopage à partir de sa dangerosité et de son incidence sur la performance, d'où la transformation du statut du médicament dans la population sportive, les règlements imposant une restriction très sévère dans la prise des produits médicamenteux pour se soigner, dès lors que ceux-ci figurent sur une liste les interdisant pour leurs effets de dopage. Une recension des recherches sur le dopage révèle que celles-ci se limitent essentiellement aux dimensions médicales et qu'elles sont centrées sur les produits concernés, leurs propriétés, leurs effets attendus et secondaires et les modes de détection. Les aspects sociétaux retiennent nettement moins l'attention, ni les représentations que les sportifs élaborent, dans un univers où la performance est érigée en valeur suprême et où ils ont à se positionner par rapport au dopage qu'ils peuvent refuser.

Les travaux réalisés par Luc Guerreschi à partir de la perspective des représentations sociales indiquent que le refus du dopage se fonde sur quatre raisons : une raison biologique, le dopage étant considéré comme un palliatif à des faiblesses corporelles absentes chez le bon athlète ; une raison morale et éthique, le dopage renvoyant à une transgression des règles sportives ; une raison

médicale, celle de protéger sa santé et son avenir postcompétition ; une raison technique, le dopage ne pouvant contribuer à l'expression des qualités nécessaires dans certains sports qui dépassent les critères de performance physique. L'importance relative de ces raisons autorise à penser que le dopage deviendrait un objet technique sur lequel les valeurs morales auraient de moins en moins de répercussions, alors que les raisons médicales et corporelles continueraient d'avoir un rôle temporisateur. Selon les auteurs, les raisons explicatives du refus du dopage renseigneraient sur un mode d'usage détourné du médicament, qui s'inscrit dans la chaîne des médicaments. Ainsi, le dopage renverrait à un mésusage et à un abus (en utilisant des produits détournés de leur usage médical), à un simple usage (les principes actifs d'un médicament prescrit pour des raisons médicales pouvant se retrouver dans la liste des ingrédients interdits par les règlements sportifs) ou à un nouvel usage (le médicament révélant des effets secondaires utiles). À chacun de ces emplois correspondraient ainsi des raisons particulières de le refuser. Le dopage permet donc de mettre en relief deux éléments de la dynamique des médicaments. Il convoque, d'une part, le rapport individu-corps-société dans ce type d'usage détourné. D'autre part, il permet de cerner deux effets psychosociaux sur la relation du sportif au médicament : un effet immédiat (construction et intégration d'un système représentationnel fondé sur trois catégories de valeurs) et un effet retour (transformation du statut représentationnel du médicament pour la population des athlètes, le médicament représentant des pratiques dopantes). Ces perspectives démontrent la complexité des représentations des conduites dopantes pour en expliciter certains de ses enjeux.

L'usage des médicaments dans la société contemporaine ne se limite plus au traitement des maladies ; il tend à pénétrer le domaine des cycles physiologiques rattachés à la reproduction, avec les contraceptifs, l'hormonothérapie à la ménopause et le traitement des dysfonctions sexuelles masculines. C'est sur cette question que Joseph Lévy, Renée-Claude Badman, Michel Goulet, Mylène Fernet, Louis-Robert Frigault, et Pascale Pourrain se penchent dans le chapitre consacré à la pharmacologisation de la sexualité. Dans un premier temps, ils rappellent la façon dont les dysfonctions sexuelles relevaient d'abord de traitements magico-religieux ou de l'usage d'aphrodisiaques ou d'autres régimes dans le contexte de la protomédecine, avant de s'orienter vers une double intervention, selon que les dysfonctions sexuelles étaient d'origine organique ou psychogène, et ce, à partir du XIX^e siècle. Ainsi, aux traitements biomédicaux (opérations chirurgicales, pompes, produits pharmaceutiques) visant à rétablir la fonction sexuelle viennent s'ajouter les différentes thérapies (psychanalytiques, comportementales), la littérature s'intéressant particulièrement à leurs causes. Levy *et al.* recensent les modèles de traitements qui apparaissent dans la littérature et qui vont du modèle psychanalytique aux modèles éclectiques, en passant par le modèle de thérapie comportementale, sans oublier les interventions biomédicales. Toutefois, s'ouvre ensuite une nouvelle ère avec la pharmacologisation et les premiers essais de

différents produits dont les effets secondaires pouvaient être dissuasifs, mais comme le présentent les auteurs du chapitre, c'est avec le *Viagra* que surviennent de profondes transformations de la vie sexuelle. L'histoire du parcours de ce médicament est particulièrement éloquent et son analyse retient l'attention d'un grand nombre de chercheurs, comme le révèle ce chapitre, qui fait ressortir les enjeux autant épidémiologiques qu'économiques et la manière dont les compagnies pharmaceutiques se livrent un combat sans merci pour se réserver des parts importantes du marché. Ces stratégies sont visibles en particulier dans le recensement des études sur le marketing et sur les analyses des diverses publicités. Les auteurs soulèvent ainsi un certain nombre de questions urgentes sur lesquelles la société civile, maintenant mieux informée, se doit de réfléchir comme, par exemple, les lois régissant les publicités, leurs coûts exorbitants et leurs réels effets. Le rôle d'Internet ne doit pas non plus être négligé, même s'il est souvent surestimé, selon certaines études.

À la suite de cette analyse de l'état de la question, les auteurs posent un regard critique sur le changement radical qui est introduit par la médicalisation de la fonction érectile et l'usage du *Viagra*. Leur recension les conduit à poser le problème de l'autonomisation de ce processus, mettant en relief les dérives dans l'usage de ces médicaments, entre autres, pour des fins récréatives, et les moyens qui le permettent, Internet jouant ici un rôle considérable en particulier dans la prescription et la délivrance illégales de ces médicaments. Les répercussions sont aussi à identifier plus largement dans la vie relationnelle, et en particulier dans la vie de couple, les études obtenant des résultats relativement contradictoires quant aux effets de l'usage du *Viagra*. Mais, comme le notent les auteurs, il a aussi transformé le statut des dysfonctions sexuelles, dans la culture populaire. Les perspectives d'avenir forment un tableau analytique des améliorations possibles concernant les médications elles-mêmes et leur application à la sexualité féminine. Mais nous devons retenir de ce chapitre l'éclatement des conceptions et, conséquemment, un accroissement de l'importance des enjeux entourant les problématiques reliées à la pharmacologisation de la vie sexuelle.

Bertrand Lebouché, Isabelle Wallach et Jean-Pierre Routy analysent, quant à eux, les dimensions biomédicales, psychologiques et sociales des traitements antirétroviraux du VIH/sida. Cette épidémie a obligé les instances biomédicales à mettre en place des dispositifs de recherche clinique complexes afin de trouver rapidement des traitements efficaces qui pourraient réduire de façon significative les dimensions létales associées au syndrome de l'immunodéficience humaine. Ce chapitre présente l'historique de ces découvertes et, en particulier, celles des antirétroviraux et d'autres traitements qui ont révolutionné les approches cliniques et la vie des patients. Ces antirétroviraux ont été les révélateurs des effets secondaires qui sont associés à leurs usages, les dilemmes entourant l'observance et les rapports entre les différents acteurs et groupes d'acteurs impliqués dans le traitement, comme les interactions médecins-patients. La question des résistances

et des limites de ces traitements est aussi soulevée, tout comme les nouveaux développements observés tant au plan pharmacologique que celui des stratégies de prévention auxquels ces médicaments peuvent contribuer. Des pistes innovatrices, comme celles des microbicides qui sont à l'essai, révèlent que la lutte contre le VIH/sida se mène sur plusieurs fronts, illustrant la complexité des opérations qui sous-tendent la chaîne des médicaments antirétroviraux et qui se réalisent aujourd'hui à une échelle mondiale, ce qui n'est pas sans poser des dilemmes médicaux et éthiques.

Michel Perron et Marie-Ève Blackburn examinent les enjeux du dépistage génétique et des développements de la pharmacogénomique, des champs de recherche et d'intervention importants au Québec, étant donné la présence de nombreuses maladies héréditaires, en particulier dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en raison des conditions sociodémographiques qui ont prévalu dans la région. Ainsi, depuis vingt-cinq ans, se sont mis en place des études et des services génétiques visant le dépistage populationnel qui s'inscrit dans un projet de génétique communautaire où dominent l'interdisciplinarité et un modèle d'innovation sociale basée sur le partenariat. Les avancées dans le domaine génétique soulèvent un certain nombre de questions touchant la pharmacogénétique et la pharmacogénomique, qui visent à comprendre l'influence des facteurs génétiques dans les réponses aux médicaments. Ces disciplines sont en voie de développement mais ont déjà donné lieu à l'expérimentation de quelques traitements et à des réflexions théoriques et empiriques sur les répercussions de ces innovations qui affectent les imaginaires sociaux de façon paradoxale. Si certains groupes d'acteurs ont une vision plutôt négative de la pharmacogénomique, considérée comme portant atteinte au « caractère sacré du vivant », d'autres groupes, comme les généticiens et les représentants des entreprises biotechnologiques sont plus optimistes. Les questions de la discrimination génétique, de la prégnance des intérêts économiques et de la commercialisation du vivant comportent des enjeux éthiques importants qui ont tendance à être ignorés dans les débats contemporains, tout comme leur incidence sur la pratique médicale, qui risque de se réduire strictement aux dimensions biologiques advenant la mise au point de médicaments sur mesure, ce qui pose la question du consentement libre et éclairé qui deviendra majeure. Même si les enquêtes indiquent que la population en général est nettement favorable aux technologies génétiques, les travaux ont aussi mis en évidence la complexité des enjeux éthiques variables selon les groupes d'acteurs impliqués. Ces travaux montrent que les sciences sociales peuvent contribuer à mieux cerner les représentations dans ce domaine et à mettre au jour les tensions qui parcourent le champ social, par la multiplicité des groupes d'acteurs concernés dans le développement, l'usage et l'évaluation de ces nouvelles technologies.

Ce panorama met en relief la complexité des rapports technologiques, socioéconomiques et culturels associés aux médicaments et dégage des pistes de recherche susceptibles de mieux appréhender, à partir de perspectives à la fois

micro et macro, locales et globales, la chaîne des médicaments. Il contribue ainsi à jeter un nouvel éclairage sur leurs fonctions complexes qui nécessitent plusieurs approches méthodologiques pour pouvoir les cerner.

BIBLIOGRAPHIE

- Garnier, C. (2003). «La chaîne du médicament : construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative», dans J.J. Lévy *et al.* (dir.), *Enjeux sociaux de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 215-228.
- Garnier, C. (2004). «La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales», *Journal international sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales*, vol. 1, n° 1, p. 1-9.
- Pignarre, P. (2004). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte, coll. «Poche-essais».

LE MÉDICAMENT DANS LES SCIENCES SOCIALES

Une analyse documentaire d'un champ en construction

Christine THOËR-FABRE

Catherine GARNIER

Philippe TREMBLAY

Les enjeux économiques, politiques, sociaux et culturels qui entourent le médicament ont fait l'objet d'une abondante littérature et intéressé différentes disciplines appartenant aux sciences sociales (anthropologie, histoire, sciences politiques, sociologie et psychologie), mais aussi des disciplines plus proches du monde biomédical (santé publique, pharmacie), voire issues des sciences de la gestion (management, économie). Si plusieurs auteurs ont réalisé des revues de la littérature scientifique non médicale, publiée sur la problématique du médicament en anthropologie (Desclaux et Lévy, 2003 ; Nichter et Vuckovic, 1994 ; Van der Geest *et al.*, 1996) et en psychologie (Dufort *et al.*, dans cet ouvrage),

les recensements s'inscrivant dans une perspective pluridisciplinaire sont par contre peu nombreux et souvent axés sur certaines problématiques ou familles de médicaments¹.

Plusieurs raisons nous incitent à continuer de documenter l'ampleur du champ d'étude que constitue le médicament comme objet social ainsi que la pluralité des approches concernées et leur spécificité. Tout d'abord, bien que certaines problématiques liées au médicament semblent intéresser plus particulièrement quelques disciplines, il est souvent très difficile de délimiter des domaines d'études et de les associer à une discipline en particulier. Prenons l'exemple de la régulation des pratiques de l'industrie pharmaceutique. Cette thématique a intéressé les chercheurs en sciences politiques, voire les sociologues, mais elle mobilise aussi très largement les anthropologues qui travaillent sur les nouvelles formes de régulation de l'accès au médicament, en priorité dans les pays du Sud (voir Lévy *et al.* dans cet ouvrage). Adopter une approche uniquement disciplinaire conduit donc à écarter des travaux qui contribuent pourtant à la compréhension des processus à l'œuvre.

Par ailleurs, certaines problématiques, comme celle des pratiques de prescription et de consommation des médicaments, intéressent des chercheurs s'inscrivant dans presque toutes les perspectives disciplinaires citées plus haut, témoignant du caractère central de l'objet médicament dans les sociétés actuelles. Cette variété disciplinaire est assez évidente lorsqu'on examine les affiliations des chercheurs² qui publient leurs travaux dans *Social Science and Medicine*, l'une des principales revues s'intéressant aux aspects socioculturels de la santé et du médicament pour le monde anglo-saxon, ou dans *Sciences sociales et santé* pour les francophones. Nombre d'études proviennent d'ailleurs d'équipes pluridisciplinaires. On observe, de plus, une certaine convergence disciplinaire, notamment dans les travaux portant sur la consommation pharmaceutique. Certains chercheurs en santé publique, en psychologie ou en pharmacie insistent ainsi sur la nécessité d'enrichir les modèles d'analyse des comportements en prenant en compte les facteurs socioculturels entourant le rapport au médicament (Nichter et Vuckovic, 1994). De la même façon, bon nombre de recherches menées en sciences sociales sur le médicament témoignent d'une approche de plus en plus (bio)médicale, notamment en psychologie (Dufort *et al.* dans cet ouvrage).

-
1. Voir par exemple celle de Cohen *et al.*, 2001, centrée sur les psychotropes, ou celle de Collin *et al.*, 2005, qui s'intéresse aux pratiques de prescription, au pluralisme thérapeutique et à l'analyse des rationalités qui sous-tendent le recours au médicament, notamment aux psychotropes, ou encore celle de Fainzang (2002), en introduction du numéro de la revue *Sciences sociales et santé*, consacré au thème des médicaments.
 2. Ceux-ci proviennent de départements d'anthropologie, de sociologie, d'histoire, de sciences politiques, de communication, de travail social, de psychologie, de santé publique, d'épidémiologie, mais aussi des facultés de pharmacie, de médecine (notamment des départements de médecine familiale) et de sciences infirmières.

Enfin, les anthropologues qui ont réalisé de larges revues de la littérature sur le médicament considèrent que, pour mieux saisir la place qu'occupe cet objet dans la société et le rapport qu'entretiennent les individus à son égard, il est nécessaire d'adopter une vision plus globale et de privilégier les connections entre les niveaux macro- et microsociaux d'investigation (Nichter et Vuckovic, 1994). Van der Geest *et al.* (1996) proposent ainsi de regrouper les travaux, compte tenu du découpage du « cycle de vie » du médicament, en retenant cinq moments de son parcours, qui sont ceux de la production, de la diffusion-distribution, de la prescription, de la consommation, de l'évaluation et efficacité, moments qui ont souvent donné lieu à des études indépendantes les unes des autres. Devant cette multiplicité, discours et logiques semblent s'isoler les uns des autres, et une quête pour mieux organiser les résultats obtenus dans les différents plans analytiques s'impose de plus en plus.

Un nombre croissant de chercheurs dans le domaine de la santé s'intéressent à la complexité des phénomènes liés au médicament et tendent à les aborder dans leur entièreté, en insistant sur les différentes étapes qui composent le parcours du médicament et sur les interrelations entre différents acteurs (voir notamment le collectif édité par Davis, 1996, ou les travaux réalisés sur la régulation depuis 1985 par l'équipe d'Abraham). Dans les années 2000, certains auteurs ont poussé l'analyse plus loin, proposant des modèles plus englobants, comme celui du « cycle de vie » du médicament (Cohen *et al.*, 2001) et de la « chaîne des médicaments » (Garnier, 2003a, 2003b). Ces tentatives de modélisation, résolument critiques de l'approche biomédicale traditionnelle, s'inscrivent dans une perspective à la fois systémique et constructiviste, l'accent étant très largement mis sur l'univers symbolique qui se cache derrière la matérialité du médicament.

Cohen *et al.* (2001), qui utilisent la notion de « cycle de vie », découpent le parcours du médicament en 11 étapes interdépendantes, incluant la conception, les essais cliniques, l'inscription du médicament sur les listes de remboursement publiques et privées, la distribution, la promotion, la prescription, la consommation et la surveillance postcommerciale. Chacune de ces étapes est considérée comme un « mini-système » possédant sa propre dynamique et caractérisé par un contexte et des valeurs spécifiques, ainsi que la présence de certains acteurs clés. Ces sous-systèmes sont partie prenante d'autres systèmes plus larges, tel le système économique ou le système culturel, dont ils subissent les évolutions. Les auteurs insistent en effet sur la dynamique de l'ensemble et sur la multiplicité des trajectoires que peut suivre le médicament tout au long de son cycle de vie.

Dans le cas de la « chaîne des médicaments » (Garnier, 2003a, 2003b), l'accent est mis sur les interactions réelles ou symboliques des différents acteurs qui œuvrent tout au long du parcours du médicament. L'analyse vise ainsi à mettre en évidence les nombreux liens systématiques qui peuvent apparaître entre tous les moments de la chaîne, du fait des interrelations des acteurs, en ne distinguant

que les trois composantes interdépendantes de production-distribution, de prescription-consommation et d'évaluation-efficacité. Là encore, on fait remarquer que si le support matériel de cette chaîne dessine un parcours linéaire, ce n'est pas le cas des systèmes de représentations et de communication qui sont au fondement de ces rapports sociaux, qui s'entremêlent au sein de nombreux systèmes dont les règles se distinguent plus ou moins les unes des autres, d'où les négociations tendues, les affrontements et même les crises qui entourent le médicament tout au long de son parcours (la crise du *Vioxx* en est un bel exemple, voir St-Jean *et al.*, sous presse). Cette nouvelle approche systémique du médicament impose la mise à contribution de disciplines scientifiques diverses (Robert et Garnier, 2003) et constitue selon nous une raison supplémentaire d'aborder la revue des travaux portant sur ce thème, en partant du médicament et de sa place dans les sciences sociales, plutôt que d'une discipline particulière.

Nous proposons donc de parcourir la littérature des sciences sociales des vingt dernières années en tenant compte des aspects socioculturels du médicament. En effet, c'est surtout à partir des années 1980 que s'amorce une réflexion sur les médicaments qui s'inscrit hors de la perspective traditionnelle biomédicale et technique. Cette revue vise à cerner les problématiques auxquelles s'intéressent les chercheurs qui travaillent sur les aspects socioculturels du médicament, de même que les échelles d'analyse considérées, les familles de médicaments et les maladies concernées. Elle permet aussi de faire ressortir les conceptions que ces auteurs ont de la chaîne des médicaments, soit les moments considérés de cette chaîne et les acteurs pris en compte dans leurs analyses. Elle offre aussi l'occasion d'examiner les représentations du médicament qui se dégagent de ces différents travaux.

L'étude des représentations du médicament des scientifiques et de leurs conceptions de la chaîne des médicaments repose sur une position théorique qui est celle des représentations sociales. Dans cette perspective, comme l'explique Bangerter (1995), la science n'est pas conçue comme un mode de construction de la connaissance qui se différencie totalement des autres modes de connaissances et en particulier de celui du sens commun. C'est pour cette raison que cet auteur estime que la science peut être son propre objet d'étude scientifique. Il est suivi dans cette démarche par des auteurs comme Jost (1992, 1993), von Cranach (1991, 1992) et Moscovici (1993); ce dernier l'exprime avec le concept d'anthropologie de la science moderne. Cette vision de la construction sociale de la connaissance fonde totalement la théorie des représentations sociales, qui correspond aux systèmes de croyances, aux images et aux schèmes sociocognitifs dont les individus dans les groupes se servent pour communiquer et agir dans leur groupe d'appartenance. On retrouve d'ailleurs cette perspective chez Herzlich et Pierret (1984), qui insistent sur ce va-et-vient entre pensée scientifique et pensée de sens commun

observé dans les débats médicaux d'aujourd'hui, «qui se fondent, certes, sur les modèles sophistiqués de l'épidémiologie, mais se nourrissent aussi des observations des schémas de la pensée collective» (p. 155).

C'est en interrogeant les discours qui prennent place dans les groupes et leurs pratiques que l'univers symbolique devient accessible. À cette étape de la réflexion, on peut donc se demander si cet univers qui émerge des productions des sciences sociales reflète les conceptions sous-jacentes au modèle biomédical qui s'est longtemps imposé dans le domaine de la santé ou si, au contraire, un autre concept opposé à ce modèle émergera. Qu'en est-il, aux yeux de ces scientifiques, du médicament ? Est-il un simple appareil thérapeutique ou tout autant un objet social de la médiation de la maladie ? Enfin, les systèmes sociaux qui assurent le fonctionnement de la chaîne des médicaments sont-ils conçus, dans les travaux de ces scientifiques, comme une suite d'unités plus ou moins indépendantes les unes des autres ou, au contraire, conçus dans une dynamique interactive ? Ce sont autant de questions auxquelles l'examen des banques documentaires en sciences sociales devrait nous permettre de répondre.

1. MÉTHODOLOGIE

Une recherche détaillée d'articles publiés au cours de la période 1985-2005 a été effectuée sur un certain nombre de bases de données rassemblées dans la métabase CSA Illumina. Ainsi, ont été plus particulièrement consultées : *Ageline*, *Communication Studies* (Sage), *Political Science* (Sage), *Social Services Abstracts*, *Sociological Abstracts*, *Sociology* (Sage), *World Wide Political Abstracts*, *PsycInfo*, *Psychology* (Sage). Les mots clés *prescription drug**, *pharmaceutical**, *medication**³ sont à la base de cette interrogation qui a permis d'extraire 29 166 références d'articles ayant été publiés dans des revues avec comités de lecture. Des revues dans lesquelles avaient été publiés ces articles, ont été retenues uniquement celles dont l'approche n'était pas exclusivement médicale et qui comptaient au moins cinq articles portant sur le médicament pour la période visée. Les articles qui traitaient exclusivement des médecines traditionnelles ou alternatives sans référence aux médicaments biomédicaux, de même que les revues d'ouvrages (de type commentaires), ont été écartés. Cette opération a réduit notre corpus à 491 articles publiés dans 29 revues (voir à l'annexe I la liste des revues consultées). Ce rétrécissement du corpus depuis les 29 166 articles de départ s'explique surtout par l'élimination de plus de 25 000 articles, repérés par la base de données PsycInfo et provenant de revues du domaine biomédical. Pour les revues francophones, la recherche a été réalisée à l'aide de trois bases documentaires disponibles sur

3. Nous avons utilisé les troncations afin de repérer les mots clés choisis, qu'ils soient employés au pluriel ou au singulier.

Internet, celle de la Fondation nationale de gérontologie pour la revue *Gérontologie et Société*, la base Érudit pour les revues québécoises et la base John Libbey Eurotext pour la revue *Sciences sociales et santé*. Nous avons interrogé ces bases à l'aide de mots clés (médicament, pharmaceutique) qui pouvaient se trouver dans le titre, le résumé de l'article ou la section mots clés. Cette recherche a permis d'extraire 124 articles dont la source a été identifiée. Comme pour les revues anglophones, les articles qui portaient exclusivement sur les médecines alternatives ou traditionnelles, de même que les revues d'ouvrages, ont été éliminés, et seules les revues ayant publié au moins cinq articles sur le médicament pendant la période visée ont été conservées dans le corpus final, soit : *Gérontologie et société*, *Sciences sociales et santé*, *Anthropologie et sociétés* et *Santé mentale au Québec*, pour un total de 41 articles.

Deux analyses ont été réalisées sur l'ensemble des contenus ainsi retenus : une première analyse de contenu à l'aide d'un logiciel d'analyse de texte donnant la possibilité d'explorer le corpus par une organisation en classes de discours reflétant les prises de position sous-jacentes et une seconde analyse de contenu pour catégoriser les éléments du corpus suivant une grille de lecture.

Comme première analyse du corpus, une analyse de contenu à l'aide du logiciel ALCESTE (analyse des lexèmes cooccurents dans un ensemble de segments de textes) a été effectuée sur l'ensemble des résumés retenus, en vue d'obtenir une classification des articles selon des regroupements sémantiques composant les textes étudiés. La principale propriété du logiciel Alceste est de quantifier un texte pour en extraire les structures signifiantes afin de dégager l'information essentielle contenue dans les données textuelles (Reinert, 2001). Il effectue d'abord sur le texte une analyse de classification descendante hiérarchique (CDH) pour regrouper les données textuelles en classes, à partir d'un chi-deux d'association. Sur les classes obtenues, il réalise ensuite une analyse factorielle des correspondances (AFC) pour offrir une représentation spatiale schématique des relations qui existent entre elles. Cette représentation spatiale prend la forme d'un graphique où les éléments constitutifs de chaque classe sont positionnés selon leurs proximités respectives. Des nuages de points entourant les centres de gravité de chaque classe sont représentés pour mieux distinguer les classes entre elles et permettre des comparaisons. Le logiciel Alceste regroupe ainsi en classes la plus grande partie du contenu des discours sur la base des correspondances entre les mots. Chacune des classes est alors constituée d'un groupe de mots et il est possible d'en dégager un thème central, d'en décrire les principales dimensions et d'envisager son emplacement relatif dans l'espace discursif et dans l'espace représentationnel sous-jacent.

Comme deuxième analyse, une analyse de contenu, à la fois quantitative et qualitative, a été menée sur le corpus final, constitué des références et résumés des articles. Cette analyse impliquait une classification des résumés recueillis à

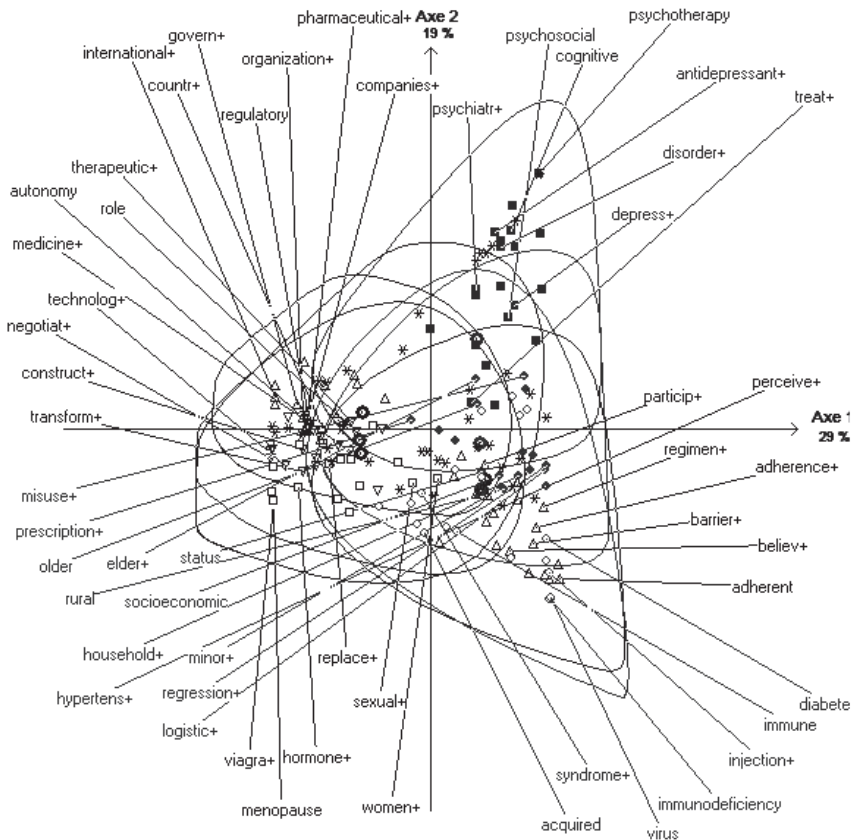
l'aide d'une grille de lecture (voir annexes I et II) contenant les rubriques suivantes : le ou les thèmes à l'étude, les acteurs concernés par l'étude, le ou les pays d'affiliation du premier auteur, la méthodologie employée, la ou les pathologies concernées, la ou les familles de médicaments considérées (et le nom du médicament, si l'étude portait sur une molécule ou un médicament précis), leur statut (prescrit ou en vente libre), l'échelle d'analyse (macro- ou microsociologique), la ou les représentations du médicament mises de l'avant dans l'article ainsi que le ou les moments concernés du parcours du médicament. L'ensemble des documents étudiés a été référencé sur un logiciel de gestion bibliographique (EndNote) qui permet de trier et de quantifier les documents indexés, afin notamment de mettre en évidence les thèmes récurrents ou, au contraire, peu développés.

2. RÉSULTATS

L'analyse du discours réalisée à l'aide d'Alceste (voir la figure 1.1) a l'avantage de mettre en évidence les relations existant entre certains thèmes et certaines familles de médicaments. Les classes qui sont formées peuvent se regrouper, d'une part, selon deux catégories et, d'autre part, selon une classe dont le thème est d'ordre méthodologique. Dans le cas de l'un des deux regroupements de classes (7, 5 et 4) se trouvent les thématiques traitées d'un point de vue macro-sociologique, comme la régulation ou la médicalisation, cette dernière étant clairement associée à la problématique des traitements hormonaux de la ménopause et des dysfonctions sexuelles. C'est aussi parmi ces classes que se situent les approches anthropologiques qui s'intéressent aux négociations entre les acteurs. La première de ces trois classes (7) met en scène un univers politico-économique du médicament en renvoyant à plusieurs instances intervenantes à l'aide des expressions « *govern** » (l'étoile signifie la troncation du mot, c'est-à-dire que les découpléments tels *government*, *governing*, *govern*, etc., sont inclus) et « *pharmaceutical* companies** ». Mais cet univers déborde les frontières et, en retenant les notions de localisation (« *countr** » [pays] et « *international** »), construit le médicament comme un objet avec sa production et sa distribution plus ou moins régulées suivant les zones géographiques. De l'univers privé avec ses fonctionnements locaux, il semble bien que le médicament soit maintenant conçu dans ses dimensions les plus larges en contexte de mondialisation.

La deuxième classe (5) qui est définie dans ce groupe est fortement marquée par l'idée de médicalisation des processus naturels de la vie, mais plus particulièrement de la ménopause avec l'hormonothérapie, idéologie moderne qui s'inscrit dans une certaine négation ou refus de la condition humaine au profit du culte de la jeunesse éternelle (présence dans cette classe des termes « *Viagra** » et « *hormone** »). Ces deux médicaments occupent ainsi une place centrale dans les études en sciences sociales, dénotant l'importance que revêt le domaine de la sexualité dans l'analyse sociale.

Figure 1.1
 Résultat de l'analyse factorielle réalisée à l'aide d'Alceste



La dernière classe de ce groupe (4) met en évidence les tensions relationnelles qui sévissent au cœur des sociétés où coexistent systèmes médicaux traditionnels et occidentaux, rendant possible l'émergence de médecines différentes offrant des médicaments dont les bases expérientielles et scientifiques s'opposent, du fait de l'introduction de la technologisation de l'intervention en santé qui transforme le rapport médecin-patient. Ces tensions provoquées par ces oppositions sont la plupart du temps associées à un processus de négociation que les auteurs font ressortir. Il semble bien que cette littérature scientifique laisse apparaître la prise de conscience du pluralisme et des tensions qu'il ne manque pas d'engendrer dans les relations entre acteurs. Ainsi, même si dans le domaine de la santé les modèles biomédicaux

ont tendance à dominer, il est de plus en plus clair que les chercheurs œuvrant dans les sciences sociales suscitent une remise en question de la position univoque qui s'est installée.

Trois autres classes constituent le second regroupement, qui porte sur la consommation et la prescription médicamenteuse. Cette deuxième catégorie de classes est largement centrée sur les pratiques de consommation et sur deux familles de médicaments, l'une se rapportant aux traitements avec les psychotropes et aux problèmes de santé mentale (classe 1), et l'autre, au VIH/sida (classe 5). La première des trois classes de ce second regroupement (classe 1) s'attache essentiellement aux questions de santé mentale, consacrant assez bien l'espace par lequel les sciences humaines se sont imposées dans le secteur de la santé. C'est sans doute dans cet interstice des désordres mentaux que ces sciences pouvaient s'imposer davantage par rapport au monde médical dont l'univers biologique les avait portées à délaisser le psychisme en raison du dualisme omniprésent. Ce dualisme apparaît dans l'opposition des concepts relatifs à la cognition et ceux consacrés à la thérapie chimique («*antidépresseur**», «*treat**» / «*cognitive*», «*psychosocial*», «*psychotherapy*»). L'efficacité de l'intervention chimique fait l'objet de questionnements même si elle s'impose comme leitmotiv et justifie la médicalisation des enfants (TDAH) et des adolescents (dépressifs). Les alternatives ne résistent cependant pas et le chimique demeure le recours efficace dans cette vision médicalisante.

Les deux autres classes du second regroupement sont associées au VIH/sida, domaine où la pandémie a provoqué des situations sociologiques débordant amplement l'univers médical et, avec lui, les seules compétences médicales. La classe 6 fait ressortir les rapports qui sont entretenus entre le VIH/sida («*virus*», «*immunodéficience*», «*acquired*», «*syndrome*») et le diabète («*diabète*», «*injection*») ainsi que les mécanismes d'accès, d'administration et d'observance, en relation avec les médicaments prescrits pour chacune de ces maladies. Dans cette classe, les auteurs s'intéressent tant aux difficultés sociales liées aux traitements qu'aux différences socioéconomiques face à ces traitements. La vision technicienne du rapport du malade au médicament prédomine en vue d'assurer la plus grande efficacité, l'objet médicament étant principalement associé aux mécanismes biologiques et à leur incidence sur la perception et l'observance.

Quant à la classe 3, elle est davantage organisée autour de l'observance et des difficultés psychologiques et médicales qui la sous-tendent («*adherence**», «*adherent*», «*barrier**», «*believe**», «*particip**», «*regimen*», «*perceive*»). Les préoccupations concernent alors surtout l'amélioration de l'adhésion au traitement plutôt que sur la compréhension de la logique du patient. Cette classe laisse aussi apparaître la relation existant entre le pouvoir médical et son degré d'efficacité.

Enfin, la dernière classe (classe 2) se distingue des deux regroupements précédents. Elle est nettement marquée par les approches quantitatives, faisant référence aux variables socioéconomiques, qui permettent d'expliquer la consommation ou la prescription, et aux techniques méthodologiques comme la régression logistique. Cette classe, comme on le voit, met en relief la prédominance des méthodes quantitatives, vision de la science de la santé dans laquelle s'imposent la mesure et les comparaisons statistiques, tandis que les éléments qualitatifs des traitements et des relations qu'ils suscitent sont moins présents.

Bref, l'analyse Alceste montre comment la littérature scientifique dans les sciences humaines définit un cadre d'opérations surtout en fonction de la maladie mentale et du VIH/sida, sorte de territoire concédé sur lequel elle peut appliquer ses systèmes catégoriels en marge des modèles biomédicaux. En délimitant ce territoire, elle adopte toutefois les modèles quantitatifs et traditionnels d'une science plutôt quantitative aux visées techniciste et d'efficacité dans laquelle le dualisme corps/esprit reste omniprésent.

L'examen du corpus à l'aide de la grille d'analyse permet d'approfondir les premiers résultats obtenus avec l'analyse textuelle. Il nous permet tout d'abord de constater une progression du nombre d'articles traitant des enjeux entourant les médicaments, notamment depuis la moitié des années 1990, témoignant d'un intérêt croissant pour cet objet dans les sciences sociales. Près de la moitié des articles concerne les médicaments en général, tandis que l'autre moitié couvre un éventail assez large de familles de médicaments et de pathologies ou problématiques de santé (notamment les problèmes de santé mentale, le VIH/sida, le cancer, les problèmes respiratoires dont l'asthme, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la contraception, la ménopause et les dysfonctions sexuelles). Cette dispersion des pathologies et des familles de médicaments à l'étude est accentuée par les études menées par les anthropologues dans les pays du Sud, qui concernent, en plus du VIH/sida, des pathologies comme la malaria, la tuberculose, la diarrhée et autres maladies infectieuses. Toutefois, en Amérique du Nord et en Europe, deux familles de médicaments, les psychotropes (38 % du corpus ou 201 articles sur 532) et les traitements du VIH/sida, notamment les antirétroviraux (13 % du corpus ou 71 sur 532), dominent. Certains articles mentionnent le nom commercial du médicament ou de la molécule. Il s'agit principalement de médicaments largement médiatisés, dont la prescription fait l'objet de débats (*Prozac* et *Viagra* par exemple) ou dont l'innocuité est remise en cause à la suite de crises de santé publique (*Thalidomide*, *Benoxapofen*, *Halcion*).

Les travaux portant sur le médicament dans les sciences sociales émanent principalement des pays anglo-saxons et plus particulièrement des États-Unis, du Royaume-Uni, du Canada (et du Québec) et de l'Australie, suivis par les pays d'Europe du Nord. L'intérêt des chercheurs français pour le médicament est plus

récent (depuis la fin des années 1990) et la recherche reste encore peu développée (la majeure partie des articles est issue de numéros spéciaux consacrés au médicament). Depuis une dizaine d'années, quelques recherches sont publiées par des chercheurs dans des pays du Sud. Concernant les pays à l'étude, il s'agit le plus souvent des pays de résidence des chercheurs et donc des pays occidentaux. Les pays du Sud, et notamment ceux du continent Africain, font également l'objet d'un certain nombre de travaux (63 sur 532), émanant principalement d'anthropologues ou de chercheurs en santé publique.

Les articles se réfèrent à un grand nombre d'acteurs dont les principaux sont les instances de régulation nationales, les gouvernements et leurs politiques de santé et du médicament, l'industrie pharmaceutique, la recherche universitaire, les médias grand public et la presse médicale, les médecins et parfois les sociétés professionnelles qui les représentent, les pharmaciens et autres distributeurs présents dans les pays du Sud, les autres professionnels de la santé ou des services sociaux (notamment les psychologues, les infirmières et les travailleurs sociaux) et, enfin, les consommateurs. Ces derniers sont principalement envisagés à travers leur statut de patient et, pour certaines pathologies, notamment le VIH/sida, par l'entremise des associations qui les représentent et qui aspirent, comme les associations de consommateurs, à jouer un rôle plus actif dans la régulation des médicaments. Plusieurs articles font également mention de cette voix collective en référence à certains mouvements sociaux comme le mouvement des femmes ou encore les associations humanitaires.

Parmi les consommateurs, certaines populations sont plus fréquemment ciblées, comme les personnes âgées (90/532), en raison de leur forte consommation pharmaceutique, notamment de psychotropes, ou en association avec les problématiques de l'observance de la prescription. Les femmes (99/532) constituent un deuxième groupe visé, là aussi en raison de leur forte consommation de médicaments, mais également en association avec les thématiques de la médicalisation des différentes étapes du cycle reproductif. Trois autres groupes ressortent, mais dans des proportions moins importantes : les groupes ethnoculturels (42/532), qui font l'objet d'une attention croissante en raison des phénomènes de migration et des brassages interculturels en cours dans les sociétés occidentales et qui sont abordés à la fois concernant le VIH/sida et les problématiques d'observance ; les enfants et les adolescents (35/532), notamment pour la médicalisation de l'hyperactivité et, plus généralement, des problèmes de santé mentale ainsi que pour l'observance aux traitements dans le cas de maladies chroniques et le mésusage des médicaments ; et, enfin, les homosexuels, surtout au regard des problématiques liées au VIH/sida (10/532).

S'agissant des thématiques abordées dans la littérature, l'analyse du corpus met en évidence sept thèmes principaux. Les deux premiers que sont la régulation et la médicalisation, catégories qui se recoupent largement, traversent l'ensemble

de la chaîne du médicament et touchent de nombreux acteurs. Quatre autres thèmes concernent plus particulièrement certains acteurs et certains moments de la chaîne (le rôle des médias et d'Internet, les pratiques de distribution, les pratiques de prescription et les pratiques de consommation). Le dernier thème porte sur le médicament en tant qu'objet au sein d'interrelations impliquant différentes catégories d'acteurs (la relation médecin-patient, la relation sociale et les relations entre les professions).

3. LA RÉGULATION DES MÉDICAMENTS⁴

La régulation est un thème important qui regroupe plus de 20 % des articles (116/532) du corpus et concerne de nombreux moments et acteurs de la chaîne du médicament. Ces études se concentrent sur les étapes de production-distribution et d'évaluation-efficacité, portant, pour les pays occidentaux, essentiellement sur les procédures d'approbation des médicaments et l'évaluation du risque médicamenteux en pré- et postcommercialisation, et, pour les pays du Sud, sur l'accès aux médicaments. Deux modalités de régulation sont visées : la régulation par le droit et la régulation par le marché. Toutefois, la plupart des articles soulignent les dysfonctionnements de la régulation exercée par le marché, conséquence de la concentration de l'industrie pharmaceutique à l'échelle internationale. Celle-ci entraîne un déséquilibre des forces en présence au profit des multinationales pharmaceutiques et au détriment des instances de régulation nationales et de santé publique. De plus, il apparaît que les contraintes de rentabilité auxquelles sont soumises les entreprises pharmaceutiques, et notamment le système de capitalisation boursière, ne sont pas favorables à l'innovation pharmaceutique puisqu'elles amènent les entreprises à privilégier le développement de médicaments « *me-too* » et à investir massivement dans la promotion et le marketing pour commercialiser des médicaments plus coûteux, dont la balance risque-bénéfice reste encore assez mal évaluée en comparaison des produits plus anciens (Baker, 2004).

L'accent mis sur ces deux modalités de régulation explique la surreprésentation de certains acteurs (l'industrie pharmaceutique, les instances de régulation et les gouvernements) par rapport notamment aux prescripteurs ou aux consommateurs qui ne sont pris en compte que dans de rares études, comme celles qui documentent le rôle des associations de patients dans l'accélération des procédures de mise en marché des traitements du VIH/sida (Barbot, 1998 ; Epstein, 1997 ; Hansen *et al.*, 1995).

4. Bon nombre d'articles dans le corpus total se rapportent à ce thème.

3.1. PROCÉDURES D'APPROBATION DES MÉDICAMENTS ET ÉVALUATION DES RISQUES ET DE L'EFFICACITÉ EN POSTCOMMERCIALISATION

Les articles sont généralement critiques des modes actuels de régulation. Ceux-ci sont jugés insuffisamment transparents et surtout incapables, eu égard aux crises impliquant certains médicaments, de garantir la sécurité des produits pharmaceutiques mis sur le marché (voir par exemple Abraham et Charlton, 1995 ; Abraham et Davis, 2005 ; Abraham et Reed, 2001, 2002 ; Abraham et Sheppard, 1999 ; Abraham, 2002a, 2002b, 2002c ; Cohen *et al.*, 2001 ; Lexchin, 1990, 1993, 1994, 1999). Abraham et Sheppard (1999) jugent préoccupant qu'en présence d'incertitudes scientifiques, les agences de régulation accordent le bénéfice du doute à l'industrie pharmaceutique. Plusieurs auteurs dénoncent d'ailleurs la trop grande proximité existant entre les instances de régulation et l'industrie pharmaceutique (Abraham et Reed, 2002 ; Lexchin, 1990, 1994). Ils relèvent notamment que les agences de régulation et l'industrie pharmaceutique tiennent toutes deux un discours centré sur l'innovation technologique et les bienfaits du progrès scientifique, ce qui a pour effet de légitimer l'abaissement des standards de toxicologie dans les essais cliniques, aux dépens de la santé publique (Abraham et Reed, 2002).

L'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments en cours au sein de la communauté européenne et au plan international fait également l'objet de critiques. Plusieurs jugent que celle-ci entraînera une accélération de la mise en marché des produits au détriment de la santé publique. Ils considèrent en outre que le pouvoir de l'industrie pharmaceutique est renforcé dans ces instances du fait de la dilution des pouvoirs nationaux et du caractère essentiellement économique de l'intégration européenne (Abraham et Charlton, 1995 ; Abraham et Lewis, 1999 ; Abraham et Reed, 2001, 2003 ; Permanand et Mossialos, 2005).

La question du financement par l'industrie pharmaceutique des travaux de recherche et d'évaluation clinique menés par les chercheurs universitaires est également examinée. Bon nombre d'auteurs estiment que l'intégrité éthique de la recherche savante est menacée, notamment parce que l'investissement privé permet aux chercheurs de financer le développement de leur laboratoire de recherche et d'acquérir du capital symbolique (Abraham et Sheppard, 1999 ; Fishman, 2004). Certains auteurs réclament la mise en place d'un financement autonome des activités d'évaluation clinique (Baker, 2004). Les essais cliniques menés en post-commercialisation sont particulièrement pointés du doigt, car leur finalité semble parfois essentiellement d'augmenter la visibilité du produit ou de la firme. Certains se demandent de plus dans quelle mesure les financements importants dont bénéficient les chercheurs cliniciens, pour chacun de leurs patients adoptant le médicament à l'étude, ne constituent pas un incitatif à la prescription. Une part des activités de recherche des firmes pharmaceutiques relèverait de surcroît d'opérations marketing, ce qui appelle à une autre interprétation du discours des compagnies pharmaceutiques sur les coûts de recherche associés à la mise sur le marché d'un nouveau médicament (Cohen *et al.*, 2001 ; Sismondo, 2004).

Sur la base d'études de cas de médicaments ayant fait l'objet de crises de santé publique ou de controverses, comme les benzodiazépines (voir Gabe, 2001, et Abraham, 1999, 2002a, 2002b) ou la pilule contraceptive à ses débuts (Marks, 1999), des auteurs se montrent très critiques des modalités d'évaluation des médicaments commercialisés et, particulièrement, des systèmes de pharmacovigilance, repérant de nombreux points de blocage. Abraham (2002c) souligne ainsi les barrières auxquelles se heurtent les prescripteurs lorsqu'ils souhaitent sonner l'alarme à propos de risques associés à certains médicaments. Il considère que l'évaluation des médicaments commercialisés repose trop largement sur l'industrie pharmaceutique (Abraham, 2002a, 2002b, 2002c). Marks (1999), qui a mené une étude comparative aux États-Unis et en Grande-Bretagne sur les réactions des instances de régulation et des professionnels aux risques associés à la pilule contraceptive, met en évidence de grandes variations en fonction des orientations de la recherche dans chacun de ces pays, des modalités d'organisation des professions et des traditions politiques et de régulation nationales.

Les crises sont perçues comme une occasion de comprendre la complexité des processus de régulation à l'œuvre. Elles sont notamment l'occasion de mettre au jour les pressions et les intérêts contradictoires que doivent prendre en compte les gouvernements. Elles appellent, pour plusieurs, à une réflexion d'ordre épistémologique. La place accordée à la médecine basée sur les faits probants (*evidence based medicine*), que ce soit au plan des essais cliniques, de l'évaluation des médicaments commercialisés (Abraham, 2002c) ou dans les procès collectifs intentés realivement à certains médicaments (Edmond et Mercer, 2000), est ainsi questionnée. Plusieurs auteurs s'inquiètent aussi de l'extrapolation des résultats des essais cliniques, réalisés auprès de groupes très ciblés, à l'ensemble de la population (Piette et Le Quintrec, 2002 ; Vetel, 2002). Corrigan (2002) s'interroge sur les possibilités d'évaluer efficacement les effets secondaires de la médication dans ces conditions.

Enfin, plusieurs soulignent la nécessité de faire évoluer les procédures d'approbations des médicaments pour tenir compte de l'apparition de nouvelles molécules issues des biotechnologies, et notamment de la génomique (Morris, 1997), dont la commercialisation n'est pas sans soulever des enjeux éthiques importants. Abraham (1995, 1999) insiste sur l'importance d'augmenter la représentation des consommateurs au sein des agences de régulation nationales. Les pressions des associations de personnes vivant avec le VIH/sida semblent avoir amorcé ce processus d'ouverture (Hansen *et al.*, 1995). Ces activistes ont surtout plaidé en faveur d'une accélération des procédures d'approbation des médicaments, voire d'une mise à disposition des produits non enregistrés aux malades du sida (Barbot, 1998 ; Vogel, 1989), se rapprochant à ce titre des revendications de l'industrie pharmaceutique (Rosengarten, 2004). Cependant, ils ont aussi participé à

une remise en question des méthodologies actuelles d'évaluation de l'efficacité des produits, centrées sur les essais contrôlés, au profit des études cliniques (Epstein, 1997).

3.2. RÉGULATION DE L'ACCÈS AU MÉDICAMENT

La problématique de l'accès économique au médicament est un thème qui concerne surtout les États-Unis et les pays du Sud, les pays occidentaux ayant pour la plupart mis en place des systèmes collectifs d'assurance médicaments. Aux États-Unis, où les prix des médicaments sont très élevés et où la couverture des dépenses médicamenteuses reste limitée, l'accès aux médicaments, même essentiels, semble problématique pour une part importante de la population, notamment les pauvres, les femmes, les personnes âgées, les groupes ethnoculturels et les personnes souffrant de maladies chroniques. Les personnes âgées, qui font face à des dépenses médicamenteuses importantes, voient ainsi leur contribution personnelle augmenter du fait de l'inadéquation de la couverture offerte par le programme Medicare (Burns, 2005 ; Cohen, 2003 ; Larkin, 2004). Il en va de même pour les personnes vivant avec le VIH/sida (Wright et Bodnar, 1992). La difficulté d'accès économique aux soins psychologiques et aux psychotropes est aussi discutée par plusieurs. Là encore, l'impossibilité pour de nombreux Américains de se doter d'une couverture d'assurance appropriée est mise en évidence (Melfi, Croghan et Hanna, 1999). Toutefois, la question de l'accès au médicament n'est pas totalement absente d'autres pays occidentaux. Lexchin et Grootendorst (2004), qui s'intéressent à la situation canadienne, soulignent ainsi que les copaiements exigés des patients peuvent s'avérer problématiques pour les plus démunis.

L'accès au médicament est aussi menacé par l'augmentation du prix des médicaments. Celle-ci limite la capacité des gouvernements à couvrir adéquatement les dépenses pharmaceutiques, alors que l'absence d'innovations pharmaceutiques réelles ne justifie pas les prix demandés par l'industrie pharmaceutique (Vagelos, 1991 ; Abraham et Lewis, 1999). Plusieurs documentent les efforts menés par certains gouvernements, notamment les négociations engagées avec l'industrie pharmaceutique, pour mieux évaluer les bénéfices thérapeutiques des médicaments ou faire baisser le prix des produits remboursés par les systèmes publics (Novak, 1993). À une échelle plus globale, des auteurs, dans différents pays, examinent les politiques du médicament mises en place au plan national, et leur incidence sur le contrôle des dépenses (Batistada et Mossialos, 2000 ; Guillen et Cabiedes, 2003). Certains travaux font aussi état des mesures plus locales pour restreindre les dépenses pharmaceutiques, comme l'adoption de formulaires par les institutions de soins (listes de médicaments dont le coût/efficacité a fait l'objet d'une évaluation et qui sont disponibles dans un établissement donné ; Schoffski et von der Schulenburg, 1997).

Dans les pays du Sud, la question de l'accès aux médicaments essentiels a suscité une importante littérature, intéressant entre autres des chercheurs en anthropologie, en santé publique et en sciences politiques (Bennett, 1989 ; Bond, 1999). Plusieurs articles ont pour sujet les politiques adoptées par les gouvernements dans le but de faire face à leurs besoins pharmaceutiques, concernant notamment l'accès aux trithérapies. Certains pays vont ainsi favoriser la production locale ou l'importation de génériques, limiter les prix de vente des médicaments sur leurs marchés nationaux, recourir à l'aide humanitaire ou accueillir sur leur territoire des essais cliniques. Ces études soulignent toutefois les faibles marges de manœuvre dont disposent les États dans leurs efforts pour assurer une certaine forme d'autosuffisance pharmaceutique, entre autres du fait des pressions commerciales exercées par certains gouvernements occidentaux, profitant parfois du cadre réglementaire des traités commerciaux internationaux (Flori, 2003 ; Guennif et Mfuka, 2003 ; Rubinstein, 1998 ; Timmermans, 2004).

Plusieurs questionnent aussi le caractère éthique des essais cliniques effectués dans les pays du Sud (Moodley, Pather et Myer, 2005). En raison d'une absence de protection médicale adéquate, certains auteurs dénoncent l'exploitation des citoyens de ces pays par les compagnies pharmaceutiques (Begum, 2001 ; Macklin, 2003). La difficulté d'obtenir un véritable consentement éclairé auprès des personnes participant aux essais cliniques, étant donné l'étrangeté des concepts employés, est aussi soulevée (Moodley, Pather et Myer, 2005).

Les auteurs montrent enfin que l'approvisionnement en médicaments biomédicaux se fait souvent au détriment d'autres options de soins ou de prévention, et notamment des médecines traditionnelles, bien que certains États adoptent progressivement des mesures pour protéger ce secteur. Cette réflexion sur l'accès aux médicaments essentiels met en évidence le rôle de nouveaux acteurs, par exemple les associations humanitaires qui participent dans ces pays aux négociations relatives à la distribution et l'accès aux médicaments (Vogel et Stephens, 1989) et peuvent même orienter la recherche menée par les compagnies pharmaceutiques sur des problématiques de santé jugées «non rentables», comme la tuberculose (Castro et Farmer, 2003).

Plusieurs articles traitent également de la question de la régulation de la distribution des médicaments et des stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques, et, plus particulièrement, de leurs pratiques de promotion dans les médias. Ces articles, qui soulignent les limites des règlements actuels, s'inscrivent souvent dans le cadre d'une réflexion plus large sur l'influence des médias et d'Internet sur les pratiques reliées au médicament et sur l'évolution de la distribution de produits pharmaceutiques (voir les sections «Les médias et Internet» et «Les pratiques de distribution» dans ce texte).

4. LE PROCESSUS DE MÉDICALISATION

La question de la médicalisation, et notamment de la « médicamentalisation » de la société (Desclaux et Lévy, 2003), présente dans la littérature en sciences sociales depuis les années 1970 (Conrad, 2005), est l'objet central d'environ 15 % des articles (80/532). Cette question constitue aussi une préoccupation transversale dans les travaux sur le médicament et sous-tend notamment la réflexion menée sur la régulation.

Dans ces travaux qui concernent les pays du Nord comme ceux du Sud, plusieurs familles de médicaments sont visées : les psychotropes, notamment les antidépresseurs (Dworkin, 2001), les anxiolytiques (Healy, 2004 ; Ankri *et al.*, 2002) et le *Ritalin* (Conrad et Potter, 2000), l'hormonothérapie (Bell, 1987 ; Meyer, 2001), les hormones de croissance (Conrad et Potter, 2004), les traitements des dysfonctions sexuelles (Fishman, 2004 ; Mamo et Fishman, 2001) et l'hypertension (Kawachi et Wilson, 1990). Les articles dénoncent la réduction de problématiques biopsychosociales à leur seule dimension biologique (notamment dans le cas de la dépression ; Ettorre et Riska, 1993 ; Hislop et Arber, 2003), l'utilisation des médicaments pour soulager une détresse sociale (Ankri *et al.*, 2002), l'extension des catégories médicales et la création de pathologies autour de symptômes communs et souvent diffus (Montagne, 1992), la pharmacologisation des corps sains à des fins de prévention, par l'abaissement des bornes du « pathologique » (voir par exemple l'étude de Kawachi et Wilson, 1990, sur l'hypercholestérolémie), et les tentatives de repousser les limites du corps (Conrad et Potter, 2004 ; Mamo et Fishman, 2001).

Nombre de ces articles, qui examinent le façonnage social des maladies, mettent l'accent sur le rôle joué par l'industrie pharmaceutique dans ce processus, documentant les stratégies commerciales déployées par les firmes pour promouvoir ces nouvelles entités cliniques et leurs traitements auprès des prescripteurs et des consommateurs (Lakoff, 2004). D'autres acteurs, comme les chercheurs, les médecins, les agences de régulation, voire les consommateurs, sont également impliqués dans ce processus (Conrad et Leiter, 2004 ; Fishman, 2004 ; Oudshoorns, 1990 ; Prout, 1996 ; Rasmussen, 2004). Fishman (2004) montre ainsi comment les chercheurs agissant dans les essais cliniques interviennent comme médiateurs entre les compagnies pharmaceutiques et les patients, ainsi qu'entre les compagnies pharmaceutiques et les agences de régulation. Prenant l'exemple de la construction de la dysfonction sexuelle féminine et du traitement à la testostérone, elle souligne que les consensus sur cette problématique et sa définition comme entité clinique ont été élaborés sur la base d'essais cliniques et de conférences scientifiques, portant sur le déficit androgène chez la femme, financés par l'industrie pharmaceutique. D'autres auteurs ont documenté les pratiques d'écriture des articles scientifiques par des agences privées, qui rémunèrent des chercheurs universitaires pour endosser la signature de textes sur lesquels ils ont peu ou pas de contrôle, et qui visent, là aussi, à asseoir la légitimité de la construction d'une

entité clinique et la validité d'un traitement avant sa commercialisation (Healy, 2004). On estime que les « *ghostwriters* » écriraient ainsi jusqu'à 50 % de tous les articles portant sur les médicaments dans les principaux journaux médicaux (Wagena et Knipschild, 2005).

L'indépendance de l'information médicale, à la fois dans son mode de production et dans ses modes de diffusion, est également questionnée (Lexchin, 1988), certains plaçant en faveur d'une information pharmacothérapeutique indépendante. Différents travaux semblent aussi indiquer que les incitatifs des firmes pharmaceutiques à l'égard des prescripteurs (cadeaux, invitations diverses) favorisent la prescription du médicament concerné (voir la méta-analyse de Wazana, 2000, citée dans Cohen *et al.*, 2001 ; Lakoff, 2004).

5. LES MÉDIAS ET INTERNET

Les médias font l'objet d'attention depuis les années 1990 (27 articles/532), les chercheurs s'intéressant en particulier à l'influence des stratégies de promotion des compagnies pharmaceutiques, et plus précisément, de la publicité entourant les médicaments, sur la prescription et la consommation médicamenteuse (Cohen *et al.*, 2001). Plusieurs travaux ayant analysé le contenu des annonces publicitaires diffusées dans la presse médicale mettent en évidence une grande variation de leur contenu selon les pays. De plus, l'information disponible dans ces annonces ne permet pas au médecin d'évaluer correctement les médicaments présentés, entre autres parce que les risques sont souvent insuffisamment documentés (Goldman et Montagne, 1986 ; Herxheimer *et al.*, 1993 ; Lexchin, 1990), situation qui est plus marquée dans les pays du Sud où les firmes profitent de l'absence de législation claire sur ces questions (Chirac *et al.*, 1993).

Les travaux concernant la publicité en direction des consommateurs, qui est autorisée pour les médicaments d'ordonnance dans certains pays comme les États-Unis et la Nouvelle Zélande, montrent que les consommateurs (et notamment les enfants) sont sensibles à ces messages qui contribuent à démythifier les médicaments et à renforcer les perceptions positives à leur égard (Almarsdottir et Zimmer, 1998 ; Baukus, 2004 ; Deshpande *et al.*, 2004). Plusieurs auteurs ont notamment observé que les informations contenues dans les publicités télévisuelles ou sur Internet ne mentionnaient pas suffisamment les risques et les effets secondaires (Davis, 2000) ou présentaient cette information d'une façon autre que l'information positive à l'égard des médicaments (Huh et Cude, 2004). Cela peut amener certaines des personnes exposées à ces publicités à croire que les médicaments sont moins nocifs qu'ils ne le sont en réalité (Davis, 2000). De plus, l'exposition à ces annonces semble favoriser la présentation des problématiques de santé dans des termes correspondant aux indications du médicament, voire

préparer le consommateur à faire la demande d'un traitement précis à son praticien, démarche qui, comme l'ont souligné des travaux sur la prescription de psychotropes, est souvent suivie d'une prescription (Cohen *et al.*, 2001).

L'influence de la publicité sur la consommation se fait également sentir dans les pays où la publicité directe au consommateur n'est pas autorisée, car les firmes déploient différentes stratégies pour contourner la loi, en ne mentionnant pas le nom du médicament dans les annonces ou en finançant des campagnes de promotion de la santé (Lakoff, 2004 ; Sorofman, 1992). La promotion des médicaments s'effectue également par le biais de « reportages », notamment dans la presse sous forme de magazine, qui soulignent leurs bénéfices, comme le mentionne Montagne (2001) à propos du *Prozac*. Enfin, les restrictions en matière de publicité ne concernent pas les produits disponibles sans prescription (« *over the counter* »), qui sont largement annoncés, notamment dans les magazines féminins (Krupka et Vener, 1992), et jouent un rôle important dans les pratiques d'automédication.

Plusieurs travaux relèvent que la publicité sur les médicaments participe activement de la construction sociale des maladies. Kleinman et Cohen (1991), qui s'intéressent aux représentations que véhiculent les annonces de traitements psychotropes diffusées dans l'*American Journal of Psychiatry*, affirment que celles-ci tendent à individualiser et décontextualiser les problèmes de santé mentale en mettant uniquement l'accent sur les variables biomédicales de la maladie. De leur côté, Lovdahl et Riska (2000), dans leur analyse des annonces diffusées dans la presse médicale en Scandinavie, mettent en évidence une construction de la maladie mentale typifiée selon les genres.

Depuis 2000, des travaux prédisent qu'Internet, en facilitant l'accès à l'information médicale, favorisera l'émergence d'un nouveau consommateur expert et autonome et contribuera très certainement à remodeler la relation médecin-patient (Cohen *et al.*, 2001). En permettant la mise en commun des expériences et des savoirs des patients sur le médicament, Internet contribue à réduire l'isolement du patient, lui permettant de s'affirmer comme acteur dans l'espace public. À ce titre, Internet constitue un outil très important pour les associations de patients, dont il a incontestablement renforcé le pouvoir d'action. Cette mise en commun des expériences qui s'effectue à l'aide des forums et des listes de discussion participe de la construction de l'expérience individuelle du médicament et de la maladie. Dans ces espaces de clavardage, agissant également comme sources importantes de soutien émotionnel, il semble que les traitements médicaux et les médicaments de marques spécifiques constituent les sujets médicaux les plus communément discutés (Macias *et al.*, 2005). Les échanges entre les individus qui comparent leur prescription, son efficacité et surtout les effets secondaires de la médication constituent des outils permettant aux patients d'adapter leur traitement, de renégocier leur prescription ou de collaborer différemment avec le médecin

(Akrich et Meadel, 2002). Les nouvelles technologies de l'information peuvent aussi être mises en place par des soignants ou en collaboration avec eux dans le but de faciliter la gestion de la prise des médicaments par les patients ou leurs aidants (Akrich et Meadel, 2002 ; Deatrck, 1997).

Toutefois, Akrich et Meadel (2002) signalent que la portée des échanges varie considérablement selon les familles de médicaments. Certains traitements, comme la chimiothérapie, font l'objet d'un large consensus au sein des groupes de discussion, l'expertise médicale n'étant pas remise en cause. Elle est par contre plus facilement questionnée dans le cas de l'hormonothérapie ou du protocole de traitement de la maladie de Parkinson (Akrich et Meadel, 2002). De plus, Henwood *et al.* (2003) sont d'avis que plusieurs facteurs viennent modérer cette idée d'un patient informé portant un regard réflexif sur sa pratique. Ils observent tout d'abord que les individus ne souhaitent pas toujours jouer un rôle actif dans la décision concernant leur médication et préfèrent parfois s'en remettre au médecin. Ensuite, la capacité d'interprétation, mais aussi d'identification des sources des sites Internet diffusant de l'information sur les médicaments fait parfois défaut chez les individus. Enfin, il semblerait que le médecin n'accueille pas toujours favorablement cette évolution du rôle du patient, en partie en raison des contraintes structurelles de la consultation médicale (Massé *et al.*, 2001). Fox *et al.* (2005), qui étudient le mouvement en ligne «pro-anorexie», montrent aussi qu'Internet peut servir des formes de contestation plus extrêmes. Le site Internet étudié, qui présente l'anorexie comme un choix de vie, livre en effet des conseils pour détourner les médicaments en vue de stabiliser le faible poids.

6. LES PRATIQUES DE DISTRIBUTION

La question de la régulation de la distribution (11 articles/532) s'est d'abord posée dans les pays du Sud, où les médicaments biomédicaux sont offerts dans les pharmacies, mais aussi par une grande variété de vendeurs locaux, souvent rattachés au secteur traditionnel, qui peuvent délivrer des médicaments sans consultation, voire sans aucune supervision professionnelle. Cette situation n'est pas sans conséquences en termes de santé publique, entraînant par exemple une consommation inappropriée d'antibiotiques, de traitements antimicrobiens ou d'antidiarrhéiques (Igoun, 1987, 1994 ; Trostle, 1996 ; voir aussi Van der Geest *et al.*, 1996, pour une revue de ces travaux). L'arrivée des médicaments biomédicaux favorise également l'émergence de nouveaux distributeurs (voir Lévy *et al.* dans cet ouvrage) et transforme les relations entre les différents professionnels des secteurs biomédicaux et traditionnels (Kamat et Nichter, 1998 ; Whyte, 1992).

La diffusion des produits de contrefaçon, qui imitent le *packaging*, la forme et même le goût des médicaments d'origine, a également retenu l'attention, en raison notamment des tragédies occasionnées dans certains pays du Sud (Alubo,

1994; Silverman, 1990). Cette préoccupation gagne les pays occidentaux, qui s'interrogent sur le rôle encore mal évalué d'Internet dans la distribution des médicaments (Cohen *et al.*, 2001).

7. LES PRATIQUES DE PRESCRIPTION

Plus de 10 % des articles (59/532) portent sur les comportements de prescription des médecins dans le but notamment de connaître les facteurs associés à une prescription élevée, voire à une surprescription (Lyons, MacIntyre, Lee, Carpinello, Zuber, et Fazio, 2004). Adoptant le plus souvent une approche quantitative, ces travaux relèvent des variations dans les pratiques de prescription en fonction des caractéristiques des médecins (genre, âge, spécialité), de leur participation à des activités de formation continue ou de recherche, et du contexte de pratique (type et lieu de pratique; Bryder, 1999; Rosvold *et al.*, 1998; Sleath et Shih, 2003; Tamblyn, 1997). L'âge du médecin semble particulièrement déterminant dans l'adoption d'innovations pharmaceutiques (Bukonda, 1999). Outre les caractéristiques cliniques, le statut socioéconomique du patient semble influencer sur la prescription (Benson, 1986). Les médecins prescriraient ainsi plus facilement des médicaments aux femmes, en particulier des psychotropes (Sayer et Britt, 1997).

La question de la transgression et de la méconnaissance des normes de prescription a largement retenu l'attention, à propos des psychotropes (Anderson *et al.*, 2002; Ankri, 2002a, 2002b; Cohen et Bisson, 1997; Collinx *et al.*, 1999; Healy *et al.*, 2004; Lyons *et al.*, 2004; Nunley, 1996), mais aussi de plusieurs problèmes chroniques comme l'hypertension (Hajjar *et al.*, 2002) ou l'asthme (Wahlström *et al.*, 2001). Plusieurs travaux montrent ainsi que la prescription de psychotropes aux personnes âgées n'est pas toujours associée à un diagnostic psychiatrique (Ankri *et al.*, 2002; Tamblyn, 1997). Ces travaux insistent sur les risques iatrogènes qui accompagnent ces écarts de prescription. La dyskinésie tardive figure ainsi parmi les effets secondaires des médications neuroleptiques, risques que le corps médical semble avoir longtemps minimisés (Brown et Funk, 1986; Cohen et Bisson, 1997). Plusieurs s'interrogent de fait sur la qualité de la formation médicale continue et questionnent le bien-fondé de son financement par l'industrie pharmaceutique. D'autres se sont par ailleurs penchés sur la question de la prescription d'échantillons de médicaments gratuits aux personnes n'ayant pas suffisamment de ressources financières (Leal, 2005; Sorensen *et al.*, 2004). Cette pratique « aux bonnes intentions » est critiquée en raison des manques qu'elle peut entraîner dans le traitement à long terme de maladies chroniques (diabète, hypertension) et de sa propension à introduire des disparités dans l'accès aux services de santé.

Certains auteurs ont toutefois montré que ces écarts par rapport aux standards de prescription établis répondent à d'autres formes de rationalité. Les médecins mentionnent tout d'abord les pressions des patients, soulignant que la prescription est pour ces derniers l'objectif principal de la consultation. Ces attentes à l'égard de la prescription semblent encore plus élevées dans les pays du Sud du fait de la puissance attribuée aux médicaments biomédicaux (Nunley, 1996; Reeler, 1990). Les médecins évoquent également les contraintes de temps et la surcharge de travail qu'ils doivent gérer et qui limiteraient par exemple l'exploration d'autres alternatives de traitement (Schwartz *et al.*, 1989; Collin, 2003; Weiss et Fitzpatrick, 1997). Les pratiques de prescription semblent par ailleurs largement motivées par les perceptions et les croyances des médecins à l'égard du traitement et de la maladie, celles-ci variant selon le contexte culturel (Wahlström *et al.*, 2001; Walker et Spengler, 1995). Des études portant sur les personnes âgées ont ainsi révélé que la prescription de psychotropes s'inscrit dans une représentation déficitaire de la vieillesse, le médicament exprimant alors la compassion des cliniciens, qui se sentent souvent impuissants devant les problématiques que rapportent leurs patients âgés (Ankri *et al.*, 2002; Collin, 2003). Le rôle des croyances semble particulièrement important concernant les médications pour lesquelles la balance risque/bénéfice n'est pas clairement établie, comme c'est le cas par exemple pour l'hormonothérapie (Massé *et al.*, 2001) ou le *Ritalin* (Rafalovich, 2005), ou encore pour les innovations médicamenteuses (voir Smith *et al.*, 2000, concernant l'introduction des antirétroviraux). Finalement, pour mieux comprendre les pratiques de prescription, il importe de considérer les multiples fonctions que remplit le médicament dans la pratique médicale et dans la relation médecin-patient (voir la section «Le médicament: objet d'interrelations» dans ce texte; Collin, 2002, et Van der Geest, 2003).

8. LES PRATIQUES DE CONSOMMATION (221/532)

Les pratiques de consommation des médicaments constituent le thème le plus documenté en sciences sociales, représentant plus de 40 % des articles recensés (221/532). Ces pratiques ont essentiellement été abordées par le biais d'études quantitatives qui se distinguent assez peu des recherches menées en pharmaco-épidémiologie et ont surtout visé à mettre en évidence les variables associées à une consommation pharmaceutique élevée. Certains groupes, grands consommateurs de médicaments, ont suscité plus d'attention. La consommation pharmaceutique des personnes âgées a ainsi fait l'objet de nombreuses études qui mettent généralement l'accent sur l'utilisation irrationnelle des médicaments par ces populations et ses conséquences sur l'équilibre des dépenses publiques (Collin, 2003).

8.1. L'OBSERVANCE : UNE QUESTION CENTRALE

Parmi les travaux sur la consommation médicamenteuse, la question de l'observance (traduction du terme anglais « *compliance* »), ou plutôt de l'inobservance thérapeutique, occupe une place importante (15 % des articles recensés). L'inobservance de la prescription peut prendre plusieurs formes et inclut, notamment, le non-respect du dosage (celui-ci pouvant être augmenté ou diminué) et des heures de prise de la médication, ainsi que, bien sûr, l'interruption temporaire ou plus durable du traitement, voire la non-actualisation de la prescription. Les chercheurs, qui insistent sur les risques associés à l'inobservance de la prescription, se sont intéressés aux traitements utilisés dans le cadre de maladies chroniques comme l'asthme, l'épilepsie, l'hypertension, la maladie de Parkinson, les problématiques de santé mentale et surtout le VIH/sida, qui a été traité dans un grand nombre d'articles. Les études examinent les facteurs déterminant le non-respect de la prescription, et notamment le rapport entre l'inobservance et certaines variables, comme le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le niveau socioéconomique, l'origine ethnoculturelle, le régime thérapeutique et l'état de santé. Sur cette base, certains groupes sont reconnus comme étant particulièrement à risque du point de vue de l'observance : les personnes âgées, les personnes d'autres origines ethnoculturelles et les jeunes.

Le non-respect de la prescription est souvent attribué à la mauvaise compréhension des caractéristiques de la maladie et du traitement, à l'existence de limitations physiologiques et cognitives, au manque de ressources économiques qui réduit l'accès aux médicaments, aux contraintes et à la complexité de la prescription (notamment lorsqu'il y a polymédication), ainsi qu'aux effets indésirables assez pénibles que peuvent entraîner certains traitements (Anglin et White, 1999; Ascione, 1994; Brown et Segal, 1996; Ciesla *et al.*, 1998; Diaz *et al.*, 2001, 2005; Spire *et al.*, 2002). Quelques études soulignent également l'incidence de la qualité de la relation médecin-patient sur l'observance de la prescription (Ascione, 1994; Garrity et Lawson, 1989; Langer, 1999; Ziguras, Klimidis, Lambert et Jackson, 2001). Plusieurs auteurs signalent que les prescripteurs ont tendance à surestimer l'adhésion de leurs patients à la prescription et insistent sur l'importance de développer des méthodes pour mieux évaluer ces écarts (Bangsberg *et al.*, 2002; Durante *et al.*, 2003). Certains travaux se sont intéressés au rôle que peuvent jouer d'autres soignants (Davidson *et al.*, 1988; Guelfi, 2002) dans le renforcement de l'observance. Ils insistent aussi sur la nécessité d'améliorer le suivi de la médication et la coordination des professionnels tout au long du parcours de soins (Davidson *et al.*, 1988).

Plusieurs études évaluent par ailleurs des stratégies d'intervention visant à améliorer l'observance au traitement. Ces interventions, qui s'adressent aux patients ou aux aidants, ont le plus souvent pour objectif d'améliorer la connaissance du patient à l'égard du médicament. Certaines visent aussi à impliquer le patient dans la construction de son régime thérapeutique. Ces études mobilisent

différents acteurs du système de soins et des services sociaux, comme les pharmaciens, les infirmières et les travailleurs sociaux, qui interviennent à la fois pour évaluer les besoins personnels du patient par rapport à sa médication et pour délivrer un message éducatif (Ahluwalia *et al.*, 1996; Ascione et Shimp, 1988; Bentley, 1990, 1993; Eng et Emlet, 1990; Gafner, 1994; Homedes et Ugalde, 2001; Lopez *et al.*, 2005). L'amélioration de la prise médicamenteuse peut également faire intervenir différents supports (pilulier, documentation, appel téléphonique, courrier de rappel).

Toutefois, la notion d'observance, qui attribue au patient un rôle essentiellement passif et ne voit le rapport à la médication qu'en termes de conformité à la prescription médicale, ne fait pas l'unanimité. Plusieurs chercheurs lui préfèrent le terme d'adhésion (*adherence*) utilisé depuis les années 1980, mais largement employé seulement depuis la moitié des années 1990. Certains travaux ont en effet montré que l'inobservance de la prescription ne constituait pas un comportement irrationnel, mais plutôt une forme de régulation qu'exerce le patient sur sa médication (Broyles *et al.*, 2005; Collin, 2002; Conrad, 1985; Donovan et Blake, 1992; Nichter et Vuckovic, 1994; Steven *et al.*, 2004). Conrad (1985), qui analyse les comportements des patients épileptiques à l'égard de leurs traitements aux nombreux effets secondaires, relève que ceux-ci déploient des stratégies d'« autorégulation » en réduisant ou en augmentant le dosage prescrit, en s'abstenant de prendre leurs médicaments dans certaines circonstances et en observant des fenêtres thérapeutiques. Plusieurs études qualitatives portant sur les personnes vivant avec le VIH/sida, qui doivent s'engager dans des régimes thérapeutiques souvent complexes, mettent en évidence différents freins à la prise médicamenteuse : les difficultés à intégrer la prise médicamenteuse dans les routines quotidiennes, les contraintes liées à la prise publique de la médication qui révèle le statut infectieux et les problèmes qu'éprouvent les personnes pour obtenir de l'information sur leur traitement dans des conditions respectant la confidentialité (Adam *et al.*, 2003; Golin *et al.*, 2002). Les auteurs montrent ainsi que l'adhésion aux antirétroviraux est liée à la perception du risque individuel, matérialisée par la charge virale (Chesney *et al.*, 2000; Gao *et al.*, 2000), mais renvoie aussi à d'autres dimensions (Gold et Ridge, 2001; Siegel *et al.*, 2001), d'où l'importance de s'intéresser aux croyances que construisent les individus à l'égard des médicaments pour expliquer les comportements médicamenteux (Ankri *et al.*, 1997; Collin, 2002).

Dans cette même lignée, d'autres élaborent une pensée féministe par la reconnaissance des structures de pouvoir et des normes occidentales sous-entendues dans le terme d'observance. En prenant l'exemple du VIH/sida, ces auteurs optent plutôt pour le développement d'une perspective qui valide les connaissances, les choix et les multiples rôles des individus, qui considère la personne comme multidimensionnelle et autonome et qui réduit la notion d'obéissance (Broyles *et al.*, 2005). Plusieurs maintiennent aussi que la participation de l'individu est nécessaire pour mener à bien l'intervention et que les dimensions culturelles propres aux

minorités doivent être prises en compte (Langer, 1999 ; Ziguras *et al.*, 2001). Des auteurs soulignent ainsi que les difficultés de lecture et de compréhension éprouvées par certains groupes, comme les hispanophones monolingues aux États-Unis, peuvent représenter un facteur important dans le non-respect de la prescription (Diaz *et al.*, 2001 ; Kirksey *et al.*, 2004 ; Parker et Gazmararian, 2003 ; Wolf *et al.*, 2005) et proposent des mesures pour augmenter la participation du patient. Nombre de ces travaux questionnent aussi le véritable rôle des variables socio-démographiques pour expliquer le non-respect du traitement, certaines études montrant que les personnes âgées et les groupes ethnoculturels (Ankri *et al.*, 1997 ; Ferguson *et al.*, 2002) ne sont pas nécessairement moins soucieux de suivre leur traitement que d'autres populations, comme on le prétend dans d'autres études (Diaz *et al.*, 2001 ; Diaz *et al.*, 2005).

8.2. L'AUTOMÉDICATION

L'automédication est un autre axe qui a beaucoup retenu l'attention. Cette pratique, qui consiste à prendre des médicaments sans avis médical, est courante avec les problèmes de santé jugés bénins, pour lesquels les patients ne souhaitent pas déranger le médecin (ni se déranger pour aller le consulter), et pour les problèmes chroniques que les individus ont appris à gérer de manière autonome (Coons et McGhan, 1988, Van der Geest *et al.*, 1996). L'automédication se réalise généralement avec des médicaments non prescrits, mais peut aussi viser des médicaments prescrits lors d'un épisode antérieur de maladie ou obtenus auprès de tiers (Haug *et al.*, 1989). Elle est appréhendée comme une pratique permettant un gain de temps et d'argent, le recours à l'automédication semblant d'ailleurs plus élevé dans les contextes où l'accès aux ressources médicales est plus difficile, de même que pour les individus dont la couverture médicale n'inclut pas les médicaments d'ordonnance (Van der Geest *et al.*, 1996). L'étude des pratiques d'automédication dans les pays du Sud a ainsi fait l'objet d'une vaste littérature (Beckerleg *et al.*, 1999 ; Bi *et al.*, 2000 ; Calva, 1996 ; Cocks et Dold, 2000 ; Geissler *et al.*, 2000 ; Kamat et Nichter, 1998 ; Okumaura *et al.*, 2000 ; Saradamma *et al.*, 2000 ; voir aussi la revue de Van der Geest *et al.*, 1996).

Les pratiques d'automédication peuvent également s'inscrire dans le cadre d'une relation médecin-patient jugée insatisfaisante (absence d'écoute, information insuffisante, manque d'intérêt, durée de consultation trop réduite, attitude autoritariste du praticien) ou d'une perte de confiance à l'égard du système de soin et d'experts (Coons et McGhan, 1988 ; Haug *et al.*, 1989). Elle témoigne enfin d'une volonté d'autonomie des individus à l'égard des praticiens et de l'institution médicale, dans un contexte de large diffusion de l'information médicale, de disponibilité croissante des médicaments et d'émergence de multiples acteurs qui concurrencent le discours biomédical (Van der Geest *et al.*, 1996 ; Vuckovic et Nichter, 1997).

Différentes études ont porté sur les sources d'information que mobilisent les individus qui s'engagent dans des pratiques d'automédication (Stephens et Johnson, 2000; Sorofman, 1992) et sur leurs connaissances des thérapeutiques qu'ils utilisent. Plusieurs insistent sur les risques que comporte l'automédication, soulignant que les individus cernent assez mal les effets secondaires associés aux médicaments et les possibilités d'interactions médicamenteuses (y compris avec les produits de santé naturelle) et que cette pratique pose la question de la validité du diagnostic profane.

8.3. LES MÉSUSAGES DES MÉDICAMENTS

La question des mésusages est fortement liée à celle de l'automédication et recoupe aussi très largement celle de la non-adhésion à la prescription, deux comportements jugés à risque. Nombre d'études ont ainsi porté sur les mésusages des médicaments par les personnes âgées et les femmes (deux catégories qui se recoupent), notamment l'abus et la dépendance à l'égard des psychotropes (Blow *et al.*, 2002; Daveluy et Haramburu, 2003; Raffoul et Haney, 1989; Wagner et Menke, 1992; voir aussi Whittington *et al.*, 1986). Haxaire (2002) affirme toutefois que cette consommation de psychotropes ne constitue pas nécessairement une « dérive » pour les personnes qui y recourent. La majorité des individus qu'elle rencontre dans le cadre de son étude ethnographique considère en effet que l'utilisation de ces médicaments relève plus de l'hygiène de vie que du médical.

Les médicaments peuvent aussi être détournés volontairement de leur usage initial (voir Guerreschi, Tremblay et Garnier dans cet ouvrage). Plusieurs études ont montré que certains médicaments, notamment les psychotropes, mais aussi les médicaments contre l'asthme et les analgésiques, en particulier ceux qui contiennent de la codéine, étaient utilisés par les adolescents et les jeunes adultes à des fins récréatives, de recherche de sensations, ainsi que de prise de risque et d'intoxications volontaires (Boyd *et al.*, 2006a et b; McCabe *et al.*, 2004). Ces pratiques, qui semblent un peu plus fréquentes chez les garçons, sont parfois associées à l'usage de substances illicites et peuvent contribuer à l'instauration d'un phénomène de dépendance. Elles sont aussi plus fréquentes chez les jeunes ayant fait l'objet d'une prescription pour le médicament détourné (Boyd *et al.*, 2006a et b).

8.4. REPRÉSENTATIONS ET CROYANCES À L'ÉGARD DES MÉDICAMENTS

Différents chercheurs en sciences humaines ont relevé que les médicaments sont investis, par ceux qui les consomment, de multiples significations qui varient selon les ancrages socioculturels des individus. Ces études, qui sont au départ plus le fait d'anthropologues s'intéressant à la façon dont les populations des pays du Sud s'approprient les médicaments biomédicaux (Coronado *et al.*, 2004; Glick

et al., 1989; Hunte et Sultana, 1992; Morgan et Figueroa-Muñoz, 2005; voir aussi la revue de Van der Geest *et al.*, 1996), se développent depuis la fin des années 1990 dans les pays occidentaux (voir par exemple Collin, 2002, 2003; Fainzang, 2002; Hunter, 1997; Lambert *et al.*, 2004). Tous ces chercheurs soulignent la nécessité de scruter les croyances et les représentations à l'égard des médicaments, mais aussi de la maladie, pour expliquer les comportements de consommation et mieux comprendre les utilisations qui pourraient sembler irrationnelles (Cohen *et al.*, 1991; Collin, 2002; Conrad, 1985; Desclaux et Lévy 2003; Fainzang, 2002; Nichter et Vuckovic, 1994; Vuckovic et Nichter, 1997; Van der Geest *et al.*, 1996). Le sens que revêt le médicament pour les individus dépasse en effet largement son efficacité pharmaceutique. L'expérience même du médicament, de son efficacité, des effets secondaires qui lui sont associés, l'appréhension de son goût et de sa forme semblent largement culturelles et renvoient aux différents modèles étiologiques et thérapeutiques auxquels se réfèrent les individus (Etkin, 1993; Fainzang, 2002). Cet intérêt pour les croyances à l'égard du médicament se retrouve depuis une quinzaine d'années dans les travaux de chercheurs plus proches de la santé publique, qui, s'inspirant des modèles utilisés pour expliquer les comportements à l'égard de la maladie, notamment le *Health Belief Model*, la théorie du comportement raisonné (Ajzen, 1991) ou le *Self Regulatory Model* (Leventhal et Cameron, 1987), tentent de modéliser les comportements en matière de consommation médicamenteuse (Gao *et al.*, 2000). Dans ces modèles, les croyances sont toutefois souvent ramenées à des attributs individuels, de sorte que les dimensions sociales et culturelles ne sont pas tellement prises en compte.

Plusieurs chercheurs ont tenté de cerner les dimensions qui structurent les croyances à l'égard des médicaments (voir par exemple les travaux de Echabe *et al.*, 1992; Horne et Weinman, 1999), certains dans une perspective comparative (Anderson *et al.*, 2002; Horne *et al.*, 2004). Ces recherches mettent en évidence l'ambivalence des individus à l'égard des médicaments (Collin, 2002, 2003; Desclaux et Lévy, 2003; Horne et Weinman, 1999; Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Certains auteurs soutiennent ainsi que le rapport des individus aux médicaments se situe entre « popularité » et « scepticisme » (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). La « popularité » des médicaments se base tout d'abord sur l'expérience de leur efficacité et renvoie aux « qualités curatives intrinsèques » que leur attribuent les individus, le médicament incarnant « un objet de soulagement » (Collin, 2003). Les médicaments permettent aussi, du fait de leur « tangibilité », d'objectiver l'expérience subjective de la maladie. Ils légitiment ainsi le comportement de malade et le recours au médecin, la demande de prescription étant d'ailleurs souvent à l'origine de la consultation (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). La confiance à l'égard du médicament est aussi avant tout une confiance à l'égard du médecin. En repartant avec sa prescription, le patient emporte tout à la fois : les conseils du médecin, le témoignage de son intérêt et le droit d'accès aux thérapeutiques (Van der Geest et Reynolds Whyte, 1996). Le médicament

constitue également un facteur d'individuation offrant une alternative à la maladie et permettant d'échapper à ses conséquences sociales. Sa disponibilité, qui facilite sa consommation dans la sphère privée, diminue aussi la dépendance à l'égard des praticiens, le patient prenant sa maladie en main grâce au médicament (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003 ; Nichter et Vuckovic, 1994).

Du côté du «scepticisme», les médicaments peuvent être jugés comme substances «étrangères au corps», chimiques et non naturels, entre autres à cause de leurs effets secondaires et toxiques et des limites à leur efficacité (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003 ; Desclaux et Lévy, 2003). Cette méfiance à l'égard du médicament trouve aussi souvent son origine dans la relation médecin-patient, qui, lorsqu'elle laisse à désirer, peut amener le patient à rejeter ou à mettre en doute la prescription (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Si le médicament renforce la confiance à l'égard du médecin, l'acceptation du «don» de l'ordonnance exige aussi une certaine dose de confiance préalable. Ce «scepticisme» se développe dans les pays industriels à partir des années 1970, avec la montée en puissance de nouveaux acteurs (associations de patients, mouvement de femmes, développement des médecines alternatives) qui critiquent le modèle biomédical de prise en charge de la maladie. Il est aussi alimenté par les interrogations que soulève le développement de thérapeutiques visant à atténuer des souffrances sociales (Desclaux et Lévy, 2003 ; Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003).

La relation au médicament est ainsi marquée par l'ambivalence. Celle-ci est inhérente au produit qui est, depuis toujours, appréhendé alternativement comme remède et poison, le terme grec «*pharmakon*» renvoyant d'ailleurs à la fois à ces deux notions (Collin, 2003).

8.5. LE PLURALISME MÉDICAMENTEUX

Plusieurs études montrent que les systèmes de soins actuels sont caractérisés par la coexistence de différents secteurs (biomédical, populaire et traditionnel) dont l'importance relative varie selon les pays et les cultures. Cette organisation, de même que les logiques de distribution des médicaments, contribue à façonner les usages et les représentations du médicament. La circulation des substances pharmaceutiques d'un espace et d'un secteur à l'autre aboutit ainsi à un métissage des savoirs et des pratiques, comme l'ont fait valoir plusieurs recherches réalisées dans les pays du Sud (Desclaux, 2003 ; Hunte et Sultana, 1992 ; Laplante, 2003 ; Sachs et Tomson, 1992). Dans les pays du Nord, les études portent surtout sur les représentations et l'utilisation des thérapeutiques alternatives et traditionnelles (Horne *et al.*, 2004 ; voir aussi Collin *et al.*, 2005, pour une revue de cette littérature).

8.6. L'EXPÉRIENCE DU MÉDICAMENT

La question de l'expérience médicamenteuse constitue un thème assez récent, qui s'inscrit dans la lignée des études sur l'expérience de la maladie (voir Pierret, 2003, pour une recension de ces écrits); elle a été essentiellement abordée au travers d'études portant sur des maladies chroniques comme l'asthme (Gabe, Bury et Ramsay, 2002) et tout particulièrement le VIH/sida (Adams *et al.*, 1997; Golin *et al.*, 2002). Ces travaux témoignent du rôle central que joue le rapport au médicament dans la construction de l'expérience et des représentations de la maladie (Akrich et Meadel, 2002). Toutefois, la façon dont l'expérience du médicament participe de l'expérience de la maladie et de sa construction représentationnelle mériterait d'être explorée, notamment par l'analyse des narratifs (Nichter et Vuckovic, 1994).

9. LE MÉDICAMENT: OBJET DES INTERRELATIONS

Nombre de travaux (21 % des articles recensés – 11/532) ont montré que le médicament s'inscrit au centre de négociations entre différentes catégories acteurs. Parmi ces interactions, la relation médecin-patient est celle qui a fait l'objet de la plus abondante littérature, sans doute à cause du rôle important du médecin comme source d'information sur le médicament et de son influence sur la décision relative au traitement (Halbert et Lloyd, 1998; Hunter *et al.*, 1997; Massé *et al.*, 2001). Depuis quelques années, certains travaux s'intéressent également à la place qu'occupe le médicament au sein d'autres types d'interrelations, impliquant les individus et leur entourage ou différents professionnels de la santé.

9.1. LE MÉDICAMENT DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Les études portant sur la relation médecin-patient se sont essentiellement intéressées à la communication autour du médicament, qui reste nettement insuffisante pour permettre une utilisation optimale du médicament (Garrity et Lawson, 1989). La question de la participation du patient à la prise de décision relative au traitement occupe également une place très importante dans cette littérature, plusieurs travaux soulignant qu'elle reste encore assez théorique, notamment du fait de l'asymétrie de pouvoir et de savoir (Hoffmann *et al.*, 2003; Massé *et al.*, 2001). Plusieurs présentent des interventions visant à améliorer l'accueil et l'écoute du patient, le niveau d'information lui étant donné concernant le médicament (sa posologie et ses effets secondaires) et le degré d'implication de celui-ci dans la prise de décision (Higbee, 1994; Langer, 1999). Parmi ces mesures, les outils d'aide à la décision, qui semblent bien accueillis par les praticiens, favoriseraient une meilleure compréhension des bénéfices et des risques du traitement par le patient et une meilleure adhésion au traitement (Grusky *et al.*, 2003). Landry et Mainguy (2003),

qui s'intéressent à la prescription de benzodiazépines, montrent aussi qu'une meilleure discussion entre les acteurs pendant la consultation permet souvent de considérer d'autres options de traitement et d'envisager un sevrage. Plusieurs travaux interrogent également les enjeux éthiques entourant la prescription, s'intéressant notamment à la question du consentement éclairé et au droit pour le patient de refuser la médication psychotrope (Bassman, 2005; Bentley, 1993; Christensen, 1997; Corrigan, 2003; Heilbrun et Kramer, 2005; Wong *et al.*, 2005).

Certains travaux montrent aussi que l'attachement des médecins à la prescription est motivé par les multiples fonctions que joue le médicament dans la relation de soin (Collin, 2003; Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Le médicament a tout d'abord pour fonction de souligner l'intérêt et l'empathie du médecin pour son patient, matérialisant avec l'ordonnance la prise en charge professionnelle. Il joue à ce titre un rôle important dans la relation de confiance qui s'établit avec le praticien (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003), ce qui en retour renforce le pouvoir d'action du traitement (Nichter et Nordstrom, 1989). Le médicament constitue également un objet de communication entre le patient et son médecin, permettant avec la délivrance de l'ordonnance de restaurer la dimension symbolique nécessaire à l'efficacité du soin (Collin, 2003; Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Il est aussi un indicateur des compétences du médecin et de sa capacité d'intervention, le choix d'une thérapeutique venant confirmer qu'un diagnostic a bien été posé. Pour le médecin, la prescription, outre son aspect pratique et rituel dans la clôture de la consultation, le rassure sur sa capacité d'action, notamment pour résoudre des problèmes complexes (Collin, 2003). Dans les situations d'incertitude, il peut même être utilisé comme outil diagnostic, la bonne réponse clinique au traitement validant la justesse du diagnostic posé (Van der Geest et Whyte, 1989). La prescription atteste en outre du renouvellement des connaissances du médecin, qui signale, en prescrivant des nouveautés, qu'il se tient informé des progrès scientifiques. Par ailleurs, les innovations peuvent amener une reconfiguration de la relation médecin-patient, en transformant les modalités de gestion de la maladie, comme le relèvent Rosengarten *et al.* (2004) à propos des traitements antirétroviraux.

9.2. LE MÉDICAMENT DANS LA RELATION SOCIALE

Plusieurs études signalent que les membres de l'entourage participent de l'expérience du médicament, influant notamment sur la décision d'y recourir, même si les formes que prend cette participation ont été peu explorées. Cette influence peut être directe lorsque les acteurs conseillent (ou déconseillent) le recours au médicament, voire soutiennent la personne dans la prise médicamenteuse et ses conséquences (Gabe *et al.*, 2002). Elle peut aussi être plus indirecte, lorsque les

proches constituent les véritables destinataires de la prise médicamenteuse, comme cela se produit dans le cas de traitements visant à améliorer la performance ou à stabiliser l'humeur (Ambler Walter, 2000).

Le médicament peut également être appréhendé comme un moyen de communication. L'achat, le choix et l'assistance à la prise du médicament, rôle qui revient le plus souvent aux femmes, représentent en effet des moyens pour l'entourage de témoigner son affection (Nichter et Vuckovic, 1994). Pour certaines populations plus fragiles, la consommation médicamenteuse nécessite une implication très importante de l'aidant (Andrieu et Grand, 2002). Celle-ci est parfois difficile à gérer (Hirschman *et al.* 2005 ; Travis *et al.*, 2000) et peut contribuer à alourdir le « fardeau » de l'aide (Travis *et al.*, 2003). En retour, la prise médicamenteuse peut être envisagée par les individus comme un moyen de susciter l'attention, d'entrer en relation ou de maintenir le lien, le médicament devenant ainsi un objet de négociation avec l'entourage (Dupré-Lévesque, 2002).

Les répercussions de la prise médicamenteuse sur les proches sont peu documentées. Potts *et al.* (2003), qui s'intéresse à l'expérience de partenaires d'hommes utilisant le *Viagra*, montre l'incidence du recours au médicament sur la relation de couple et sur la sexualité, soulignant que le médicament modifie considérablement les normes et les attentes sociales concernant la sexualité des adultes vieillissants. Une autre étude portant sur les attitudes à l'égard des problèmes de santé mentale signale que les effets de la médication sur les personnes sous psychotropes contribuent à expliquer la prise de distance de l'entourage à leur égard (Lauber *et al.*, 2004).

Le médicament participe aussi de la construction identitaire, la prise médicamenteuse s'inscrivant au sein de rituels qui durent souvent depuis des années. Dupré-Lévesque (2002) relève ainsi que les personnes âgées, qui, lors de l'entrée en institution d'hébergement, se voient retirer leurs médicaments, vivent cette situation comme une perte d'identité, et ce, d'autant plus que la prise de médicaments semble attester du maintien de certaines compétences cognitives. Différentes études à propos des antirétroviraux, des psychotropes ou des traitements pour l'asthme ont par ailleurs démontré que la prise médicamenteuse agissait comme révélateur de la maladie (Adams *et al.*, 1997 ; Golin *et al.*, 2002 ; Nichter et Vuckovic, 1994), les médicaments constituant ainsi des objets stigmatisant qui assignent le statut de malade.

9.3. LE MÉDICAMENT AU CENTRE D'ENJEUX PROFESSIONNELS

Plusieurs travaux ont examiné le rôle que pouvaient jouer les médicaments pour certaines professions. Löwy et Weisz (2005) ont ainsi documenté le caractère presque identitaire des traitements hormonaux pour la spécialité de gynécologie médicale en France. Le médicament constitue en effet un objet au centre d'enjeux

professionnels, notamment concernant le droit de prescrire. Presque qu'exclusivement détenu par le corps médical, celui-ci serait menacé par les pressions exercées par d'autres professionnels de la santé, par l'État au travers de ses actions de rationalisation des dépenses pharmaceutiques et d'encadrement du risque médicamenteux, et par l'évolution du consommateur qui se montre plus actif, mais aussi plus critique à l'égard du médecin (Britten, 2001 ; Hibbert *et al.*, 2002 ; Weiss et Fitzpatrick, 1997). Les atteintes à l'exclusivité du droit de prescrire des médecins restent toutefois assez limitées, du fait notamment des puissants corporatismes médicaux. En Afrique du Sud, la revendication d'un droit de prescrire pour les pharmaciens a ainsi soulevé une vive mobilisation de la part du corps médical (Gilbert, 1998).

La reconnaissance de l'expertise de certaines professions à l'égard du médicament, mais aussi de leur contribution à l'objectif d'une meilleure utilisation du médicament par les individus, constitue toutefois une revendication importante. Dans plusieurs écrits s'adressant à des catégories particulières de professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, pharmaciens), il est ainsi discuté du rôle complémentaire et unique que sont appelés à endosser ces acteurs lorsqu'il est question des médicaments. Dans les publications que nous avons retenues, les psychologues apparaissent comme les intervenants non-médecins les plus cités pour agir en complémentarité sur les questions relatives aux médicaments. Plusieurs maintiennent que ces professionnels doivent demeurer sensibles et informés des conséquences des médicaments pris par leurs patients (Sommers-Flanagan et Sommers-Flanagan, 1996 ; Wiggins et Cummings, 1998), notamment parce qu'ils sont en position clé pour observer les effets qui se traduisent par des signes psychologiques (Meyer et Fink, 1989). Leur rôle d'éducateur concernant les psychotropes est aussi discuté (Littrell et Ashford, 1995 ; VandenBos et Williams, 2000) et la formation en psychopharmacologie est jugée importante à leur titre de professionnel de la santé mentale (Rivas-Rodriguez, Blais, Rey et Rivas-Rodriguez, 2000 ; Tulkin et Stock, 2004 ; VandenBos et Williams, 2000 ; Wiggins et Cummings, 1998). Cela dit, alors que certains revendiquent le droit à la prescription de médicaments pour les psychologues (Fox *et al.*, 1992 ; Klusman, 1998), d'autres (DeNelsky, 1991 ; Moyer, 1995) y voient un risque de perte d'identité de la profession et même de glissement vers une marchandisation des services psychologiques (voir Dufort *et al.* dans cet ouvrage, sur ces questions). Par ailleurs, bien que l'intervention psychologique ait été évaluée complémentaire à la médication (Kolbasovsky *et al.*, 2005 ; Schwenzfeier *et al.*, 2002 ; Wiggins et Cummings, 1998), certains opposent l'une et l'autre pour tenter de démontrer la supériorité de la psychothérapie (Antonuccio, Danton et DeNelsky, 1995 ; Hunter *et al.*, 2005 ; Sedlacek et Taub, 1996), sans doute pour renforcer l'identité du psychologue face à la domination de la biomédecine.

Du côté des travailleurs sociaux, plusieurs revendiquent aussi la spécificité et la complémentarité de leur profession relativement à certains des enjeux impliquant les médicaments (Dziegielewski et Leon, 1998 ; Sundel et Sundel, 1998). À ce titre, il est souligné que l'approche intégrée et centrée sur le patient est plus près des préoccupations des travailleurs sociaux, qui peuvent passer plus de temps auprès des patients et leur offrir une plus grande assistance que les médecins (Hogarty, 1991 ; Walsh, 1998).

Plus près des médecins, les pharmaciens et les infirmières seraient, selon certains, plus à même et désireux d'assumer un rôle de soutien dans la gestion des médicaments et l'amélioration de l'observance (Davidson *et al.*, 1988 ; Kirksey *et al.*, 2004). Des auteurs discutent ainsi du rôle d'éducateur qu'est appelé à jouer le pharmacien pour établir le pont entre le médecin et le patient, afin de rendre la prescription plus compréhensible pour ce dernier (Kirksey *et al.*, 2004 ; Leal, 2005) et d'améliorer le suivi de la prise médicamenteuse tout au long du parcours de soin. Certains soulignent toutefois la nécessité de mieux évaluer les activités de conseil des pharmaciens (Bissel *et al.*, 2000) et de prendre des mesures pour garantir la confidentialité du dossier du patient dans la pharmacie (Anderson *et al.*, 2004). Cette question est également abordée dans les pays du Sud, où le personnel des pharmacies n'a pas toujours une formation adéquate (Kafle *et al.*, 1996). Les infirmières seraient, elles, plus susceptibles d'apporter, avec leurs connaissances médicales et leurs observations de terrain, une image plus complète du patient et de bâtir avec lui une bonne relation, nécessaire à la compréhension et au respect de la prescription (Davidson *et al.*, 1988 ; Leduc, 2002 ; Wallace, O'Connell et Frisch, 2005).

CONCLUSION

Cette revue des travaux portant sur le médicament met en évidence sept thèmes d'importance variable, parmi lesquels quatre problématiques ressortent plus nettement. Au plan macrosocial, il s'agit de la régulation et de la médicalisation, tandis qu'au plan microsocial dominent les travaux sur les pratiques de consommation et sur le médicament comme objet d'interrelations.

Nous n'avons pas été surpris de constater que, pour la grande majorité, les travaux se limitaient généralement à l'analyse d'un des moments de la chaîne. En effet, seuls certains des travaux qui abordent le thème de la régulation, et dans une moindre mesure celui de la médicalisation, vont privilégier une approche globale qui s'apparente à celle du cycle de vie ou de la chaîne du médicament. C'est ainsi que plus de la moitié des travaux portent seulement sur l'étape de prescription-consommation et mettent l'accent sur la relation de soin et sur les protagonistes de cette relation : les consommateurs et les prescripteurs. De plus, même en sciences sociales, l'étude des pratiques de consommation et de prescription

semble passablement marquée par la perspective traditionnelle biomédicale et technologique et s'inscrit dans le paradigme de l'utilisation et de la prescription rationnelle du médicament (Cohen *et al.*, 2001). Il importe cependant de signaler que de plus en plus d'auteurs visent à sortir de ce paradigme et privilégient une compréhension des usages des médicaments, qui tient compte des croyances que construisent les individus, qu'ils soient consommateurs ou prescripteurs. Cette prise en compte des médicaments à la fois comme commodités et comme représentations permet d'appréhender les connections existant entre les niveaux macro- et microsociaux, car l'interpénétration de l'individuel et du social caractérise les représentations sociales (Moscovici, 1961). De plus, les représentations entourant les médicaments ne sont pas seulement élaborées à l'étape de prescription-consommation, mais tout au long de leur parcours. Toutefois, les travaux ont surtout documenté le rôle de la publicité et, plus généralement, des médias dans la construction de l'objet médicament. Les représentations de l'industrie pharmaceutique, des instances gouvernementales de régulation ou celles circulant dans les milieux universitaires sont ainsi peu documentées (manque déjà relevé par Van der Geest *et al.*, 1996, et qui n'a pas été comblé depuis), sans doute parce que ces acteurs restent difficiles d'accès.

Dans les études menées sur le médicament en sciences sociales, la représentation du médicament comme risque est dominante et présente dans presque toutes les thématiques repérées. Dans les travaux sur la régulation ou sur la médicalisation, la valorisation du profit par l'industrie pharmaceutique au détriment de la santé publique est ainsi soulignée. La question du risque se retrouve également dans les études sur les pratiques de prescription et de consommation, où elle est alors envisagée à une échelle individuelle et souvent associée à celle des coûts liés à l'utilisation ou à la prescription non rationnelle des médicaments.

Les travaux sur la médicalisation présentent le médicament comme un instrument de diffusion du modèle biomédical (un vecteur idéologique), ces études critiquant aussi le fait que le médicament soit trop souvent envisagé comme seule option pour traiter une maladie. Certains auteurs observent en effet que le médicament n'est pas seulement un instrument de restauration des capacités physiologiques et psychiques, mais aussi un outil de normalisation du corps et des comportements. De même, cette représentation du médicament comme instrument de diffusion du modèle biomédical traverse les travaux portant sur les médias et Internet, qui participent activement du processus de médicalisation. Ces écrits, et notamment ceux qui s'intéressent à Internet, montrent aussi le médicament sous un autre jour : celui d'un savoir à acquérir (et à partager) pour les patients, constituant ainsi pour l'individu un gage d'autonomie dans la gestion de sa santé. L'une des dérives de ce modèle semble être, pour certains, de contribuer à la construction d'une représentation du médicament comme produit de consommation, qui évacue dans une certaine mesure la notion de risque ou de coût associés à l'utilisation de ces produits.

Globalement, la présentation du médicament comme bénéfice thérapeutique est peu développée et largement questionnée, tout comme est critiqué le discours montrant le médicament sous l'angle du progrès scientifique. C'est d'ailleurs probablement ce qui différencie le plus les études en sciences sociales des études du domaine médical. L'absence de réelles innovations et la propension des laboratoires à promouvoir le même médicament pour tous semblent peu compatibles avec l'amélioration de la santé des populations. Les bénéfices thérapeutiques associés aux médicaments sont toutefois davantage soulignés dans les travaux menés dans les pays du Sud, où le médicament est également présenté comme ressource essentielle. Il y constitue en outre un indicateur de développement économique, mais surtout une ressource à gérer. Cette question du coût des médicaments se retrouve aussi dans la littérature concernant les pays du Nord et justifierait un contrôle des dépenses pharmaceutiques, notamment par l'augmentation des pressions sur les firmes pharmaceutiques. Tout comme la santé, l'accès au médicament est assez systématiquement présenté comme un droit.

Certains articles centrés sur le point de vue des acteurs, qu'ils soient prescripteurs ou consommateurs, ont montré qu'il était nécessaire d'envisager le médicament comme une construction socioculturelle. Pour les consommateurs, il est une expérience incorporée qui transforme le vécu et très probablement la représentation de la maladie. Enfin, un nombre non négligeable de ces travaux insiste sur les interactions et les négociations dont les médicaments font l'objet, par exemple entre différents acteurs du système de soins, mais également entre les utilisateurs et ces professionnels ou leur entourage, voire entre les utilisateurs eux-mêmes. Les médicaments constituent en effet des objets au centre de rapports de pouvoir et de savoirs (Desclaux et Lévy, 2003). Au sein de la relation sociale, le médicament apparaît comme un marqueur identitaire pouvant, dans le cas de certaines pathologies, participer de la stigmatisation du malade.

Rappelons par ailleurs que tant l'analyse effectuée à l'aide d'Alceste que celle réalisée avec notre grille d'analyse mettent en évidence que le VIH/sida et les antirétroviraux (classe 6), les troubles mentaux et les psychotropes (classe 1), la ménopause et l'hormonothérapie (classe 5) sont les préoccupations de santé et les familles de médicaments ayant essentiellement retenu l'attention des sciences sociales. Serait-ce que les familles de médicaments tels les antibiotiques, les anti-inflammatoires ou les analgésiques soulèvent moins de controverses ou de préoccupations sociétales ou qu'elles sont moins accessibles aux disciplines non médicales ? Pourtant, les antibiotiques ont déjà occupé un espace médiatique important concernant la résistance pouvant se développer à leur égard en situation de surconsommation.

Après cet examen de la littérature en sciences sociales autour des questions du médicament, nous remarquons que les disciplines les plus présentes semblent être l'anthropologie, la psychologie, le travail social, la sociologie, la sexologie

et les communications. Peu de publications sont issues de disciplines telles la philosophie, l'histoire ou la linguistique. Ces disciplines pourraient pourtant apporter des éclairages complémentaires importants à l'étude du médicament. Pensons par exemple à une analyse historique du développement des essais cliniques ou à une analyse linguistique de la transformation du discours publicitaire sur les médicaments.

Nous pouvons par ailleurs nous questionner sur le fait que la plupart des publications que nous avons retracées apparaissent dans les numéros spéciaux des revues. Serait-ce que le médicament n'est pas reconnu comme objet légitime des sciences sociales, que les chercheurs de ce domaine publient davantage dans les revues plutôt biomédicales ou que l'importance des enjeux sociaux concernant le médicament connaît une reconnaissance relativement récente par ces disciplines ?

Mentionnons que notre revue de littérature comporte plusieurs limites méthodologiques liées tout d'abord aux bases documentaires choisies, qui, bien que regroupant les principales revues en sciences sociales, ne les comprennent pas toutes. Une autre limite réside dans notre technique d'exclusion des revues comportant moins de cinq articles sur la période considérée, qui peut avoir entraîné le rejet d'articles pertinents, mais couvrant une thématique très marginale pour une revue. D'autre part, en privilégiant des mots clés très généraux pour effectuer nos recherches, nous avons exclu de nombreux articles qui portaient sur des médicaments (ou classes de médicaments) spécifiques sans référence aux désignations plus générales de ces objets. C'est notamment le cas de nombre de travaux portant sur la ménopause ou sur le VIH/sida ou la gériatrie, qui sont souvent présentés dans des revues ciblant ces problématiques de santé spécifiques. Enfin, notre objectif étant de cerner la question du médicament en sciences sociales, l'exclusion des revues médicales ou épidémiologiques présente l'inconvénient de ne pas nous permettre d'évaluer la pénétration des préoccupations psychosociales dans les travaux s'inscrivant plus clairement dans la perspective biomédicale. Nos choix méthodologiques se justifient dans la mesure où notre visée n'était pas tant de recenser de manière exclusive l'ensemble des travaux portant sur le médicament en sciences sociales que de saisir les grands thèmes qui traversent ce champ.

L'un des principaux constats de notre revue de littérature demeure le « rôle crucial [que semble jouer le médicament] dans le système de sens de la biomedecine, dans la relation thérapeutique, et dans le rapport de l'individu au corps sain ou malade » (Desclaux et Levy, 2003, p. 5). Cette importance ne se reflète toutefois pas au plan de l'anthropologie médicale (Desclaux et Levy, 2003 ; Van der Geest *et al.*, 1996) ni même de la sociologie médicale où l'intérêt pour le médicament est encore plus récent. Le médicament constitue pourtant un objet social au caractère assez unique. Incarnant et diffusant l'idéologie biomédicale,

il favorise son appropriation par les profanes ou par d'autres professionnels de la santé que la profession médicale et constituerait, ainsi que le soulignent Akrich et Meadel (2002, p. 112), «un opérateur majeur dans la reconfiguration des relations médecin-patient, des pratiques médicales, de la science médicale elle-même». La diffusion des médicaments pharmaceutiques à l'échelle mondiale est aussi un parfait exemple de la globalisation des économies (Van der Geest *et al.*, 1996), ce qui fait de cet objet un révélateur privilégié pour accéder à la complexité culturelle des croyances entourant la maladie, le soin et leur évolution (Van der Geest *et al.*, 1996; Desclaux et Levy, 2003). Ces caractéristiques justifient déjà pleinement l'organisation d'un champ d'étude autour du médicament. Toutefois, contrairement à ce que prônent Van der Geest *et al.* (1996), nous pensons que celui-ci devrait inclure le concours d'autres disciplines que la seule anthropologie. Une véritable compréhension des différentes problématiques sociales, culturelles, économiques et technologiques entourant le médicament peut en effet difficilement faire l'économie d'une approche interdisciplinaire (Garnier, 2003b).

ANNEXE I**LISTE DES REVUES CONSULTÉES****ANGLAIS**

Aids Care

Aids Education and Prevention

Bioethics

Body and Society

Community Mental Health Journal

Culture, Medicine and Psychiatry

Ethnicity and Health

Generations

Health and Social Work

Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health

Care and Health Policy

Health, Risk and Society

International Journal of Health Services

Journal of Drug Issues

Journal of Gerontological Social Work

Journal of Health and Social Behavior

Journal of Health Care for the Poor and Underserved

Journal of Health Communication

Journals of Gerontology

Journal of Medical Ethics

Medical Anthropology Quarterly

Professional Psychology: Research and Practice

Research on Social Work Practice

Science and Public Policy

Social Problems

Social Science and Medicine

Social Studies of Science

Social Work

Sociology of Health and Illness

The Gerontologist

FRANÇAIS

Anthropologie et sociétés

Gérontologie et société

Santé mentale au Québec

Sciences sociales et santé

ANNEXE II**EXEMPLE DE FICHE D'INDEXATION**

Référence : Conrad P. (1985). The Meaning of Medications : Another Look at Compliance. *Social Science and Medicine*, 20(1), 29-37.

Thème : pratiques de consommation, observance, autorégulation

Mots clés : Medicine/Medicinal ; Compliance ; Patient/Patients medication noncompliance ; patients' self-regulation/-control ; interviews ; epileptics

Résumé : A patient-centered approach to analyze the meaning of medication in the patient's life, et to determine the cause of noncompliance to prescribed drug regimens, is presented, based on data obtained from in-depth interviews with epileptics (N = 80). From the patient's perspective, the issue is more one of self-regulation than compliance, and can be affected by a desire for testing, control of dependence, destigmatization, and a more structured regimen. What appears as noncompliance from a medical perspective may actually be the patient's attempt to assert greater control over the disorder of his or her life. 38 References.

Acteurs concernés : patients

Pays d'étude : États-Unis

Langue : Anglais

Pays d'affiliation 1^{er} auteur : États-Unis

Méthodologie : qualitative

Classe médicamenteuse : antiépilepsie

Médicament spécifique :

Statut du médicament : Rx

Maladie ou types de maladies : épilepsie

Représentations du médicament : médicament comme source d'autonomie ; médicament comme dépendance

Échelle d'analyse : micro

Position dans la chaîne : prescription-consommation

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, J. (2002a). «Transnational Industrial Power: The Medical Profession and the Regulatory State», *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 9, p. 1671-1690.
- Abraham, J. (2002b). «A Social Science Framework for Analysis of Health Technology Regulation», *Health Risk and Society*, vol. 4, n° 3, p. 305-324.
- Abraham, J. (2002c). «Drug Safety and the Safety of Patients: The Challenge of Permissive Expert Risk Assessments», *Health Risk and Society*, vol. 4, n° 1, p. 19-29.
- Abraham, J. et M. Charlton (1995). «Controlling Medicines in Europe: The Harmonisation of Regulatory Toxicology Assessed», *Science and Public Policy*, vol. 22, p. 54-362.
- Abraham, J. et C. Davis (2005). «Risking Public Safety: Experts, the Medical Profession and "Acceptable" Drug Injury Health», *Health, Risk & Society*, vol. 7, p. 379-395.
- Abraham, J. et G. Lewis (1999). «Harmonising and Competing for Medicines Regulation: How Healthy Are the European Union's Systems of Drug Approval?», *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 1655-1667.
- Abraham, J. et J. Sheppard (1999). «Complacent and Conflicting Scientific Expertise in British and American Drug Regulation: Clinical Risk Assessment of Triazolam», *Social Studies of Science*, vol. 29, p. 803-843.
- Abraham, J. et T. Reed (2001). «Trading Risks for Markets: The International Harmonisation of Pharmaceuticals Regulation», *Health, Risk & Society*, vol. 3, p. 113-128.
- Abraham, J. et T. Reed (2002). «Progress, Innovation and Regulatory Science in Drug Development: The Politics of International Standard-Setting», *Social Studies of Science*, vol. 32, n° 3, p. 337-369.
- Abraham, J. et T. Reed (2003). «Reshaping Carcinogenic Risk Assessment of Medicines», *Social Science & Medicine*, vol. 57, p. 195-204.
- Adam, B.D., E. Maticka-Tyndale et J.J. Cohen (2003). «Adherence Practices among People Living with HIV», *AIDS Care*, vol. 15, p. 263-274.
- Adams, S., R. Pill et A. Jones (1997). «Medication, Chronic Illness and Identity: The Perspective of People with Asthma», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 189-201.
- Akrich, M. et C. Meadel (2002). «Prendre ses médicaments/prendre la parole: les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques», *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, p. 89-116.
- Ahluwalia, J.S., S.E. McNaghy et N.K. Kanuru (1996). «A Randomized Trial to Improve Follow-Up Care in Severe Uncontrolled Hypertensives at an Inner-City Walk-In Clinic», *The Journal of Health Care for the Poor and the Underserved*, vol. 7, n° 4, p. 377-389.
- Almarsdottir, A.B. et P.J. Bush (1992). «The Influence of Drug Advertising on Children's Drug Use Attitudes and Behaviors», *The Journal of Drug Issues*, vol. 22, n° 2, p. 361-376.
- Almarsdottir, A.B. et C. Zimmer (1998). «Children's Knowledge about Medicines», *Childhood*, vol. 5, p. 265-281.
- Alubo, S.O. (1994). «Death for Sale: A Study of Drug Poisoning and Deaths in Nigeria», *Social Science and Medicine*, vol. 38, p. 97-103.
- Ambler Walter, C. (2000). «The Psychosocial Meaning of Menopause: Women's Experiences» *Journal of Women & Aging*, vol. 12, n°s 3/4, p. 117-131.

- Anderson, C., A. Blenkinsopp et M. Armstrong (2004). «Feedback from Community Pharmacy Users on the Contribution of Community Pharmacy to Improving the Public's Health: A Systematic Review of the Peer Reviewed and Non-Peer Reviewed Literature 1990-2002», *Health Expectations*, vol. 7, n° 3, p. 191-202.
- Anderson, J.K., S. Faulkner, C. Cranor, J. Briley, F. Gevirtz et S. Roberts (2002). «Andropause: Knowledge and Perceptions Among the General Public and Health Care Professionals», *Journals of Gerontology*, vol. 57, p. 793-796.
- Andrieu, S. et S. Grand (2002). «Place de l'aidant informel dans la consommation médicamenteuse de patients atteints de la maladie d'Alzheimer», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 187-193.
- Anglin, M.K. et J.C. White (1999). «Poverty, Health Care, and Problems of Prescription Medication: A Case Study», *Substance Use & Misuse*, vol. 34, p. 2073-2093.
- Ankri, J. (2002a). «Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 93-106.
- Ankri, J. (2002b). «Trop ou pas assez. La consommation médicamenteuse des personnes âgées», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 59-72.
- Ankri, J., B. Beaufils, D. Ledisert et J.C. Henrard (1997). «Behavior Toward Medicine and Self-Representation among Elderly People Suffering from Chronic Illness», *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 3, p. 337-345.
- Ankri, J., J. Collin, G. Pérodeau et B. Beaufils (2002). «Médicaments psychotropes et sujets âgés: une problématique commune France-Québec ? (Synthèse de la littérature)», *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, p. 35-62.
- Antonuccio, D.O., W.G. Danton et G.Y. DeNelsky (1995). «Psychotherapy Versus Medication for Depression: Challenging the Conventional Wisdom with Data», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 6, p. 574-585.
- Ascione, F. (1994). «Medication Compliance in the Elderly», *Generations*, vol. 18, n° 2, p. 28-33.
- Ascione, F.J. et L.A. Shimp (1988). «Helping Patients to Reduce Medication Misuse and Error», *Generations*, vol. 12, n° 4, p. 52-55.
- Auvray, L. et C. Sermet (2002). «Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: un état des lieux», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 13-27.
- Baker, D. (2004). «A Free Market Solution for Prescription Drug Crises», *International Journal of Health Services*, vol. 34, p. 517-526.
- Bangerter, A. (1995). «Rethinking the Relation Between Science and Common Sense: A Comment on the Current State of Social Representation Theory», *Textes sur les représentations sociales*, vol. 4, p. 1-18.
- Bangsberg, D.R., A. Bronstone et R. Hofmann (2002). «A Computer-Based Assessment Detects Regimen Misunderstandings and Nonadherence for Patients on HIV Antiretroviral Therapy», *AIDS Care*, vol. 14, p. 3-15.
- Barbot, J. (1998). «L'intervention des associations de lutte contre le sida dans la circulation des nouvelles molécules», *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n° 3, p. 67-95.
- Barnea, Z. et M. Teichman (1994). «Substance Misuse and Abuse Among the Elderly: Implications for Social Work Intervention», *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 21, p. 113-148.

- Barnett, J. et G.M. Breakwell (2003). «The Social Amplification of Risk and the Hazard Sequence: The October 1995 Oral Contraceptive Pill Scare», *Health, Risk & Society*, vol. 5, p. 301-313.
- Barnhoorn, F.H. et H. Adriaanse (1992). «In Search of Factors Responsible for Noncompliance among Tuberculosis Patients in Wardha District, India», *Social Science and Medicine*, vol. 24, p. 291-306.
- Barrett, G. et R. Harper (2000). «Health Professionals' Attitudes to the Deregulation of Emergency Contraception (Or the Problem of Female Sexuality)», *Sociology of Health and Illness*, vol. 22, p. 197-216.
- Bassman, R. (2005). «Mental Illness and the Freedom to Refuse Treatment: Privilege or Right», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 36, n° 5, p. 488-497.
- Bastida, J.L. et E. Mossialos (2000). «Pharmaceutical Expenditure in Spain: Cost and Control», *International Journal of Health Services*, vol. 30, n° 3, p. 597-616.
- Bath, P. A. (1999). «Self-Rated Health as a Risk Factor for Prescribed Drug Use and Future Health and Social Service Use in Older People», *Journals of Gerontology*, vol. 54A, n° 11, p. 565-570.
- Baukus, R. (2004). «DTC Advertising», *Journal of Health Communication*, vol. 9, n° 6, p. 563-564.
- Beckerleg, S., G. Lewando-Hundt, M. Eddama, A. E. Alem, R. Shawa et Y. Abed (1999). «Purchasing a Quick Fix from Private Pharmacies in the Gaza Strip», *Social Science and Medicine*, vol. 49, p. 1489-1500.
- Begum, H. (2001). «Poverty and Health Ethics in Developing Countries», *Bioethics*, vol. 15, p. 50-56.
- Bélanger, L., K. O'Connor et F. Harel (2003). «Développement d'un instrument évaluant les attentes reliées à l'arrêt des benzodiazépines», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, p. 103-120.
- Bell, S.E. (1987). «Changing Ideas: The Medicalization of Menopause», *Social Science and Medicine*, vol. 24, p. 535-542.
- Bender, A.D. (2004). «The Coming of the Baby Boomers: Implications for the Pharmaceutical Industry», *Generations*, vol. 28, p. 26-31.
- Bennett, F.J. (1989). «The Dilemma of Essential Drugs in Primary Health Care», *Social Science and Medicine*, vol. 28, p. 1085-1090.
- Benson, P.R. (1986). «The Prescription of Discretionary Antipsychotic Medication by State Mental Hospital Psychiatrists», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27, p. 28-43.
- Bentley, K.J. (1993). «The Right of Psychiatric Patients to Refuse Medication: Where Should Social Workers Stand?», *Social Work*, vol. 38, p. 101-106.
- Bentley, K.J. et J. Reeves (1992). «Integrating Psychopharmacology into Social Work Curriculum: Suggested Content and Resources», *Journal of Teaching in Social Work*, vol. 6, p. 41-58.
- Bentley, K.J., M.K. Rosenson et J.M. Zito (1990). «Promoting Medication Compliance: Strategies for Working with Families of Mentally Ill People», *Social Work*, vol. 35, p. 274-277.

- Bi, P., S. Tong et K.A. Parton (2000). «Family Self-Medication and Antibiotics Abuse for Children and Juveniles in a Chinese City», *Social Science and Medicine*, vol. 50, p. 1445-1450.
- Bierlich, B. (1999). «Sacrifice, Plants, and Western Pharmaceuticals: Money and Health Care in Northern Ghana», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, p. 316-337.
- Binstock, R.H. (2003). «The War on “Anti-Aging Medicine”», *The Gerontologist*, vol. 43, p. 4-14.
- Bissell, P., P.R. Ward et P.R. Noyce (2000). «Appropriateness Measurement: Application to Advice-Giving in Community Pharmacies», *Social Science and Medicine*, vol. 51, p. 343-359.
- Blow, F. C., D.W. Oslin et K.L. Barry (2002). «Misuse and Abuse of Alcohol, Illicit Drugs, and Psychoactive Medication among Older People», *Generations*, vol. 25, n° 1, p. 50-54.
- Bond, P. (1999). «Globalization, Pharmaceutical Pricing, and South African Health Policy: Managing Confrontation with U.S. Firms and Politicians», *International Journal of Health Services*, vol. 29, p. 765-792.
- Bornstein, B.H., A.C. Emler et G.B. Chapman (1999). «Rationality in Medical Treatment Decisions: Is There a Sunk-Cost Effect?», *Social Science and Medicine*, vol. 49, p. 215-222.
- Boyd, C.J., S.E. McCabe et C. Teter (2006a). «Medical and Nonmedical Use of Prescription Pain Medication by Youth in a Detroit-area Public School District», *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 81, n° 1, p. 37-45.
- Boyd, C.J., S.E. McCabe et C. Teter (2006b). «Asthma Inhaler Misuse and Substance Abuse: A Random Survey of Secondary School Students», *Addictive Behaviors*, vol. 31, n° 2, p. 278-287.
- Britten, N. (2001). «Prescribing and the Defence of Clinical Autonomy», *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, p. 478-496.
- Brown, C.M. et R. Segal (1996). «The Effects of Health and Treatment Perceptions on the Use of Prescribed Medication and Home Remedies among African American and White American Hypertensives», *Social Science and Medicine*, vol. 43, p. 903-917.
- Brown, P. et S.C. Funk (1986). «Tardive Dyskinesia: Barriers to the Professional Recognition of an Iatrogenic Disease», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27, p. 116-132.
- Broyles, L.M., A.M. Colbert et J.A. Erlen (2005). «Medication Practice and Feminist Thought: A Theoretical and Ethical Response to Adherence in HIV/AIDS», *Bioethics*, vol. 19, n° 4, p. 362-378.
- Brunt, J.H., N.L. Chappell, M. Maclure et A. Cassels (1998). «Assessing the Effectiveness of Government and Industry Media Campaigns on Seniors’ Perceptions of Reference-Based Pricing Policy», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 17, n° 3, p. 276-295.
- Bryder, L. (1999). «“We Shall Not Find Salvation in Inoculation”: BCG Vaccination in Scandinavia, Britain and the USA, 1921-1960», *Social Science and Medicine*, vol. 49, p. 1157-1167.
- Bukonda, N.K.Z. (1999). «Adoption of France-Originated and United Kingdom-Originated Medicines by Older and Younger Health Care Professionals in the Ivory Coast and in Zambia», *Journal of Black Studies*, vol. 29, p. 706-730.

- Burns, B. (2005). «Medicare Part D and Low-Income Medicare Beneficiaries», *Generations*, vol. 29, n° 1, p. 91-93.
- Busfield, J. (2004). «Mental Health Problems, Psychotropic Drug Technologies and Risk», *Health, Risk & Society*, vol. 6, p. 361-375.
- Calva, J. (1996). «Antibiotic Use in a Periurban Community in Mexico: A Household and Drugstore Survey», *Social Science & Medicine*, vol. 42, p. 1121-1128.
- Carricaburu, D. (1999). «Innovation thérapeutique et acceptabilité du risque iatrogène : l'introduction des produits antihémophiliques concentrés dans les années soixante-dix», *Sciences sociales et santé*, vol. 17, p. 75-98.
- Castro, A. et P. Farmer (2003). «Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multi-résistante», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, p. 23-40.
- Catz, S.L., K.L. Meredith et L.M. Mundy (2001). «Women's HIV Transmission Risk Perceptions and Behaviors in the Era of Potent Antiretroviral Therapies», *AIDS Education and Prevention*, vol. 13, p. 239-251.
- Catz, S.L., S.C. Kalichman, E.G. Benotsch, J. Miller et T. Suarez (2001). «Anticipated Psychological Impact of Receiving Medical Feedback about HIV Treatment Outcomes», *AIDS Care*, vol. 13, p. 631-635.
- Chappell, N.L. et M. Maclure (1998). «Introduction: Seniors and the Drug Information Age», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 17, p. 269-275.
- Chesney, M. A., M. Morin et L. Sherr (2000). «Adherence to HIV Combination Therapy», *Social Science and Medicine*, vol. 50, p. 1599-1605.
- Chirac, P., A. Pikon, Y. Poinson et A. Vitry (1993). «Drug Marketing in French-speaking African Countries», *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 12, p. 1541-1543.
- Christensen, R.C. (1997). «Ethical Issues in Community Mental Health: Cases and Conflicts», *Community Mental Health Journal*, vol. 33, n° 1, p. 5-11.
- Ciesla, J.R., G. Plane et A.J. Rubens (1998). «Hypertension in Community-Dwelling Elders from a Statewide Study: Implications for Nonpharmacologic Therapy», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 9, n°1, p. 62-75.
- Cocks, M. et A. Dold (2000). «The Role of "African Chemists" in the Health Care System of the Eastern Cape Province of South Africa», *Social Science and Medicine*, vol. 51, p. 1505-1515.
- Cohen D., M. McCubbin, J. Collin et G. Pérodeau (2001). «Medications as Social Phenomena», *Health*, vol. 5, n° 4, p. 441-469.
- Cohen, D. et J. Bisson (1997). «Médication neuroleptique et risque de dyskinésie tardive : une enquête auprès de psychiatres et d'omnipraticiens du Québec», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, p. 263-282.
- Cohen, J. (2003). «State-Based Versus Federal-Based Approaches to Reducing the Medicare Pharmaceutical Coverage Gap», *International Journal of Health Services*, vol. 33, p. 345-358.
- Collin, J. (2002). «Observance et fonctions symboliques du médicament», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 141-159.
- Collin, J. (2003). «Rapport des personnes âgées aux médicaments. Un modèle conceptuel», dans J. Lévy et al. (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 261-273.

- Collin, J. et J. Ankri (2003). «La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec», *Gérontologie et société*, vol. 107, p. 149-165.
- Collin, J., N. Damestoy et R. Lalande (1999). «La construction d'une rationalité: les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées (suivi de:) D'une rationalité à l'autre: ce que masque parfois la prescription de psychotropes», *Sciences sociales et santé*, vol. 17, p. 31-52.
- Collin, J., H. Doucet, D. Lafortune, L. Monnais, M. Otero, M.-E. Blanc et M. Proulx (2005). «Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser», Rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être (CSBE), MÉOS, GRASP, Université de Montréal.
- Conrad, P. (1985). «The Meaning of Medications: Another Look at Compliance», *Social Science and Medicine*, vol. 20, p. 29-37.
- Conrad, P. (2005). «The Shifting Engines of Medicalization», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, n° 1, p. 3-14.
- Conrad, P. et D. Potter (2000). «From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observation on the Expansion of Medical Categories», *Social Problems*, vol. 47, p. 559-582.
- Conrad, P. et D. Potter (2004). «Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement», *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 2, p. 184-215.
- Conrad, P. et V. Leiter (2004). «Medicalization, Markets and Consumers», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, p. 158-176.
- Coons, S.J., J. Hendricks et S.L. Sheahan (1988). «Self-Medication with Nonprescription Drugs», *Generations*, vol. 12, p. 22-26.
- Coons, S.J. et W. F. McGhan (1988). «The Role of Drugs in Self-care», *Journal of Drug Issues*, vol. 18, n° 2, p. 175.
- Cooper, J.W. (1994). «Drug-Related Problems in the Elderly Patient», *Generations*, vol. 18, p. 19-27.
- Cooper, V., D. Buick, R. Horne, N. Lambert, G. Gellaitry, H. Leake et M. Fisher (2002). «Perceptions of HAART among Gay Men Who Declined a Treatment Offer: Preliminary Results from an Interview-Based Study», *AIDS Care*, vol. 14, n° 3, p. 319-328.
- Coronado, G.D., B. Thompson, S. Tejada et R. Godina (2004). «Attitudes and Beliefs among Mexican Americans about Type 2 Diabetes», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 15, n° 4, p. 576-588.
- Corrigan, O.P. (2002). «A Risky Business: The Detection of Adverse Drug Reactions in Clinical Trials and Post-Marketing Exercises», *Social Science and Medicine*, vol. 55, p. 497-507.
- Corrigan, O. (2003). «Empty Ethics: The Problem with Informed Consent», *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, p. 768-792.
- Cranach, M., von (1991). «Handlungsfreiheit und Determination als Prozess und Erlebnis», *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, vol. 22, p. 4-24.
- Cranach, M., von (1992). «Handlungs-Entscheidungsfreiheit als psychologischer Prozess», *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, vol. 23, p. 287-294.
- Crane, J.R., S. Perlman, K.L. Meredith, D.B. Jeffe, V.J. Fraser, A.M. Lucas et L.M. Mundy (2000). «Women with HIV: Conflicts and Synergy of Prayer within the Realm of Medical Care», *AIDS Education and Prevention*, vol. 12, n° 6, p. 532-543.

- Dallek, G. (1998). «Shopping for Managed Care: The Medicare Market», *Generations*, vol. 22, p. 19-24.
- Daveluy, A. et F. Haramburu (2003). «Pharmacodépendance chez le sujet âgé. Médicaments et autres substances», *Gérontologie et société*, vol. 105, p. 45-58.
- Davidson, R.E., R. Factor, E. Gundlach et K. Adler (1988). «Psychiatric Nursing Roles in a Community Mental Health Center», *Community Mental Health Journal*, vol. 24, n° 1, p. 83-86.
- Davis, J.J. (2000). «Riskier than we Think? The Relationship Between Risk Statement Completeness and Perceptions of Direct to Consumer Advertised Prescription Drugs», *Journal of Health Communication*, vol. 5, n° 4, p. 349-369.
- Davis, P. (dir.) (1996). *Contested Grounds: Public Purpose and Private Interest in the Regulation of Prescription Drugs*, Auckland, Oxford University Press.
- Deatrick, D. (1997). «Senior-Med: Creating a Network to Help Manage Medications», *Generations*, vol. 21, p. 59-60.
- DeFries, G.H. et T.R. Konrad (1993). «Self-Care Movement and the Gerontological Healthcare Professional», *Generations*, vol. 17, p. 37-40.
- Dellasega, C., D. Orwig, F. Ahern et E. Lenz (1999). «Postdischarge Medication Use of Elderly Cardiac Patients from Urban and Rural Locations», *Journals of Gerontology*, vol. 54A, n° 10, p. 514-520.
- DeNelsky, G.Y. (1991). «Prescription Privileges for Psychologists: The Case Against», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 22, n° 3, p. 188-193.
- Desclaux, A. (2003). «Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, p. 41-57.
- Desclaux, A. et J. Lévy (2003). «Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, p. 5-21.
- Deshpande, A., A. Menon, M. Perri et G. Zinkhan (2004). «Direct-to-Consumer Advertising and Its Utility in Health Care Decision Making: A Consumer Perspective», *Journal of Health Communication*, vol. 9, n° 6, p. 499-513.
- Diaz, E., H. Prigerson, R. Desai et R. Rosenheck (2001). «Perceived Needs and Service Use of Spanish Speaking Monolingual Patients Followed at a Hispanic Clinic», *Community Mental Health Journal*, vol. 37, n° 4, p. 335-346.
- Diaz, E., S.W. Woods et R. Rosenheck (2005). «Effects of Ethnicity on Psychotropic Medications Adherence», *Community Mental Health Journal*, vol. 41, n° 5, p. 521-537.
- Dibie-Racoupeau, F. et L. Ploton (2002). «À propos du maniement relationnel des traitements psychotropes», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 123-139.
- Djerassi, C. (1989). «The Bitter Pill», *Science*, vol. 245, p. 356-361.
- Dong, H., L. Bogg, C. Rehnberg et V. Diwan (1999). «Drug Policy in China: Pharmaceutical Distribution in Rural Areas», *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 777-86.
- Donovan, J.L. et D.R. Blake (1992). «Patient Non-Compliance: Deviance or Reasoned Decision-Making?», *Social Science and Medicine*, vol. 34, p. 507-513.
- Dumoulin, J. et M. Kaddar (1990). «Le prix des médicaments dans certains pays d'Afrique: comparaison avec les prix français», *Sciences sociales et santé*, vol. 8, p. 51-72.
- Dupré-Lévesque, D. (2002). «Le médicament: un outil de communication. Le regard de l'ethnologue dans une maison de retraite», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 161-176.

- Durante, A.J., C. Bova, K.P. Fennie, K.A. Danvers, D.R. Holness, J.D. Burgess et A. Williams (2003). «Home-Based Study of Anti-HIV Drug Regimen Adherence among HIV-Infected Women: Feasibility and Preliminary Results», *AIDS Care*, vol. 15, n° 1, p. 103-115.
- Dworkin, R. W. (2001). «The Medicalization of Unhappiness», *The Public Interest*, vol. 144, p. 85-99.
- Dziegielewski, S.F. et A.M. Leon (1998). «Psychopharmacological Treatment of Major Depression. Research on Social Work Practice», *Special Issue: Psychopharmacology and social work practice*, vol. 8, n° 4, p. 475-490.
- Echabe, A.E., C.S. Guillen et J.A. Ozamiz (1992). «Representations of Health, Illness and Medicines: Coping Strategies and Health Promoting Behaviour», *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 31, p. 339-349.
- Edelberg, H.K., E. Shallenberger, J.M. Hausdorff et J.Y. Wei (2000). «One-Year Follow-Up of Medication Management Capacity in Highly Functioning Older Adults», *Journals of Gerontology*, vol. 55A, p. 550-553.
- Edmond, G. et D. Mercer (2000). «Litigation Life: Law-Science Knowledge Construction in (Bendectin) Mass Toxic Tort Litigation», *Social Studies of Science*, vol. 30, n° 2, p. 265-316.
- Eng, K. et C.A. Emler (1990). «Using Education to Prevent Geriatric Medication Misuse», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 9, p. 185-193.
- Epstein, S. (1997). «Activism, Drug Regulation, and the Politics of Therapeutic Evaluation in the AIDS Era: A Case Study of ddC and the "Surrogate Markers" Debate», *Social Studies of Science*, vol. 27, p. 691-726.
- Erickson, C.L. et N. Muramatsu (2004). «Parkinson's Disease, Depression and Medication Adherence: Current Knowledge and Social Work Practice», *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 42, p. 3-18.
- Etkin, N. (1993). «"Side effects" Cultural Reinterpretation of Western Pharmaceuticals», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 6, n° 2, p. 99-113.
- Ettorre, E. et E. Riska (1993). «Psychotropics, Sociology and Women: Are the "Halcyon Days" of the "Malestream" Over?», *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, p. 503-524.
- Evans, C. et H. Lambert (1997). «Health-Seeking Strategies and Sexual Health among Female Sex Workers in Urban India: Implications for Research and Service Provision», *Social Science and Medicine*, vol. 22, p. 1791-1803.
- Fainzang, S. (2002). «Avant-propos numéro spécial "Médicaments"», *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, p. 5-11.
- Fainzang, S. (2003). «Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 139-154.
- Ferguson, T.F., K.E. Stewart, E. Funkhouser, J. Tolson, A.O. Westfall et M.S. Saag (2002). «Patient-Perceived Barriers to Antiretroviral Adherence: Associations with Race», *AIDS Care*, vol. 14, n° 5, p. 607-617.
- Fishman, J.R. (2004). «Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction», *Social Studies of Science*, vol. 34, p. 187-218.
- Fitz, D. et A. Mallya (1990). «Behavioral Reactions to Psychotropic Medication Changes for Nursing Home Residents Receiving Psychogeriatric Programming», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 9, p. 194-210.

- Flaherty, J.H., H.M. Perry, G.S. Lynchard et J.E. Morley (2000). «Polypharmacy and Hospitalization Among Older Home Care Patients», *Journals of Gerontology*, vol. 55A, p. 554-559.
- Flaskerud, J.H. et A.M. Nyamathi (1996). «Home Medication Injection among Latina Women in Los Angeles: Implications for Health Education and Prevention», *AIDS Care*, vol. 8, p. 95-102.
- Flori, Y.A. (2003). «La lutte contre le sida dans les pays en développement entre santé publique et logique industrielle (commentaire)», *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 1, p. 99-102.
- Fox, N., K. Ward et A. O'Rourke (2005). «Pro-Anorexia, Weight-Loss Drugs and the Internet: An "Anti-Recovery" Explanatory Model of Anorexia», *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, p. 944-971.
- Fox, R.E., F.D. Schwelitz et A.G. Barclay (1992). «A Proposed Curriculum for Psychopharmacology Training for Professional Psychologists», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 23, n° 3, p. 216-219.
- Gabe, J. (2001). «Benzodiazepines as a Social Problem: The Case of Halcion», *Substance Use & Misuse*, vol. 36, p. 1233-1259.
- Gabe, J., M. Bury et R. Ramsay (2002). «Living with Asthma: The Experiences of Young People at Home and at School», *Social Science and Medicine*, vol. 55, p. 1619-1633.
- Gafner, G. (1994). «Paradoxical Intervention for Medical Noncompliance», *Clinical Gerontologist*, vol. 15, p. 78-80.
- Gagnon, M.P. et G. Godin (2000). «The Impact of New Antiretroviral Treatments on College Students' Intention to Use a Condom with a New Sexual Partner», *AIDS Education and Prevention*, vol. 12, p. 239-251.
- Gao, X., D.P. Nau, S.A. Rosenbluth, V. Scott et C. Woodward (2000). «The Relationship of Disease Severity, Health Beliefs and Medication Adherence among HIV Patients», *AIDS Care*, vol. 12, p. 387-398.
- Garnier, C. (2003a). «La chaîne du médicament: lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales», *Journal international des représentations sociales*, vol. 1, n° 1, p. 1-9.
- Garnier, C. (2003b). «La chaîne du médicament. Construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative», dans J. Lévy et al. (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 221-234.
- Garrard, J., J. Cloyd, C. Gross, N. Hardie, L. Thomas, T. Lackner, N. Graves et I. Leppik (2000). «Factors Associated with Antiepileptic Drug Use among Elderly Nursing Home Residents», *Journals of Gerontology*, vol. 55A, p. 384-392.
- Garrity, T.F. et E.J. Lawson (1989). «Patient-Physician Communication as a Determinant of Medication Misuse in Older, Minority Women», *Journal of Drug Issues*, vol. 19, p. 245-259.
- Geissler, P.W., K. Nokes, R.J. Prince, R. Achieng' Odhiambo, J. Aagaard-Hansen et J.H. Ouma (2000). «Children and Medicines: Self-Treatment of Common Illnesses among Luo Schoolchildren in Western Kenya», *Social Science and Medicine*, vol. 50, p. 1771-1783.
- German, P.S. et L.C. Burton (1989). «Clinicians, the Elderly and Drugs», *Journal of Drug Issues*, vol. 19, p. 221-243.

- Gilbert, L. (1998). «Pharmacy's Attempts to Extend Its Roles: A Case Study in South Africa», *Social Science and Medicine*, vol. 47, p. 153-164.
- Glik, D.C., W.B. Ward, A. Gordon et F. Haba (1989). «Malaria Treatment Practices among Mothers in Guinea», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, p. 421-435.
- Gold, R.S. et D.T. Ridge (2001). «“I Will Start Treatment When I Think the Time Is Right”: HIV-Positive Gay Men Talk about Their Decision not to Access Antiretroviral Therapy», *AIDS Care*, vol. 13, n° 6, p. 693-708.
- Goldman, R. et M. Montagne (1986). «Marketing “Mind Mechanics”: Decoding Antidepressant Drug Advertisements», *Social Science and Medicine*, vol. 22, p. 1047-1058.
- Golin, C., F. Isasi, J.B. Bontempi et E. Eng (2002). «Secret Pills: HIV-Positive Patients's Experiences Taking Antiretroviral Therapy in North Carolina», *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, p. 318-329.
- Gonyea, J.G. (1998). «Midlife and Menopause: Uncharted Territories for Baby Boomer Women», *Generations*, vol. 22, p. 87-89.
- Gosselin, P., R. Ladouceur, C.M. Morin, M.J. Dugas et L. Baillargeon (2003). «Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du Trouble d'anxiété généralisée: efficacité d'une intervention comportementale et cognitive», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 2, p. 59-86.
- Greene, J.A. (2004). «Attention to “Details”: Etiquette and the Pharmaceutical Salesman in Postwar America», *Social Studies of Science*, vol. 34, p. 271-292.
- Groenewegen, P.P., H.G. Leufkens, P. Spreeuwenberg et W. Worm (1999). «Neighbourhood Characteristics and Use of Benzodiazepines in the Netherlands», *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 1701-1711.
- Grusky, O., W.D. Marelich, J. Erger, T. Mann, K. Johnston Roberts, W. Neil Steers et M. Damesyn (2003). «Evaluation of a Brief Low-Cost Intervention to Improve Antiretroviral Treatment Decisions», *AIDS Care*, vol. 15, p. 681-687.
- Guelfi, M.-C. (2002). «En institution: le rôle du personnel soignant dans l'observance», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 113-122.
- Guennif, S. et C. Mfuka (2003). «La lutte contre le sida en Thaïlande: de la logique de santé publique à la logique industrielle», *Sciences sociales et santé*, vol.1, n° 21, p. 75-98.
- Guillen, A.M. et L. Cabiedes (2003). «Reforming Pharmaceutical Policies in the European Union: A “Penguin Effect”?», *International Journal of Health Services*, vol. 33, p. 1-28.
- Gustafsson, T.M., D.G.L. Isacson, M. Thorslund et D. Sörbom (1996). «Factors Associated with Psychotropic Drug Use among the Elderly Living at Home», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 15, n° 2, p. 238-254.
- Haddad, S. et P. Fournier (1995). «Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries. A Longitudinal Study in Zaire», *Social Science and Medicine*, vol. 40, p. 743-753.
- Hajjar, I., K. Miller et V. Hirth (2002). «Age-Related Bias in the Management of Hypertension: A National Survey of Physicians' Opinions on Hypertension in Elderly Adults», *Journals of Gerontology*, vol. 57A, p. 487-491.
- Halbert, D. et T. Lloyd. (1998). «Hormone Replacement Therapy Usage: A 10 Year Experience of a Solo Practitioner», *Maturitas*, vol. 29, p. 67-73.

- Halkitis, P.N., J.T. Parsons, R.J. Wolitski et R.H. Remien (2003). «Characteristics of HIV Antiretroviral Treatments, Access and Adherence in an Ethnically Diverse Sample of Men Who Have Sex with Men», *AIDS Care*, vol. 15, n° 1, p. 89-102.
- Hall, N. (1998). «Taking Policy Action to Reduce Benzodiazepine Use and Promote Self-Care Among Seniors», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 17, p. 318-351.
- Hansen, R.W., P.L. Ranelli et L.D. Ried (1995). «Stigma, Conflict, and the Approval of AIDS Drugs», *Journal of Drug Issues*, vol. 25, p. 129-139.
- Harding, G. et K. Taylor (1997). «Responding to Change: The Case of Community Pharmacy in Great Britain», *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, p. 547-560.
- Haug, M.R., M.L. Wykle et K.H. Namazi (1989). «Self-Care Among Older Adults», *Social Science and Medicine*, vol. 29, p. 171-183.
- Haxaire, C. (2002). «Calmer les nerfs : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes», *Sciences sociales et santé*, vol. 20, p. 63-88.
- Healton, C., S. Taylor, P. Messeri, G. Weinberg et M. Bamji (1999). «Effects of ZDV-Based Patient Education on Intentions toward ZDV Use, HIV Testing and Reproduction among a US Cohort of Women», *AIDS Care*, vol. 11, n° 6, p. 675-686.
- Healy, D. (2004). «Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves», *Social Studies of Science*, vol. 34, p. 219-245.
- Healy, D.J., M. Goldman, T. Florence et K.K. Milner (2004). «A Survey of Psychiatrists' Attitudes Toward Treatment Guidelines», *Community Mental Health Journal*, vol. 40, n° 2, p. 177-184.
- Hedgecoe, A. et P. Martin (2003). «The Drugs Don't Work : Expectations and the Shaping of Pharmacogenetics», *Social Studies of Science*, vol. 33, p. 327-364.
- Heilbrun, K. et G.M. Kramer (2005). «Involuntary Medication, Trial Competence, and Clinical Dilemmas : Implications of Sell v. United States for Psychological Practice», *Professional Psychology : Research and Practice*, vol. 36, n° 5, p. 459-466.
- Henwood, F., S. Wyatt, A. Hart et J. Smith (2003). «“Ignorance Is Bliss Sometimes” : Constraints on the Emergence of the “Informed Patient” in the Changing Landscapes of Health Information», *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, n° 6, p. 589-607.
- Herrxheimer, A., C.S. Lundborg et B. Westerholm (1993). «Advertisements for Medicines in Leading Medical Journals in 18 Countries: A 12-Month Survey of Information Content and Standards», *International Journal of Health Services*, vol. 23, p. 161-172.
- Herzlich, C. et J. Pierret (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot.
- Hester, J. S. (2005). «Bricolage and Bodies of Knowledge : Exploring Consumer Responses to Controversy about the Third Generation Oral Contraceptive Pill», *Body & Society*, vol. 11, n° 3, p. 77-95.
- Hibbert, D., P. Bissell et P.R. Ward (2002). «Consumerism and Professional Work in the Community Pharmacy», *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, p. 46-65.
- Higbee, M.D. (1994). «Consumer Guidelines for Using Medications Wisely», *Generations*, vol. 18, p. 49-53.
- Hirschman, K.B., C.M. Joyce, B.D. James, S.X. Xie et J.H.T. Karlawish (2005). «Do Alzheimer's Disease Patients Want to Participate in a Treatment Decision, and Would Their Caregivers Let Them ?», *The Gerontologist*, vol. 45, n° 3, p. 381-388.

- Hislop, J. et S. Arber (2003). «Understanding Women's Sleep Management: Beyond Medicalization-Healthicization?», *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, p. 815-837.
- Hoffmann, M., P. Linell, L. Lindh-Åstrand et K. Kjellgren (2003). «Risk Talk: Rhetorical Strategies in Consultations on Hormone Replacement Therapy», *Health, Risk & Society*, vol. 5, n° 2, p. 139-154.
- Hogarty, G.E. (1991). «Social Work Practice Research on Severe Mental Illness: Charting a Future», *Research on Social Work Practice*, vol. 1, n° 1, p. 5-31.
- Hollinger, R.C. et D.A. Dabney (2002). «Social Factors Associated with Pharmacists' Unauthorized Use of Mind-Altering Prescription Medications», *Journal of Drug Issues*, vol. 32, p. 231-264.
- Homedes, N. et A. Ugalde (2001). «Improving the Use of Pharmaceuticals through Patient and Community Level Interventions», *Social Science and Medicine*, vol. 52, p. 99-134.
- Horne, R., L. Graupner, S. Frost, J. Weinman, S.M. Wright et M. Hankins (2004). «Medicine in a Cultural Background on Beliefs about Medications», *Social Science and Medicine*, vol. 59, p. 1307-1313.
- Horne, R. et J. Weinman (1999). «Patients' Belief About Prescribed Medicines and Their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness», *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 47, n° 6, p. 555-567.
- Howells, J. (1990). «The Globalisation of Research and Development: A New Era of Change?», *Science and Public Policy*, vol. 17, p. 273-285.
- Huh, J. et B.J. Cude (2004). «Is the Information "Fair and Balanced" in Direct-to-Consumer Prescription Drug Websites?», *Journal of Health Communication*, vol. 9, n° 6, p. 529-540.
- Hunte, P.A. et F. Sultana (1992). «Health-Seeking Behavior and the Meaning of Medications in Balochistan, Pakistan», *Social Science and Medicine*, vol. 34, p. 1385-1397.
- Hunter, M.S., I. O'Dea et N. Britten (1997). «Decision-Making and Hormone Replacement Therapy: A Qualitative Analysis», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 1541-1548.
- Hunter, R.H., A.J. Ritchie et W.D. Spaulding (2005). «The Sell Decision: Implications for Psychological Assessment and Treatment», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 36, n° 5, p. 467-475.
- Ickovics, J.R. et C.S. Meade (2002). «Adherence to HAART among Patients with HIV: Breakthroughs and Barriers», *AIDS Care*, vol. 14, n° 3, p. 309-318.
- Igun, U.A. (1987). «Why we Seek Treatment Here: Retail Pharmacy and Clinical Practice in Maiduguru», *Social Science and Medicine*, vol. 24, n° 8, p. 689-695.
- Igun, U.A. (1994). «Reported and Actual Prescription of Oral Rehydration Therapy for Childhood Diarrhoeas by Retail Pharmacists in Nigeria», *Social Science and Medicine*, vol. 39, p. 797-806.
- Jacobs, J.B. (1990). «Imagining Drug Legalization», *The Public Interest*, vol. 101, p. 28-42.
- Joel, M.E. (2002). «La consommation de médicaments des personnes âgées: éléments d'analyse économique», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 29-38.
- Johnson, H.C. (1988). «Drugs, Dialogue, or Diet: Diagnosing and Treating the Hyperactive Child», *Social Work*, vol. 33, p. 349-355.
- Jost, J.T. (1992). «Social Representations and the Philosophy of Science: Belief in Ontological Realism as Objectivation», *Ongoing Production on Social Representations*, vol. 1, n° 2-3, p. 116-124.

- Jost, J.T. (1993). «In Defense of the Social Psychology of Science (a Rejoinder to Markova and Elejabarrieta)», *Papers on Social Representations*, vol. 2, n° 1, p. 66-74.
- Kafle, K.K., J.M. Madden, A.D. Shrestha, S.B. Karkee, P.L. Das, Y.M.S. Pradhan et J.D. Quick (1996). «Can Licensed Drug Sellers Contribute to Safe Motherhood? A Survey of the Treatment of Pregnancy-Related Anemia in Nepal», *Social Science and Medicine*, vol. 42, p. 1577-1588.
- Kail, B.L. (1989). «Drugs, Gender and Ethnicity: Is the Older Minority Woman at Risk? Introduction to Drug Use and Minority Older Women», *Journal of Drug Issues*, vol. 19, p. 171-189.
- Kalichman, S.C., E.G. Benotsch, L.S. Weinhardt, J. Austin et W. Luke (2002). «Internet Use among People Living with HIV/AIDS: Association of Health Information, Health Behaviors, and Health Status», *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, n° 1, p. 51-61.
- Kamat, V.R. et M. Nichter (1998). «Pharmacies, Self-Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India», *Social Science and Medicine*, vol. 47, p. 779-794.
- Kammen, J.V. et N. Oudshoorn (2002). «Gender and Risk Assessment in Contraceptive Technologies», *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, p. 436-461.
- Ka'opua, L.S.I. et C.W. Mueller (2004). «Treatment Adherence among Native Hawaiians Living with HIV», *Social Work*, vol. 49, p. 55-62.
- Kaufert, P.A. et P. Gilbert (1986). «The Context of Menopause: Psychotropic Drug Use and Menopausal Status», *Social Science and Medicine*, vol. 23, p. 747-755.
- Kawachi, I. et N. Wilson (1990). «The Evolution of Antihypertensive Therapy», *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 11, p. 1239-1243.
- Kirksey, O., K. Harper, S. Thompson et M. Pringle (2004). «Assessment of Selected Patient Educational Materials of Various Chain Pharmacies», *Journal of Health Communication*, vol. 9, n° 2, p. 91-93.
- Klein, D., C. Turvey et R. Wallace (2004). «Elders Who Delay Medication Because of Cost: Health Insurance, Demographic, Health, and Financial Correlates», *The Gerontologist*, vol. 44, n° 6, p. 779-787.
- Kleinman, D.L. et L.J. Cohen (1991). «The Decontextualization of Mental Illness: The Portrayal of Work in Psychiatric Drug Advertisements», *Social Science and Medicine*, vol. 32, p. 867-874.
- Klusman, L.E. (1998). «Military Health Care Providers' Views on Prescribing Privileges for Psychologists», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 29, n° 3, p. 223-229.
- Kolbasovsky, A., L. Reich, I. Romano et B. Jaramillo (2005). «Integrating Behavioral Health into Primary Care Settings: A Pilot Project», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 36, n° 2, p. 130-135.
- Krupka, L.R. et A.M. Vener (1992). «Gender Differences in Drug (Prescription, Non-Prescription, Alcohol and Tobacco) Advertising: Trends and Implications», *Journal of Drug Issues*, vol. 22, p. 339-360.
- Lakoff, A. (2004). «The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economic Crisis in Argentina», *Social Studies of Science*, vol. 34, n° 2, p. 247-269.
- Lakshman, M. et M. Nichter (2000). «Contamination of Medicine Injection Paraphernalia Used by Registered Medical Practitioners in South India: An Ethnographic Study», *Social Science and Medicine*, vol. 51, p. 11-28.

- Lambert, N., G. Rowe, A. Bowling, S. Ebrahim, M. Laurence, J. Dalrymple et R. Thomson (2004). «Reasons Underpinning Patients' Preferences for Various Angina Treatments», *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, vol. 7, n° 3, p. 246-256.
- Landi, F., G. Onder, M. Cesari, C. Barillaro, A. Russo, R. Bernabei et Behalf of the Silver Network Home Care Study Group (2005). «Psychotropic Medications and Risk for Falls Among Community-Dwelling Frail Older People: An Observational Study», *Journals of Gerontology*, vol. 60A, n° 5, p. 622-626.
- Landreville, P., J. Landry, L. Baillargeon, A. Guérette et E. Matteau (2001). «Older Adults' Acceptance of Psychological and Pharmacological Treatments for Depression», *Journals of Gerontology*, vol. 56B, n° 5, p. 285-291.
- Landry, P. et N. Mainguy (2003). «Conseils cliniques pour faciliter le sevrage des benzo-diazépines», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, p. 43-58.
- Langer, N. (1999). «Culturally Competent Professionals in Therapeutic Alliances Enhance Patient Compliance», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 10, n° 1, p. 19-26.
- Laplace, J. (2003). «Le médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, p. 59-75.
- Larkin, H. (2004). «Justice Implications of a Proposed Medicare Prescription Drug Policy», *Social Work*, vol. 49, p. 406-414.
- Le Moigne, P. (2002). «De la médiation médicale. Les conventions d'usage des médicaments psychotropes», *Sciences sociales et santé*, vol. 20, p. 13-24.
- Leal, S. (2005). «Medications, Rationing, and Health Care: The Role of Pharmacists in Bridging the Gap», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 16, n° 3, p. 418-420.
- Leduc, F. (2002). «Médicaments et personnes âgées. De la lucarne des infirmières coordinatrices de services de soins à domicile», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 107-111.
- Lee, M. (1994). «The Politics of Pharmaceutical Reform: The Case of the Philippine National Drug Policy», *International Journal of Health Services*, vol. 24, p. 477-494.
- Lei, S. H. (1999). «From Changshan to a New Anti-Malarial Drug: Re-Networking Chinese Drugs and Excluding Chinese Doctors», *Social Studies of Science*, vol. 29, p. 323-358.
- Leu, R. E. (1985). «Economic Evaluation of New Drug Therapies in Terms of Improved Life Quality», *Social Science and Medicine*, vol. 21, p. 1153-1161.
- Lewis, C.E. et T.J. Donohoe (2000). «Changing Sources of Care for HIV Infection in California», *AIDS Education and Prevention*, vol. 12, p. 15-20.
- Lexchin, J. (1988). «The Medical Profession and the Pharmaceutical Industry: An Unhealthy Alliance», *International Journal of Health Services*, vol. 18, p. 603-616.
- Lexchin, J. (1990). «Drug Makers and Drug Regulators: Too Close for Comfort; A Study of the Canadian Situation», *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 11, p. 1257-1263.
- Lexchin, J. (1993). «Pharmaceuticals, Patents, and Politics: Canada and Bill C-22», *International Journal of Health Services*, vol. 23, p. 147-60.
- Lexchin, J. (1994). «Who Needs Faster Drug Approval Times in Canada: The Public or the Industry?», *International Journal of Health Services*, vol. 24, n° 2, p. 253-264.

- Lexchin, J. (1999). «Hear No Secrets, See No Secrets, Speak No Secrets: Secrecy in the Canadian Drug Approval System», *International Journal of Health Services*, vol. 29, n° 1, p.167-178.
- Lexchin, J. et P. Grootendorst (2004). «Effects of Prescription Drug User Fees on Drug and Health Services Use and on Health Status in Vulnerable Populations: A Systematic Review of the Evidence», *International Journal of Health Services*, vol. 34, p. 101-122.
- Liebenau, J. (1987). «The British Success with Penicillin», *Social Studies of Science*, vol. 17, p. 69-86.
- Littrell, J. et J.B. Ashford (1995). «Is It Proper for Psychologists to Discuss Medications with Clients?», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 3, p. 238-244.
- Lopez, M.A., M.G. Toprac, M.L. Crismon, C. Boemer et J. Baumgartner (2005). «A Psychoeducational Program for Children with ADHD or Depression and Their Families: Results from the CMAP Feasibility Study», *Community Mental Health Journal*, vol. 41, n° 1, p. 51-66.
- Lovdahl, U. et E. Riska (2000). «The Construction of Gender and Mental Health in Nordic Psychotropic-Drug Advertising», *International Journal of Health Services*, vol. 30, p. 387-406.
- Löwy, I. et G. Weisz (2005). «French Hormones: Progestins and Therapeutic Variation in France», *Social Science and Medicine*, vol. 60, n° 12, p. 2609-2622.
- Lumme-Sandt, K. et P. Virtanen (2002). «Older People in the Field of Medication», *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, p. 285-304.
- Lumme-Sandt, K., A. Hervonen et M. Jylha (2000). «Interpretative Repertoires of Medication among the Oldest-Old», *Social Science and Medicine*, vol. 50, p. 1843-1850.
- Lundervold, D. et L.M. Lewin (1990). «Older Adults' Acceptability of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Depression: Initial Results», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 9, n° 2, p. 211-215.
- Lutfeý, K. (2005). «On Practices of "Good Doctoring": Reconsidering the Relationship Between Provider Roles and Patient Adherence», *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, p. 421-447.
- Lyles, A., B.R. Luce et A.M. Rentz (1997). «Managed Care Pharmacy, Socioeconomic Assessments and Drug Adoption Decisions», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 511-521.
- Lyons, J.S., J.C. MacIntyre, M.E. Lee, S. Carpinello, M.P. Zuber et M.L. Fazio (2004). «Psychotropic Medications Prescribing Patterns for Children and Adolescents in New York's Public Mental Health System», *Community Mental Health Journal*, vol. 40, n° 2, p. 101-118.
- Macias, W., L.S. Lewis et T.L. Smith (2005). «Health-Related Message Boards/Chat Rooms on the Web: Discussion Content and Implications for Pharmaceutical Sponsorships», *Journal of Health Communication*, vol. 10, n° 3, p. 209-223.
- Macklin, R. (2003). «Bioethics, Vulnerability, and Protection. Bioethics. Special Issue: International Association of Bioethics 6th World Conference», *Bioethics*, vol. 17, n°s 5-6, p. 472-486.
- Makkonen, K. (1993). «Problems in Distribution of Scientific Knowledge: Intrauterine Contraceptive Devices and Drug Catalogs», *International Journal of Health Services*, vol. 23, p.173-183.

- Makoul, G., P. Arntson et T. Schofield (1995). «Health Promotion in Primary Care : Physician-Patient Communication and Decision Making about Prescription Medications», *Social Science and Medicine*, vol. 41, p. 1241-1254.
- Mamo, L. et J.R. Fishman (2001). «Potency in All the Right Places : Viagra as a Technology of the Gendered Body», *Body & Society*, vol. 7, p. 13-35.
- Mangione-Smith, R., T. Stivers, M. Elliott, L. McDonald et J. Heritage (2003). «Online Commentary during the Physical Examination : A Communication Tool for Avoiding Inappropriate Antibiotic Prescribing ? » *Social Science and Medicine*, vol. 56, p. 313-320.
- Marchand, A., V. Germain, D. Reinharz, N. Mainguy et P. Landry (2004). «Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie», *Santé mentale au Québec*, vol. 29, p. 201-220.
- Marelich, W.D., K. Johnston Roberts, D.A. Murphy et T. Callari (2002). «HIV/AIDS Patient Involvement in Antiretroviral Treatment Decisions», *AIDS Care*, vol. 14, p. 17-26.
- Marks, L. (1999). «“Not Just a Statistic” : The History of USA and UK Policy over Thrombotic Disease and the Oral Contraceptive Pill, 1960s-1970s», *Social Science and Medicine*, vol. 49, p. 1139-1155.
- Martin, P.A. (1999). «Genes as Drugs : The Social Shaping of Gene Therapy and the Reconstruction of Genetic Disease», *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, p. 517-538.
- Mason, S.E. (2005). «Offering African Americans Opportunities to Participate in Clinical Trials Research : How Social Workers Can Help», *Health & Social Work*, vol. 30, p. 296-304.
- Massé, R., F. Légaré, L. Côté et S. Dodin (2001). «The Limitations of a Negotiation Model for Perimenopausal Women», *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, p. 44-64.
- Mayaux, M.-J. (2004). «Multithérapies antirétrovirales et procréation : données épidémiologiques», *Sciences sociales et santé*, vol. 22, p. 41-44.
- McCabe, S.E., C.J. Teter et C.J. Boyd (2004). «The Use, Misuse and Diversion of Prescription Stimulants among Middle and High School Students», *Substance Use & Misuse*, vol. 39, p. 1095-1116.
- McDonald, K., M. Bartos et D. Rosenthal (2001). «Australian Women Living with HIV/ AIDS Are More Sceptical than Men about Antiretroviral Treatment», *AIDS Care*, vol. 13, p. 15-26.
- McLeod, J.D., B.A. Pescosolido, D.T. Takeuchi et T.F. White (2004). «Public Attitudes toward the Use of Psychiatric Medications for Children», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, p. 53-67.
- McPherson, M.L. (1993). «Self-Care and Medication Management : Pharmacists and Older Adults», *Generations*, vol. 17, p. 45-48.
- McPherson-Baker, S. (2000). «Enhancing Adherence to Combination Antiretroviral Therapy in Non-Adherent HIV-Positive Men», *AIDS Care*, vol. 12, p. 399-404.
- McVea, K.L.S.P. (1997). «Lay Injection Practices among Migrant Farmworkers in the Age of AIDS : Evolution of a Biomedical Folk Practice», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 91-98.

- Melfi, C.A., T.W. Croghan et M.P. Hanna (1999). «Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 10, n° 2, p. 201-215.
- Meyer, J.D. et C.M. Fink (1989). «Psychiatric Symptoms from Prescription Medications», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 20, n° 2, p. 90-96.
- Meyer, V.F. (2001). «Medicalization of Menopause: Critique and Consequences», *International Journal of Health Services*, vol. 31, p. 769-792.
- Meystre-Agustoni, G., F. Dubois-Arber, P. Cochand et A. Telenti (2000). «Antiretroviral Therapies from the Patient's Perspective», *AIDS Care*, vol. 12, p. 717-721.
- Millis, J.B. et P.R. Kornblith (1992). «Fragile Beginnings: Identification and Treatment of Postpartum Disorders», *Health and Social Work*, vol. 17, p. 192-199.
- Molassiotis, A., V. Lopez-Nahas, W.Y. Chung et S.W. Lam (2003). «A Pilot Study of the Effects of a Behavioural Intervention on Treatment Adherence in HIV-Infected Patients», *AIDS Care*, vol. 15, p. 125-135.
- Moldrup, C. et J.M. Morgall (2001). «Risk Society-Reconsidered in a Drug Context», *Health, Risk & Society*, vol. 3, p. 59-74.
- Montagne, M. (1992). «The Promotion of Medications for Personal and Social Problems», *Journal of Drug Issues*, vol. 22, p. 389-405.
- Moodley, K., M. Pather et L. Myer (2005). «Informed Consent and Participant Perceptions of Influenza Vaccine Trials in South Africa», *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, n° 12, p. 727-732.
- Morgan, M. et C.J. Watkins (1988). «Managing Hypertension: Belief and Responses to Medication among Cultural Groups», *Sociology of Health and Illness*, vol. 10, p. 561-578.
- Morgan, M. et J.I. Figueroa-Muñoz (2005). «Barriers to Uptake and Adherence with Malaria Prophylaxis by the African Community in London, England: Focus Group Study», *Ethnicity & Health*, vol. 10, n° 4, p. 355-372.
- Morris, N. (1997). «Biological Medicines in the Age of Biotech: Public Policy Issues», *Science and Public Policy*, vol. 24, p. 53-62.
- Morrow, D.G., C.M. Hier, W.E. Menard et V.O. Leirer (1998). «Icons Improve Older and Younger Adults' Comprehension of Medication Information», *Journals of Gerontology*, vol. 53, n° 4, p. 240-254.
- Morse, E.V., P.M. Simon, M. Coburn, N. Hyslop, D. Greenspan et P.M. Balson (1991). «Determinants of Subject Compliance within an Experimental Anti-HIV Drug Protocol», *Social Science and Medicine*, vol. 32, p. 1161-1167.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1993). «Toward a Social Psychology of Science», *Journal for the Theory of Social Behavior*, vol. 23, n° 4, p. 343-373.
- Moyer, D.M. (1995). «An Opposing View on Prescription Privileges for Psychologists», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 6, p. 586-590.
- Murphy, D.A., C.M. Wilson, S.J. Durako, L.R. Muenz et M. Belzer (2001). «Antiretroviral Medication Adherence among the REACH HIV-Infected Adolescent Cohort in the USA», *AIDS Care*, vol. 13, p. 27-40.

- Murphy, D.A., K.J. Roberts, D. Hoffman, A. Molina et M.C. Lu (2003). «Barriers and Successful Strategies to Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Monolingual Spanish-Speaking Patients», *AIDS Care*, vol. 15, p. 217-230.
- Murphy, D.A., M.J. Rotheram-Borus et V. Joshi (2000). «HIV-Infected Adolescent and Adult Perceptions of Tuberculosis Testing, Knowledge and Medication Adherence in the USA», *AIDS Care*, vol. 12, p. 59-63.
- Murphy, D.J., G.J. Gahm, S. Santilli, P. North, S.C.N. Oliver et H. Shapiro (2002). «Seniors' Preferences for Cancer Screening and Medication Use Based on Absolute Risk Reduction», *Journals of Gerontology*, vol. 57A, n° 2, p. 100-105.
- Ngokwey, N. (1995). «Home Remedies and Doctors' Remedies in Feira (Brazil)», *Social Science and Medicine*, vol. 40, p. 1141-1153.
- Nichter, M. et N. Vuckovic (1994). «Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice», *Social Science and Medicine*, vol. 39, p. 1509-1525.
- North, D., P. Davis et A. Powell (1995). «Patient Responses to Benzodiazepine Medication: A Typology of Adaptive Repertoires Developed by Long-Term Users», *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, p. 632-650.
- Novak, V. (1993). «The Other Drug Lords», *International Journal of Health Services*, vol. 23, p. 263-274.
- Novek, J. (1998). «Clinical or Industrial Pharmacy? Case Studies of Hospital Pharmacy Automation in Canada and France», *International Journal of Health Services*, vol. 28, p. 445-465.
- Nunley, M. (1996). «Why Psychiatrists in India Prescribe So Many Drugs», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 20, p. 165-197.
- O'Connor, K., A. Marchand, L. Brousseau, N. Mainguy, P. Landry, P. Savard, J. Turcotte, C. Léveillé, S. Boivin, D. Pitre, S. Robillard et D. Bouthillier (2003). «Évaluation d'un programme d'aide au succès de sevrage des benzodiazépines», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, p. 121-148.
- Oggins, J. (2003). «Notions of HIV and Medication among Multiethnic People Living with HIV», *Health and Social Work*, vol. 28, p. 53-62.
- Okumaura, J., S. Wakai et T. Umenai (2002). «Drug Utilisation and Self-Medication in Rural Communities in Vietnam», *Social Science and Medicine*, vol. 54, p. 1875-1886.
- Oudshoorn, N. (1990). «On the Making of Sex Hormones: Research Materials and the Production of Knowledge», *Social Studies of Science*, vol. 20, p. 5-33.
- Palmer, B.W., D. Folsom, S. Bartels et D.V. Jeste (2002). «Psychotic Disorders in Late Life: Implications for Treatment and Future Directions for Clinical Services», *Generations*, vol. 26, n° 1, p. 39-43.
- Parker, R.M. et J.A. Gazmararian (2003). «Health Literacy: Essential for Health Communication», *Journal of Health Communication*, vol. 8 (suppl. 1), p. 116-118.
- Parker-Oliver, D. et L. Crandall (2002). «Medication Assistance Program: University of Missouri Health Care Department of Social Services», *Health and Social Work*, vol. 27, p. 303-306.
- Payne, B.K. et D. Dabney (1997). «Prescription Fraud: Characteristics, Consequences, and Influences», *Journal of Drug Issues*, vol. 27, p. 807-820.

- Perez-Escolano, I. et G. Paris (2004). «Industry Response to the Spanish Governmental Plan for the Promotion of R & D within the Pharmaceutical Industry», *Science and Public Policy*, vol. 31, p. 301-312.
- Permanand, G. et E. Mossialos (2005). «Constitutional Asymmetry and Pharmaceutical Policy-Making in the European Union», *Journal of European Public Policy*, vol. 12, p. 687-709.
- Perodeau, G.M. et G.G. du Fort (2000). «Psychotropic Drug Use and the Relation between Social Support, Life Events, and Mental Health in the Elderly», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 19, p. 23-41.
- Persson, A. (2004). «Incorporating Pharmakon: HIV, Medicine, and Body Shape Change», *Body & Society*, vol. 10, p. 45-67.
- Pierret, J. (2003). «The Illness Experience: State of Knowledge and Perspectives for Research», *Sociology of Health and Illness*, vol. 25 (Silver Anniversary Issue), p. 4-22.
- Piette, F. et J.L. Le Quintrec (2002). «L'emploi d'un médicament nouveau chez les personnes âgées: terra incognita», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 73-92.
- Potts, A. (2004). «Deleuze on Viagra (Or, What Can a "Viagra-Body" Do?)», *Body & Society*, vol. 10, p. 17-36.
- Potts, A., N. Gavey, V.M. Grace et T.Vares (2003). «The Downside of Viagra: Women's Experiences and Concerns», *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, p. 697-719.
- Potts, A., N. Gavey, V.M. Grace et T. Vares (2003). «The Downside of Viagra: Women's Experiences and Concerns», *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, n° 7, p. 697-719.
- Préville, M., C. Ducharme, D. Fortin, R. Hébert, J.P. Grégoire, A. Bérard et J. Allard (2003). «Utilisation des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques chez les personnes âgées vivant dans la communauté: construction d'un cadre conceptuel», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, p. 165-182.
- Prout, A. (1996). «Actor-Network Theory, Technology and Medical Sociology: An Illustrative Analysis of the Metered Dose Inhaler», *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, p. 198-219.
- Prout, A., L. Hayes et L. Gelder (1999). «Medicines and the Maintenance of Ordinarity in the Household Management of Childhood Asthma», *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, p. 137-162.
- Rafalovich, A. (2005). «Exploring Clinician Uncertainty in the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder», *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, p. 305-323.
- Raffoul, P.R. et C.A. Haney (1989). «Interdisciplinary Treatment of Drug Misuse among Older People of Color: Ethnic Considerations for Social Work Practice», *Journal of Drug Issues*, vol. 19, n° 2, p. 297-313.
- Rasmussen, N. (2004). «The Moral Economy of the Drug Company-Medical Scientist Collaboration in Interwar America», *Social Studies of Science*, vol. 34, p. 161-185.
- Ratanawijitrasin, S., S.B. Soumerai et K. Weerasuriya (2001). «Do National Medicinal Drug Policies and Essential Drug Programs Improve Drug Use? A Review of Experiences in Developing Countries», *Social Science and Medicine*, vol. 53, p. 831-844.
- Rawson, N.E. (2003). «Age-Related Changes in Perception of Flavor and Aroma», *Generations*, vol. 27, p. 20-26.

- Reeler, A.V. (1990). «Injections: A Fatal Attraction?», *Social Science and Medicine*, vol. 31, p. 1119-1125.
- Reinert, M. (2001). «Alceste, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours ; Application aux Rêveries du promeneur solitaire», *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, vol. 49, p. 32-36.
- Reisman, N.R. (2004). «Legal Issues Associated with the Current and Future Practice of Anti-Aging Medicine», *Journals of Gerontology*, vol. 59A, n° 7, p. 674-681.
- Reynolds, N.R. (2003). «The Problem of Antiretroviral Adherence: A Self-Regulatory Model for Intervention», *AIDS Care*, vol. 15, p. 117-124.
- Richards, E. (1988). «The Politics of Therapeutic Evaluation: The Vitamin C and Cancer Controversy», *Social Studies of Science*, vol. 18, p. 653-701.
- Rivas-Rodriguez, R.A., M.A. Blais, G.J. Rey et A.A. Rivas-Rodriguez (2000). «Atypical Antipsychotic Medications: Pharmacological Profiles and Psychological Implications», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 31, n° 6, p. 628-640.
- Robbins, C. et R.R. Clayton (1989). «Gender-Related Differences in Psychoactive Drug Use Among Older Adults», *Journal of Drug Issues*, vol. 19, p. 207-219.
- Robert, S. et C. Garnier (2003). «Épistémologie de l'interdisciplinarité et représentations sociales: l'exemple du médicament», *Journal international des représentations sociales*, vol. 1, n° 1, p. 1-14.
- Roberts, K.J. et T. Mann (2000). «Barriers to Antiretroviral Medication Adherence in HIV-Infected Women», *AIDS Care*, vol. 12, p. 377-386.
- Rogers, A., J.C. Day, B. Williams, F. Randall, P. Wood, D. Healy et R.P. Bentall (1998). «The Meaning and Management of Neuroleptic Medication: A Study of Patients with a Diagnosis of Schizophrenia», *Social Science and Medicine*, vol. 47, p. 1313-1323.
- Rosengarten, M. (2004). «Consumer Activism in the Pharmacology of HIV», *Body & Society*, vol. 10, p. 91-107.
- Rosengarten, M., J. Imrie, P. Flowers, M.D. Davis et Graham J. Hart (2004). «After the Euphoria: HIV Medical Technologies from the Perspective of Their Prescribers», *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, p. 575-596.
- Rosvold, E.O., P. Vaglum et T. Moum (1998). «Use of Minor Tranquilizers among Norwegian Physicians. A Nation-Wide Comparative Study», *Social Science and Medicine*, vol. 46, p. 581-590.
- Roughead, E.E., A.L. Gilbert et K.J. Harvey (1998). «Self-Regulatory Codes of Conduct: Are They Effective in Controlling Pharmaceutical Representatives' Presentations to General Medical Practitioners?», *International Journal of Health Services*, vol. 28, p. 269-279.
- Rouleau, A., C. Proulx, K. O'Connor, C. Bélanger et G. Dupuis (2003). «Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées: état des connaissances», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, p.149-164.
- Rozemberg, B. et L. Manderson (1998). «“Nerves” and Tranquilizer Use in Rural Brazil», *International Journal of Health Services*, vol. 28, p. 165-181.
- Rubinstein, R.A. (1998). «“Breaking the Bureaucracy”: Drug Registration and Neocolonial Relations in Egypt», *Social Science and Medicine*, vol. 46, p. 1487-1494.

- Ryan, G.W. (1998). «What Do Sequential Behavioral Patterns Suggest about the Medical Decision-Making Process? Modeling Home Case Management of Acute Illnesses in a Rural Cameroonian Village», *Social Science and Medicine*, vol. 46, p. 209-225.
- Sachs, L. et G. Tomson (1992). «Medicines and Culture: A Double Perspective on Drug Utilization in a Developing Country», *Social Science and Medicine*, vol. 34, p. 307-315.
- Sambamoorthi, U., D. Shea et S. Crystal (2003). «Total and Out-of-Pocket Expenditures for Prescription Drugs among Older Persons», *The Gerontologist*, vol. 43, p. 345-359.
- Sankar, A., M. Luborsky, P. Schuman et G. Roberts (2002). «Adherence Discourse among African-American Women Taking HAART», *AIDS Care*, vol. 14, n° 2, p. 203-218.
- Saradamma, R., N. Higginbotham et M. Nichter (2000). «Social Factors Influencing the Acquisition of Antibiotics without Prescription in Kerala State, South India», *Social Science and Medicine*, vol. 50, p. 891-903.
- Sayer, G.P. et H. Britt (1997). «Sex Differences in Prescribed Medications: Another Case of Discrimination in General Practice», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 1581-1587.
- Schepers, R. (1988). «Pharmacists and Medical Doctors in Nineteenth-Century Belgium» *Sociology of Health and Illness*, vol. 10, p. 68-90.
- Schmidt, I.K. et B.L. Svarstad (2002). «Nurse-Physician Communication and Quality of Drug Use in Swedish Nursing Homes», *Social Science and Medicine*, vol. 54, n° 12, p. 1767-1777.
- Schmidt, I., C.B. Claesson, B. Westerholm et B.L. Svarstad (1998). «Resident Characteristics and Organizational Factors Influencing the Quality of Drug Use in Swedish Nursing Homes», *Social Science and Medicine*, vol. 47, p. 961-971.
- Schnittker, J. (2003). «Misgivings of Medicine?: African Americans' Skepticism of Psychiatric Medication», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 44, p. 506-524.
- Schoffski, O. et J.M.G. Von der Schulenburg (1997). «Unintended Effects of a Cost-Containment Policy: Results of a Natural Experiment in Germany», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 1537-1539.
- Schonfeld, L., G.E. Rohrer, M. Zima et T. Spiegel (1993). «Alcohol Abuse and Medication Misuse in Older Adults as Estimated by Service Providers», *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 21, p. 113-125.
- Schwartz R., S.B. Soumerai et J. Avorn (1989). «Physician Motivations for Nonscientific Drug Prescription», *Social Science & Medicine*, vol. 28, n° 6, p. 577-582.
- Schwenzfeier, E.M., M.A. Rigdon, R.D. Hill, N.S. Anderson et K. Rothballer Seelert (2002). «Psychological Well-Being as a Predictor of Physician Medication Prescribing Practices in Primary Care», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 33, n° 5, p. 478-482.
- Sedlacek, K. et E. Taub (1996). «Biofeedback Treatment of Raynaud's Disease», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 27, n° 6, p. 548-553.
- Sharpe, T.R., M.C. Smith et A.R. Barbre (1985). «Medicine Use Among the Rural Elderly», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 26, n° 2, p. 113-127.
- Shea, D.G. (2002). «Parity and Prescriptions: Policy Developments and Their Implications for Mental Health in Later Life», *Generations*, vol. 26, n° 1, p. 83-89.
- Siegel, K. et E. Gorey (1997). «HIV-Infected Women: Barriers to AZT Use», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 15-22.

- Siegel, K., D. Karus et E.W. Schrimshaw (2000). «Racial Differences in Attitudes toward Protease Inhibitors among Older HIV-Infected Men», *AIDS Care*, vol. 12, p. 423-434.
- Siegel, K., H.M. Lekas, E.W. Schrimshaw et J.K. Johnson (2001). «Factors Associated with HIV-Infected Women's Use or Intention to Use AZT during Pregnancy», *AIDS Education and Prevention*, vol. 13, p. 189-206.
- Silverman, M. (1990). «The Drug Swindlers», *International Journal of Health Services*, vol. 20, p. 561-72.
- Simonds, W., C. Ellertson, K. Springer et B. Winikoff (1998). «Abortion, Revised: Participants in the U.S. Clinical Trials Evaluate Mifepristone», *Social Science and Medicine*, vol. 46, p. 1313-1323.
- Simoni-Wastila, L., G. Ritter et G. Strickler (2004). «Gender and Other Factors Associated with the Nonmedical Use of Abusable Prescription Drugs», *Substance Use & Misuse*, vol. 39, p. 1-23.
- Simonson, W. (1994). «Geriatric Drug Therapy: Who Are the Stakeholders?», *Generations*, vol. 18, n° 2, p. 7-12.
- Siple, J. (1994). «Drug Therapy and the Interdisciplinary Team: A Clinical Pharmacist's Perspective», *Generations*, vol. 18, n° 2, p.49-53
- Sismondo, S. (2004). «Pharmaceutical Maneuvers», *Social Studies of Science*, vol. 34, p. 149-159.
- Sleath, B. et Y.C.T. Shih (2003). «Sociological Influences on Antidepressant Prescribing», *Social Science and Medicine*, vol. 56, p. 1335-1344.
- Sleath, B., B. Svarstad et D. Roter (1997). «Physician vs Patient Initiation of Psychotropic Prescribing in Primary Care Settings: A Content Analysis of Audiotapes», *Social Science and Medicine*, vol. 44, p. 541-548.
- Sleath, B., R.H. Rubin, W. Campbell, L. Gwyther et T. Clark (2001). «Physician-Patient Communication about Over-the-Counter Medications», *Social Science and Medicine*, vol. 53, p. 357-369.
- Smith, D., L. Goggin, H. Meldrum, S. Phillips, D. Russell, M. Bloch, N.J. Bodsworth, N. Roth et M.G. Law (2000). «Capturing the Paradigm Shift in HIV Treatment: Changing Attitudes in the Choice of Combination Antiretroviral Drugs by High HIV Caseload Australian GPs (1996-1997)», *AIDS Care*, vol. 12, p. 41-47.
- Sommers-Flanagan, J. et R. Sommers-Flanagan (1996). «Efficacy of Antidepressant Medication with Depressed Youth: What Psychologists Should Know», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 27, n° 2, p. 145-153.
- Sorensen, J.L., A. Maseovich, T.L. Wall, D. DePhillippis, S.L. Batki et M. Chesney (1998). «Medication Adherence Strategies for Drug Abusers with HIV/AIDS», *AIDS Care*, vol. 10, p. 297-312.
- Sorensen, T.D., J. Song et S.M. Westberg (2004). «The Limitation of Good Intentions: Prescribing Medications for the Uninsured», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 15, n° 2, p. 152-160.
- Sorofman, B. (1992). «Drug Promotion in Self-Care and Self-Medication», *Journal of Drug Issues*, n° 22, p. 377-388.
- Sorvillo, F., P. Kerndt, S. Odem, M. Castillon, A. Carruth et R. Contreras (1999). «Use of Protease Inhibitors among Persons with AIDS in Los Angeles County», *AIDS Care*, vol. 11, p. 147-155.

- Spire, B., S. Duran, M. Souville, C. Leport, F. Raffi et J.P. Moatti (2002). «Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapies (HAART) in HIV-Infected Patients: From a Predictive to a Dynamic Approach», *Social Science and Medicine*, vol. 54, p. 1481-1496.
- Stallings, S. (1992). «From Printing Press to Pharmaceutical Representative: A Social History of Drug Advertising and Promotion», *Journal of Drug Issues*, vol. 22, p. 205-219.
- Steele, R.G., B. Anderson, B. Rindel, M.L. Dreyer, K. Perrin, R. Christensen et V. Tyc (2001). «Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Positive Children: Examination of the Role of Caregiver Health Beliefs», *AIDS Care*, vol. 13, p. 617-629.
- Stenson, B., L. Syhakhang, B. Eriksson et G. Tomson (2001). «Real World Pharmacy: Assessing the Quality of Private Pharmacy Practice in the Lao People's Democratic Republic», *Social Science and Medicine*, vol. 52, p. 393-404.
- Stephens, E.C. et M.M.S. Johnson (2000). «Dr. Mom and Other Influences on Younger and Older Adults' OTC Medication Purchases», *Journal of Applied Gerontology*, vol. 19, p. 441-459.
- Stephens, T.T., R. Braithwaite et S. Cozza (1999). «Knowledge of Prophylaxis Treatment Therapy among HIV-Positive Prisoners», *AIDS Care*, vol. 11, p. 547-554.
- Steven, K., W. Marsden, R.G. Neville, G. Hoskins, F.M. Sullivan et N. Drummond (2004). «Do the British Guidelines for Asthma Management facilitate concordance?», *Health Expectations*, vol. 7, n° 1, p. 74-84.
- Stevenson, F.A., C.A. Barry, N. Britten, N. Barber et C. P. Bradley (2000). «Doctor-Patient Communication about Drugs: The Evidence for Shared Decision Making», *Social Science and Medicine*, vol. 50, p. 829-840.
- St-Jean, M., P. Tremblay, M. Quesnel, C. Garnier, L. Beaulac-Baillargeon et A.L. Saives (2006). «De l'expérience au monde à l'objectivation médicale: l'oubli de la douleur», dans P. Scheibler (dir.), *Représentations sociales de la santé, de la maladie et des médicaments*, Montréal, GEIRSO-UQAM.
- Stoker, A. et R. Jeffery (1988). «Pharmaceuticals and Health Policy: An Indian Example», *Social Science and Medicine*, vol. 27, p. 563-567.
- Sullivan, S.D., L.B. Gardner et L.R. Strandberg (1994). «Economics of Outpatient Prescription Drug Coverage for the Elderly: Implications for Healthcare Reform», *Generations*, vol. 18, n° 2, p.55-60.
- Sundel, M. et S.S. Sundel (1998). «Psychopharmacological Treatment of Panic Disorder. Research on Social Work Practice», *Psychopharmacology and Social Work Practice*, vol. 8, n° 4, p. 426-451.
- Szuba, T.J. et B. Westerholm (1989). «Studies on Drug Utilization: Bilateral Case Study in Poland and Sweden», *Social Science and Medicine*, vol. 29, p. 1363-1366.
- Tamblyn, R. (1997). «Medication Use in the Senior Population: Optimization of Physician Prescribing as a Means of Preventing Drug-Related Illness», *Canadian Journal on Aging*, suppl., p. 147-161.
- Tan, M.L. (1989). «Traditional or Transitional Medical Systems? Pharmacotherapy as a Case for Analysis», *Social Science and Medicine*, vol. 29, p. 301-307.
- Tarabusi, C.C. et G. Vickery (1998). «Globalization in the Pharmaceutical Industry, Part I», *International Journal of Health Services*, vol. 28, p. 67-106.

- Timmermans, K. (2004). «Harmonization, Regulation, and Trade: Interactions in the Pharmaceutical Field», *International Journal of Health Services*, vol. 34, p. 651-661.
- Timmermans, S. et V. Leiter (2000). «The Redemption of Thalidomide: Standardizing the Risk of Birth Defects», *Social Studies of Science*, vol. 30, p. 41-71.
- Todorov, C. (2004). «Le traitement pharmacologique des troubles anxieux est-il spécifique?», *Santé mentale au Québec*, vol. 29, p. 127-136.
- Travis, S.S., L.S. Bethea et P. Winn (2000). «Medication Administration Hassles Reported by Family Caregivers of Dependent Elderly Persons», *Journals of Gerontology*, vol. 55A, n° 7, p. 412-417.
- Travis, S.S., M.A. Bernard, W.J. McAuley, M. Thornton et T. Kole (2003). «Development of the Family Caregiver Medication Administration Hassles Scale», *The Gerontologist*, vol. 43, p. 360-368.
- Trostle, J. (1996). «Inappropriate Distribution of Medicines by Professionals in Developing Countries», *Social Science and Medicine*, vol. 42, p. 1117-1195.
- Trostle, J.A. (1988). «Medical Compliance as an Ideology», *Social Science and Medicine*, vol. 27, p. 1299-1308.
- Tulkin, S.R. et W. Stock (2004). «A Model for Predoctoral Psychopharmacology Training: Shaping a New Frontier in Clinical Psychology», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 35, n° 2, p. 151-157.
- Vagelos, P. R. (1991). «Are Prescription Drug Prices High?», *Science*, vol. 252, p. 1080-1084.
- Van der Geest, S. (1991). «Marketplace Conversations in Cameroon: How and Why Popular Medical Knowledge Comes into Being», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, p. 69-90.
- Van der Geest, S. (1999). «Training Shopkeepers and Schoolchildren in Medicine Use: Experiments in Applied Medical Anthropology in East Africa», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, p. 253-255.
- Van der Geest, S. (2003). «Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, p. 97-117.
- Van der Geest, S. et S. Reynolds Whyte (1989). «The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 3, p. 345-367.
- Van der Geest S. et S. Reynolds Whyte (2003). «Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments», *Anthropologie et société*, vol. 27, n° 2, p. 97-117.
- Van der Geest S., S. Reynolds Whyte et A. Hardon (1996). «The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach», *Annual Review of Anthropology*, vol. 25, p. 155-178.
- Van der Geest, S.H., P. Anita, T. Greenhalgh et I. Wolffers (1987). «Pharmaceuticals in the Third World: The Local Perspective», *Social Science and Medicine*, vol. 25, p. 273-321.
- Van Kammen, J. et N.E.J. Oudshoorn (2002). «Gender and Risk Assessment in Contraceptive Technologies», *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, p. 436-461.
- Van Trigt, A.M., L.T.W. de Jong-van Den Berg, F.M. Haaijer-Ruskamp, J. Willems et T.F.J. Tromp (1994). «Journalists and Their Sources of Ideas and Information on Medicines», *Social Science and Medicine*, vol. 38, p. 637-643.

- Van Trigt, A.M., L.T.W. de Jong-van Den Berg, L.M. Voogt, J. Willems, F.J.T.D. Tromp et F.M. Haaijer-Ruskamp (1995). «Setting the Agenda: Does the Medical Literature Set the Agenda for Articles about Medicines in the Newspapers?», *Social Science and Medicine*, vol. 41, p. 893-899.
- VandenBos, G.R. et S. Williams (2000). «Is Psychologists' Involvement in the Prescribing of Psychotropic Medication Really a New Activity?», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 31, n° 6, p. 615-618.
- Vetel, J.-M. (2002). «Les nouveautés thérapeutiques dans les dix dernières années en gériatrie», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 39-58.
- Vincent, J. (2003). «What Is at Stake in the "War on Anti-Ageing Medicine"?», *Ageing & Society*, vol. 23, p. 675-684.
- Vinet, A., M. Vézina, C. Brisson et P.M. Bernard (1989). «Piecework, Repetitive Work and Medicine Use in the Clothing Industry», *Social Science and Medicine*, vol. 28, p. 1283-1288.
- Vogel, D. (1989). «AIDS and the Politics of Drug Lag», *The Public Interest*, vol. 96, p. 73-85.
- Vogel, R.J. et B. Stephens (1989). «Availability of Pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: Roles of the Public, Private and Church Mission Sectors», *Social Science and Medicine*, vol. 29, n° 4, p. 479-486.
- Voyer, P., S. Laberge et G. Rail (2005). «Elderly Women Show Neither a Shortage of Strategies Nor an Overreliance on Drugs in Handling Aging and in Dealing with Minor Health Problems», *Journal of Women & Aging*, vol. 17, p. 83-98.
- Vuckovic, N. (1999). «Fast Relief: Buying Time with Medications», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, p. 51-68.
- Vuckovic, N. et M. Nichter (1997). «Changing Patterns of Pharmaceutical Practice in the United States», *Social Science and Medicine*, vol. 44, p. 1285-1302.
- Wagena, E.J. et P. Knipschild (2005). «Do Drug Firms Hoodwink Medical Journals? Or Is Something Wrong with the Contribution and Integrity of Declared Authors?», *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, n° 5, p. 307.
- Wagner, G.J., R.H. Remien, A. Carballo-Diéguez et C. Dolezal (2002). «Correlates of Adherence to Combination Antiretroviral Therapy among Members of HIV-Positive Mixed Status Couples», *AIDS Care*, n° 14, p. 105-109.
- Wagner, J.D. et E.M. Menke (1992). «Substance Use by Homeless Pregnant Mothers», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 3, n° 1, p. 161-172.
- Wahlström, R., P. Lagerlöv, C.S. Lundborg, C.C.M. Veninga, E. Hummers-Pradier, L.O. Dahlgren et P. Denig (2001). «Variations in General Practitioners' Views of Asthma Management in Four European Countries», *Social Science and Medicine*, vol. 53, p. 507-518.
- Walker, B.S. et P.M. Spengler (1995). «Clinical Judgment of Major Depression in AIDS Patients: The Effects of Clinician Complexity and Stereotyping», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 3, p. 269-273.
- Wallace, T., S. O'Connell et S.R. Frisch (2005). «Community Psychiatric Practice: What do Nurses do When They Take to the Streets? An Analysis of Psychiatric and Mental Health Nursing Interventions in the Community», *Community Mental Health Journal*, vol. 41, n° 4, p. 481-496.

- Walsh, J. (1998). «Psychopharmacological Treatment of Bipolar Disorder», *Research on Social Work Practice. Special Issue: Psychopharmacology and Social Work Practice*, vol. 8, n° 4, p. 406-425.
- Walsh, J.C. et L. Sherr (2002). «An Assessment of Current HIV Treatment Adherence Services in the UK», *AIDS Care*, vol. 14, p. 329-334.
- Walsh, J.C., R. Horne, M. Dalton, A.P. Burgess et B.G. Gazzard (2001). «Reasons for Non-Adherence to Antiretroviral Therapy: Patients' Perspectives Provide Evidence of Multiple Causes», *AIDS Care*, vol. 13, n° 6, p. 709-720.
- Walsh, V. et J. Goodman (1999). «Cancer Chemotherapy, Biodiversity, Public and Private Property: The Case of the Anti-Cancer Drug Taxol», *Social Science and Medicine*, vol. 49, p. 1215-1225.
- Weidenbaum, M. (1993). «Are Drug Prices Too High?», *Public Interest*, été, p. 84-89.
- Weiss, M. et R. Fitzpatrick (1997). «Challenges to Medicine: The Case of Prescribing», *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, p. 297-327.
- Westerfelt, A. (2004). «A Qualitative Investigation of Adherence Issues for Men Who Are HIV Positive», *Social Work*, vol. 49, p. 231-239.
- Whittington, F.J., J. Roberts et B. Silverstone (1986). «Practice Concepts Symposium on Drug Misuse in the Elderly: Examination of a Case History», *Gerontologist*, vol. 26, p. 595-621.
- Whyte, S.R. (1992). «Pharmaceuticals as Folk Medicine: Transformations in the Social Relations of Health Care in Uganda», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 16, p. 163-186.
- Wiggins, J.G. et N.A. Cummings (1998). «National Study of the Experience of Psychologists with Psychotropic Medication and Psychotherapy», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 29, n° 6, p. 549-552.
- Will, C.M. (2005). «Arguing about the Evidence: Readers, Writers and Inscription Devices in Coronary Heart Disease Risk Assessment», *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, p. 780-801.
- Witteveen, E. et E.J.C. Van Ameijden (2002). «Drug Users and HIV-Combination Therapy (HAART): Factors Which Impede or Facilitate Adherence», *Substance Use & Misuse*, vol. 37, p. 1905-1925.
- Wolf, M.S., C.L. Bennett, T.C. Davis, E. Marin et C. Arnold (2005). «A Qualitative Study of Literacy and Patient Response to HIV Medication Adherence Questionnaires», *Journal of Health Communication*, vol. 10, n° 6, p. 509-517.
- Wolffers, I. (1995). «The Role of Pharmaceuticals in the Privatization Process in Vietnam's Health-Care System», *Social Science and Medicine*, vol. 41, p. 1325-1332.
- Wong, J.G.W.S., Y. Poon et E.C. Hui (2005). «“I Can Put the Medicine in his Soup, Doctor!”», *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, n° 5, p. 262-265.
- Wood, S.A., C. Tobias et J. McCree (2004). «Medication Adherence for HIV Positive Women Caring for Children: In Their Own Words», *AIDS Care*, vol. 16, p. 909-913.
- Wright, E.J. et J. Bodnar (1992). «AZT: Hope for Many, Help for Few», *Health and Social Work*, vol. 17, p. 253-260.

- Yates, P.M., G. Beadle, A. Clavarino, J.M. Najman, D. Thomson, G. Williams, L. Kenny, S. Roberts, B. Mason et D. Schlect (1993). «Patients with Terminal Cancer Who Use Alternative Therapies: Their Beliefs and Practices», *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, n° 2, p. 199-216.
- Zadoroznyj, M. et B.L. Svarstad (1990). «Gender, Employment and Medication Use», *Social Science and Medicine*, vol. 31, p. 971-978.
- Ziguras, S.J., S. Klimidis, T.J.R. Lambert et A.C. Jackson (2001). «Determinants of Anti-Psychotic Medication Compliance in a Multicultural Population», *Community Mental Health Journal*, vol. 37, n° 3, p. 273-283.
- Zuckerman, D. (2003). «Hype in Health Reporting: “Checkbook Science” Buys Distortion of Medical News», *International Journal of Health Services*, vol. 33, p. 383-389.

LA CHAÎNE DU MÉDICAMENT

Aspects socioculturels

Joseph LÉVY

Julie LAPLANTE

Marie-Ève BLANC

Le médicament, qui occupe une place centrale dans le champ de la santé contemporaine, constitue un objet entouré de régulations, de croyances, de pratiques et d'affects complexes, variables selon les contextes socioculturels. Les nombreux travaux menés dans le champ anthropologique sur cette question permettent d'en cerner les représentations et les usages et d'en saisir le parcours dans les multiples chaînes de médicaments (Garnier, 2003), depuis la conception jusqu'à la consommation.

1. LE MÉDICAMENT DANS LE CHAMP ANTHROPOLOGIQUE : UN NOUVEL OBJET D'ÉTUDE

Le médicament, produit de la science moderne du XIX^e siècle, des progrès de la chimie et de la révolution industrielle, objet technique et symbolique aux propriétés curatives, entouré de pratiques sociales et culturelles complexes, n'est devenu un

objet d'étude anthropologique que récemment. Les transformations du champ de l'anthropologie médicale et le déplacement de ses centres d'intérêt liés aux processus d'étatisation, de globalisation et de modernisation qui ont affecté les sociétés, même les plus reculées, expliquent l'apparition de cette anthropologie du médicament qui prend le relais, sans l'écarter complètement, de l'ethnomédecine (Genest, 1978). Cette dernière se concentre sur la place des drogues et des pharmacopées dans les sociétés traditionnelles, sur les usages et les croyances associées à la maladie ainsi que sur ses représentations, donnant lieu à de nombreux travaux en anthropologie médicale (Young, 1982; Augé et Herzlich, 1983; Zempleni, 1985; Augé, 1986; Laplantine, 1986). Ces recherches mettent en évidence les caractéristiques des approches thérapeutiques où coexistent traitements magico-religieux et pharmacopées locales.

Ce sont d'abord des médecins, des économistes, des pharmacologues et des journalistes qui, s'élevant contre la vente anarchique de médicaments pharmaceutiques dans le tiers-monde, proposent une première réflexion autour de leurs usages et de leurs distributions (Silverman et Lee, 1974; Silverman, 1976; Heller, 1977; Agarwal, 1978; Gish et Feller, 1979; Muller, 1982; Silverman *et al.*, 1982; Braithwaite, 1984). Puis, à la suite des études sur la médicalisation (Illich, 1976; Conrad et Schneider, 1980; Ferguson, 1981, 1988), sur les systèmes de soins (Kleinman *et al.*, 1978; Kleinman, 1978; Worsley, 1982) et sur la relation thérapeutique dans le contexte culturel (Kleinman, 1980), les anthropologues prennent pour objet le médicament occidental importé dans les pays du Sud. Ils l'étudient en le situant dans la problématique du tiers-monde, en insistant sur les questions liées à la distribution des médicaments, au rôle du pharmacien (Van Der Geest, 1982a, 1982b, 1983, 1984, 1987a, 1987b; Whyte, 1982; Van Der Geest et Whyte, 1988; Logan, 1983; Bledsoe et Goubaud, 1985; Fassin, 1986; Taylor, 1986), au pluralisme médical et aux déterminants socioculturels dans les usages du médicament (Cosminsky et Scrimshaw, 1980; Nichter, 1980, 1983; Mitchell, 1983). Les réflexions sur les oppositions entre les usages traditionnels et les usages modernes, l'automédication ou le sens donné à la médication suscitent aussi leur intérêt (Conrad, 1985; Okpako, 1986; Greenhalgh, 1987; Hardon, 1987; Haak, 1988; Tan, 1989).

Les chercheurs ont ainsi abordé le médicament comme objet et support de croyances, de pouvoirs, de valeurs et de symboles (Helman, 1981; Van der Geest et Whyte, 1989; Benoist, 1990; Nichter et Vuckovic, 1994; Van der Geest, 1994; Van der Geest *et al.*, 1996; Akrich, 1996; Collin, 2002). Médiateur du lien social, au cœur de la relation thérapeutique, sa fonction va au-delà de la relation patient-médecin puisqu'il peut restituer un statut social à un individu frappé par la stigmatisation et la discrimination liées à sa maladie (par exemple, les personnes séropositives sous antirétroviraux). Le médicament transforme ainsi la perception de la maladie incurable et contribue à sa banalisation. Entouré de pratiques sociales et culturelles (Etkin, 1992; Cohen *et al.*, 2001; Fainzang, 2001b), mais aussi

marqueur d'identité sociale (Nichter et Vuckovic, 1994), le médicament permet parfois de construire l'identité de la personne lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique asymptomatique et silencieuse, entraînant une « rupture biographique » (voir Bury, 1982 ; Herzlich et Pierret, 1987 ; Sow et Desclaux, 2002).

L'accent mis sur les pays du Sud perdure jusqu'à nos jours, mais c'est dans les années 1990 que les études sur le médicament dans les pays du Nord vont être davantage développées (Faure, 1993a, 1993b ; Vuckovic et Nichter, 1997). Ce regard porté sur les pays du Sud se réactive dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida et dans la mise en évidence des enjeux sociaux, politiques et culturels de l'accès aux médicaments antirétroviraux (Taverne, 2001 ; Desclaux *et al.*, 2002, 2003a ; Argentier *et al.*, 2003 ; Furber *et al.*, 2004).

Depuis les années 1990, c'est particulièrement l'usage du médicament qui attire l'attention des anthropologues. Ils travaillent à comprendre le pluralisme médicamenteux (Lock, 1990 ; Benoist, 1996) ainsi que le sens de l'usage du médicament et sa construction ou re-construction culturelle dans les pays du Sud (Hunte et Sultana, 1992 ; Etkin et Tan, 1994 ; Montagne, 1996) et dans les pays du Nord (Vuckovic, 1999 ; Cohen *et al.*, 2000, 2001 ; Fainzang, 2001a, 2001b, 2002 ; Conrad, 2004). Certains se préoccupent de l'usage du médicament dans le contexte du changement social (Cheung et Chien, 1996 ; Vuckovic et Nichter, 1997 ; Singer, 2000) et du passage d'une société traditionnelle à la mise en place d'un système de santé publique, ce qui implique le télescopage entre des pratiques populaires et des pratiques professionnelles de type biomédical (Whyte, 1992 ; Ngokwey, 1995 ; Wolffers, 1995). Les aspects phénoménologiques liés à l'expérience des médicaments (Etkin, 1992 ; Hardon, 1992) sont aussi traités en tenant compte des représentations des effets du médicament, qu'ils soient vécus de manière positive ou négative par l'individu.

À la suite de ces premières études, d'autres anthropologues ont cherché à comprendre quel pouvait être le rôle de la culture dans l'usage du médicament (Sachs et Tomson, 1992), les formes de rejet, de scepticisme ou de non-observance dont il est l'objet (Kirmayer, 2002 ; Horne *et al.*, 2004 ; Pound *et al.*, 2005). Les préoccupations touchant la santé publique et la gestion des ressources dans les pays en développement vont soulever les enjeux entourant l'usage rationnel du médicament (Bush et Hardon, 1990 ; Nichter et Vuckovic, 1994 ; Haak et Claeson, 1996 ; Halfvarsson *et al.*, 2000 ; Chalker, 2001 ; Planas *et al.*, 2005). La question des mésusages liés aux pratiques de surprescription de la part des professionnels de la santé (Reeler, 1990 ; Nizami *et al.*, 1996 ; Nunley, 1996) ou d'automédication chez les consommateurs est envisagée à partir des hypothèses qui mettent de l'avant une déficience dans l'information reçue par le patient/consommateur (Wolf-Gould *et al.*, 1991 ; Hammer, 1992) ou la faillite du système de distribution du médicament et des méthodes de marketing (Lam *et al.*, 1994 ; Kamat et Nichter, 1998 ; Okumura *et al.*, 2002).

2. LE MÉDICAMENT ET SON CYCLE DE VIE

Les approches descriptives de type ethnographique, dominantes dans la plupart des premiers travaux des anthropologues (Nichter, 1980; Ferguson, 1981; Van der Geest, 1982a et 1982b), vont forger le champ d'étude autour du médicament et laisser la place aux études des aspects politico-juridico-économiques (Tan, 1988) pour bifurquer ensuite vers une démarche behavioriste (Conrad, 1985; Hardon 1987), puis constructiviste (Etkin, 1992; Hardon *et al.* 1991; Van der Geest et Whyte, 1989; Montagne, 1988), et cognitiviste (Tan, 1989). Par ailleurs, les chercheurs d'autres disciplines, comme celles de la santé publique ou d'autres sciences biomédicales (par exemple, la médecine ou la pharmacologie), ont aussi mené des études de type anthropologique où se croisent des interrogations sur les médicaments et la culture (Sachs et Tomson, 1992; Wolffers, 1995; Hanan *et al.*, 1996; Nizami *et al.*, 1996; Ankri *et al.*, 1997; Pécoul *et al.*, 1999; Ina Maïga *et al.*, 2003; Jitta *et al.*, 2003; Naudin, 2003). On compte également de nombreux chercheurs qui, combinant une formation de médecin et d'anthropologue, ont enrichi le champ d'étude du médicament.

C'est à Van der Geest et ses collègues du Centre d'anthropologie et de sociologie, puis de l'Unité d'anthropologie médicale de l'Université d'Amsterdam que l'on doit un grand nombre de travaux novateurs et fondateurs en anthropologie du médicament pharmaceutique, en particulier avec l'approche biographique dans l'étude du cycle de vie du médicament (Van Der Geest *et al.*, 1996), une métaphore qui reprend un concept utilisé dans les études sur les étapes de l'existence humaine et leurs marquages (Van Gennep, 1909; Barfield, 1997; Bonte et Izard, 2000). Viennent s'ajouter à cette perspective celles des *life-course studies* où la santé et les changements dans les représentations du corps et de la maladie sont envisagés d'un point de vue longitudinal (Lock, 1993)¹. L'approche théorique des commodités, de la vie sociale des choses, que l'on doit à Appadurai (1986), a aussi inspiré les

1. Les méthodologies d'enquête en anthropologie du médicament sont variées et choisies en fonction des populations étudiées, mais aussi des approches théoriques choisies. On retrouve ainsi une approche descriptive de type ethnographique pour dégager les catégories relatives aux représentations de la maladie, des médecines et des médicaments dans une culture donnée (approches ethnolinguistiques). L'ethnographie constitue souvent un préalable à une approche constructiviste ou cognitiviste qui portera sur la (re-)construction culturelle de l'usage du médicament. Dans ce contexte, l'anthropologue usera d'entretiens non directifs pour mettre au jour les représentations que les individus ont des médicaments. Dans le cas des approches behavioristes ou biomédicales, les méthodologies quantitatives sont les plus fréquentes, mais on trouve aussi des approches qualitatives. Cependant, lorsqu'il s'agit de l'étude du cycle du médicament et des études centrées sur le temps ou le vieillissement (approche longitudinale), ou bien encore sur les itinéraires thérapeutiques, l'anthropologue pourrait adopter des méthodologies mixtes (mi-quantitative, mi-qualitative). L'analyse biographique en démographie (*life event history analysis*) ou les histoires de vie (Courgeau et Lelièvre, 1990; Dubar et Demazière, 1997) peuvent aussi être utilisées.

courants actuels de l'anthropologie du médicament en mettant en évidence la pertinence sociale croissante du médicament pharmaceutique, comme commodité essentielle à la santé (Nichter, 1989; Van Der Geest, 1987).

Depuis, ce champ s'est considérablement élargi, grâce aux travaux ethnographiques de plus en plus nombreux (Etkin et Tan, 1994; Nicher et Nichter, 1996) et à la publication d'articles théoriques et de synthèse (Nichter et Vuckovic, 1994). Ces deux chercheurs ont proposé un agenda de recherche portant sur l'anthropologie des usages des médicaments dont ils cernaient les principaux enjeux à partir de l'exposition de 10 thèmes majeurs couvrant à la fois les niveaux microsociologiques et macrosociologiques, les aspects idéologiques et les conséquences de l'usage des médicaments sur les modalités de soins de première ligne.

À leur suite, Van der Geest, Whyte et Hardon (1996) publiaient une recension des recherches portant sur les médicaments à partir d'une perspective biographique qui suivait leur cycle de vie, depuis les phases de production jusqu'à l'évaluation de leur efficacité, et ce, en tenant compte des contextes, des acteurs et des formes de transactions qui leur sont associés à chaque étape. Ce champ d'étude est donc susceptible de contribuer à saisir la dynamique des systèmes de santé (Reynolds Whyte, 1992) et à « raffiner les théories sur la vie sociale des choses » (Van Der Geest, Whyte et Hardon, 1996, p. 171), une perspective reprise par Whyte *et al.* (2002) qui conçoivent les médicaments comme des objets matériels thérapeutiques ayant des vies sociales. Prenant la relève des études ethnobotaniques et ethnopharmacologiques, les recherches portant sur les chaînes culturelles du médicament traitent des vies que prennent ces objets industriels insérés dans des circuits économiques depuis les phases de conception jusqu'aux stades de consommation. Chaînes, parcours, cycles de vie, biographies, trajectoires, circuits, ce sont là autant de concepts aujourd'hui privilégiés pour une meilleure compréhension des aspects sociaux et culturels du médicament cosmopolite.

3. LES CHAÎNES DU MÉDICAMENT

Plusieurs moments de la chaîne du médicament ont été proposés. Ainsi, Van Der Geest *et al.* (1996) ont distingué cinq moments du parcours du médicament : production et marketing, prescription, distribution, usages et efficacité, alors que Garnier (2003) regroupe les moments ainsi : production-distribution, prescription-consommation et évaluation-efficacité. À notre avis, six moments essentiels modulent cette chaîne : élaboration-production, marketing, distribution, prescription, autoprescription et consommation-usage-efficacité. Ces moments s'entrecourent et sont reliés entre eux, mais pas forcément de manière chronologique, et ils sont précédés et parfois suivis par d'autres événements sociaux. De fortes pressions sociales et culturelles précèdent, par exemple, le processus d'élaboration

de nouveaux médicaments et leur vie peut être prolongée par des recours à des stratégies multiples (ciblage de nouveaux consommateurs, modification des diagnostics, vente sur des nouveaux marchés, influences des consommateurs sur leurs réseaux personnels).

Les différents moments du médicament se comprendront ici en distinguant quatre chaînes, ou systèmes de pouvoir (Sogge, 2003, p. 95), à l'intérieur desquelles circulent les médicaments : la chaîne capitaliste régulée, la chaîne étatique centralisée, la chaîne humanitaire et la chaîne dérégulée. Ces chaînes s'entrecroisent selon différentes relations de pouvoirs mais se distinguent selon leur visées prioritaires ; la chaîne capitaliste régulée, aux visées ultimement déterminées par des fins commerciales, s'inscrit néanmoins dans un contexte de protection de la santé publique et personnelle. Elle obéit à un ensemble de régulations scientifiques, juridiques, éthiques et commerciales qui, à un moment ou à un autre, peuvent être remises en question à certains maillons de la chaîne : stratégies problématiques au plan du développement des médicaments, des essais cliniques et de leur diffusion, pratiques critiquables de prescription de la part des médecins et des pharmaciens, mésusages des médicaments et problèmes complexes posés par l'observance ou l'adhésion aux traitements.

La chaîne étatique, plus ou moins centralisée, pondère parfois les visées commerciales par des valeurs nationales, établissant des contrôles sur la liste des médicaments disponibles, leur distribution et leur prix. Permettant le développement d'industries pharmaceutiques basées sur des innovations, elle s'appuie sur les ressources locales et une réévaluation des pharmacopées traditionnelles et des remèdes populaires qui s'inscrivent dans des modèles biomédicaux aux principes différents de ceux du monde occidental. C'est le cas du Vietnam, un pays appartenant à l'aire culturelle sinisée où le confucianisme, philosophie d'État basée sur des vertus cardinales qu'il est essentiel de respecter (principes d'humanisme, respect des rites, loyauté envers la patrie, éducation, fidélité à sa parole ; Blanc, 2003), intervient dans la plupart des relations sociales et des rouages administratifs. Cette idéologie se retrouve chez les fonctionnaires, renforcée par le nationalisme vietnamien né de la révolution marxiste et de la décolonisation, ce qui a des implications au plan de la gestion du médicament.

L'administration de la santé est fortement centralisée et passe la plupart du temps par le ministère de la Santé. Cependant, l'État centralisé et centralisateur doit composer avec un Parti communiste qui contrebalance ses décisions au nom de principes nationaux à défendre, malgré une ouverture à l'économie de marché grâce à la politique de rénovation, dite du *Doi Moi*, mise en place en 1986. Le découpage administratif à quatre niveaux hiérarchiques (central, provincial, district et quartier en milieu urbain ou village en milieu rural) a des conséquences dans la gestion de la santé et entraîne des lourdeurs administratives. Les instances inférieures ne peuvent pas prendre les décisions indépendamment et elles ont

toujours besoin de l'aval du niveau supérieur ou bien du niveau central dans certains cas. Le rôle de l'État est important dans l'organisation du secteur pharmaceutique et c'est au ministère de la Santé que sont confiées, en 1989, les importations et les exportations de médicaments. Pour cela, l'État établit une liste de spécialités pharmaceutiques qui ont l'autorisation d'être importées ou bien produites localement par des firmes étrangères ou nationales. Ce système a aussi pour but de protéger et de développer l'industrie pharmaceutique locale, constituée d'entreprises d'État, qui sont progressivement reconverties en entreprises privées. Aujourd'hui, 30 à 40 % des médicaments disponibles au Vietnam sont produits localement. C'est aussi l'État qui réglemente la publicité sur le médicament, qui ne peut se faire qu'après une autorisation donnée par le ministère de la Santé (Simonet, 2001).

La question du prix du médicament essentiel pose un problème crucial depuis les trois dernières années. Les matières premières pharmaceutiques coûtent de plus en plus cher à produire et à transporter, mais, de plus, l'État, voulant se financer, leur applique des taxes à l'importation, ce qui affecte en bout de ligne le coût du médicament produit localement qui finit par ne plus réellement concurrencer celui qui est produit à l'étranger. Depuis, le ministère des Finances et le ministère de la Santé ont établi une liste des prix des médicaments achetés par l'État et ont obligé les officines à afficher leur coût à l'unité afin de mettre à parité les prix des médicaments d'hôpital et d'officine. Cette évaluation a aussi montré que parmi les médicaments vendus à l'hôpital, seulement 20 % étaient produits localement (en 2004). Cette situation a obligé l'État et les compagnies pharmaceutiques locales à s'adapter et à produire un médicament de qualité, mais aussi à retravailler l'image du médicament auprès du public (patients et médecins compris). Actuellement, la part de médicaments domestiques à l'hôpital est passée à 30 % et l'État a veillé à ce que les *good manufacturing practices* soient observées, depuis leur conception jusqu'au packaging et au conditionnement. Le PIB augmentant quelque peu, la consommation de médicaments est aussi en croissance et le Vietnam devient un marché attrayant pour les compagnies pharmaceutiques étrangères et multinationales, même s'il leur faut passer par un long processus d'autorisations pour pouvoir s'implanter en créant des *coentreprises*. La publicité sur le médicament fait désormais partie du paysage médiatique vietnamien et de la presse nationale (Finer, 1997, 1999 ; Falkenberg et Tomson, 2000). La régulation des médicaments par l'État ne peut empêcher cependant le maintien d'un pluralisme médicamenteux et on retrouve dans les pharmacies, à part les médicaments essentiels, d'autres produits plus ou moins efficaces ou issus de la pharmacopée traditionnelle, mais vendus sous forme de médicaments pharmaceutiques (Gellert, 1995). De nombreuses enquêtes montrent par ailleurs que les antibiotiques peuvent être achetés sans prescription et que leur recours est généralisé dans la population pour des symptômes légers (toux, mal de gorge, diarrhée, etc.) surtout parmi les couches les plus défavorisées qui n'ont pas les moyens de consulter un médecin

(Duong Dat Van *et al.*, 1997 ; Halfvarsson *et al.*, 2000). De nombreuses résistances aux antibiotiques chez les patients vietnamiens, surtout chez les enfants, ont ainsi été rapportées (Larsson *et al.*, 2000 ; Larsson, 2003).

La chaîne humanitaire vise, quant à elle, l'accès des médicaments pour tous, selon des principes d'équité et de justice sociale se voulant universels. Répondant à un besoin ressenti soit par les États, soit par des populations marginalisées, soit par la communauté internationale, elle peut entrer en compétition avec la chaîne étatique, provoquer des tensions avec les autorités médicales locales et entrer en contact et en interaction avec les médecines traditionnelles qui réagiront selon des stratégies différentes : acceptation et remplacement des traitements traditionnels par les nouvelles substances, coexistence entre les différentes formes de thérapies, rejet des nouveaux produits.

L'étude d'une chaîne humanitaire du médicament de Médecins Sans Frontières (MSF ; section hollandaise) auprès de peuples autochtones au Brésil (Laplante, 2004) révèle que même si les médicaments sont profilés sous le signe de la neutralité au plan international, leur teneur politico-économique apparaît prédominante au plan national, alors que les critères culturels interviennent plus directement sur les projets au plan local.

Ainsi, pour les responsables du centre opérationnel situé à Amsterdam, pour les donateurs, pour la Campagne de Médicaments Essentiels et pour la International Drug Association (IDA), des acteurs qui se situent au plan international, l'accès à des produits pharmaceutiques apparaît comme un droit humain, les médicaments étant considérés comme des objets neutres que tous devraient pouvoir obtenir. Une demande d'aide humanitaire, provenant à la fois du gouvernement brésilien et d'organisations autochtones, et répondant aux possibilités d'intervention de la communauté internationale, ont permis la présence de MSF en Amazonie où les populations autochtones, marginalisées, sont considérées néanmoins comme faisant partie du patrimoine national et leur santé dépendrait de leur accès aux produits pharmaceutiques. Entre 1992 et 2000, MSF constituait ainsi le plus grand pourvoyeur de médicaments pharmaceutiques dans les régions autochtones de la vallée de Javari. Introduisant leur propre liste de médicaments essentiels dans les villages autochtones, ils occupaient ainsi ce qu'Escobar (1984-1985) appelle une « zone grise », celle où l'État n'est tout simplement pas présent (Falkenberg et Tomson, 2000).

Au plan national brésilien, la neutralité des médicaments s'estompe et de nouvelles distinctions émergent, faisant apparaître leur portée politique. C'est ainsi qu'autour du médicament viennent s'arrimer des mouvements sociaux luttant, d'une part, contre la biopiraterie et, d'autre part, pour l'obtention des droits de propriété intellectuelle. Les médicaments sont en effet perçus par certains groupes comme le corollaire du pillage des ressources du tiers-monde par les compagnies multinationales du « premier monde » qui sont considérées comme avantagées par

les lois internationales sur les brevets touchant les produits pharmaceutiques. Ces lois sont parfois contournées, comme c'est le cas pour les antirétroviraux contre le VIH/sida par exemple, qui sont produits sur place sous leur forme générique, afin d'en réduire les coûts². La transgression des lois de brevets est endossée par les ONG qui orientent leurs objectifs humanitaires vers l'accès aux médicaments³. MSF appuiera aussi la défense de la « cause » autochtone et, donc, la revendication des droits de propriété intellectuelle, par la lutte nationale (bien que marginale) visant à privilégier les ressources locales et l'utilisation des plantes médicinales dans les services de santé publique. Confortés par la forte présence de la COIAB (Coordination des organisations autochtones de l'Amazonie) et des anthropologues de l'Université d'Amazonas, les acteurs de MSF ont adopté une position pro-autochtone dans les luttes pour la reconnaissance des savoirs thérapeutiques traditionnels.

Par ailleurs, les protocoles internationaux entourant les produits pharmaceutiques sont aussi réévalués en fonction des situations politiques nationales. On constate, par exemple, que pour des raisons liées aux différences de qualité, les médicaments disponibles ne sont pas les mêmes pour les autochtones et les expatriés, comme c'est le cas pour les médicaments prophylactiques contre la malaria et les vaccins, alors que les psychotropes ne sont offerts aux populations autochtones de l'Amazonie que lorsque ces derniers entrent dans un nouveau processus d'acculturation lié à la migration en milieu urbain. Un nouveau statut social, en lien avec le rôle de distributeur de médicaments, est aussi acquis comme on peut l'observer dans le cas des travailleurs en santé autochtones (*Agente Indígena de Saude*, AIS) formés par le gouvernement et MSF⁴. Cette fonction sociale et politico-économique du médicament humanitaire devient encore plus évidente quand les médicaments sont employés comme arme électorale, les politiciens distribuant, avant les élections, des boîtes de médicaments pour encourager les électeurs potentiels à voter en leur faveur. Par ailleurs, dans les villages, aux abords des frontières avec le Pérou et la Colombie, des bateaux de pêche commerciale font aussi la vente de médicaments dans les villages autochtones, ce qui accélère le processus de marchandisation de ces produits de commodité (Laplante, 2004).

-
2. T. Rosenberg, « Look at Brazil. Patent Laws Are Malleable. Patients Are Educable. Drug Companies Are Vincible. The World's AIDS Crisis Is Solvable », *The New York Times Magazine*, 2004, consultation mars 2004.
 3. L'Inde est l'actuel plus grand fournisseur d'ARV génériques (produits hors des brevets internationaux) pour MSF.
 4. Certaines situations lors desquelles ces AIS acquièrent peu de crédibilité dans le village font en sorte que la pharmacie devient une distributrice libre-service (Laplante, 2004).

Au plan des projets locaux, quand les acteurs de MSF entrent en contact avec les peuples autochtones, les teneurs culturelles des produits pharmaceutiques entraînent des dynamiques variées selon les villages. Les acteurs humanitaires et autochtones déterminent alors largement quel rôle sera attribué aux médicaments pharmaceutiques selon les villages. Ainsi, certains refusent complètement ces médicaments pour privilégier et renforcer les médecines traditionnelles, alors que d'autres font exactement le contraire, rejetant tout ce qui relève des médecines traditionnelles. Dans d'autres contextes, comme dans le groupe autochtone Madija-Kulina, les produits pharmaceutiques, pratiquement les seules technologies à provenir de l'extérieur de la région, sont considérés comme pouvant guérir de nouvelles maladies transnationales, les « *doença mesma* », associées aux contacts avec les « Blancs ». Parallèlement aux tradipraticiens qui guérissent avec des remèdes locaux, et aux chamanes et aux hommes-tabac qui ingèrent un breuvage hallucinogène afin de diagnostiquer et de guérir le mal-être, le médicament pharmaceutique prend sa place pour guérir certaines formes de maladie(s) considérées comme nouvelles. Cette répartition des domaines de la maladie et de leurs traitements illustre la façon dont le médicament occupe une place et prend une signification particulière selon les maladies, les modes de guérison et les contextes culturels dans lesquels ils s'insèrent⁵.

Quant à la chaîne dérégulée, elle se limite à des visées commerciales à partir de pratiques illicites dans la production, la distribution et la prescription de médicaments de contrefaçon, de qualité inférieure ou périmés. Elle peut aussi commercialiser des produits pharmaceutiques efficaces en court-circuitant les réseaux institutionnalisés par la contrebande ou la vente transnationale sur Internet, contournant les exigences de la prescription médicale. Plusieurs indicateurs confirment la croissance globale d'une chaîne dérégulée des médicaments qui se fonde sur des pratiques commerciales douteuses, sinon criminelles. Selon l'OMS (2003) et l'étude de Schmidt (1999), on constate une augmentation mondiale des contrefaçons de produits pharmaceutiques (génériques illicites) et des malfaçons de qualité inférieure (des substances qui ne correspondent pas aux normes scientifiques et qui sont donc inefficaces et dangereuses ou des médicaments périmés) et ce marché atteindrait plus de 10 % des transactions commerciales pharmaceutiques mondiales, représentant plus de 32 milliards de dollars américains par an. Les contrefaçons varient selon les régions. Dans les pays développés, elles touchent surtout les médicaments les plus chers (hormones, corticoïdes et antihistaminiques) alors que, dans les pays en voie de développement, ce sont les médicaments contre les pandémies locales (paludisme, tuberculose et VIH/sida) qui sont visés.

5. Il faut aussi noter que la dichotomie maladie de l'intérieur/maladie de l'extérieur n'est pas unique au Brésil et à la chaîne humanitaire. On la retrouve aussi ailleurs, comme au Vietnam et chez les migrants qui établissent des différences entre les maladies locales *sui generis* et celles qui ont été importées ou propres au pays d'accueil. Cette classification a des répercussions sur les façons de recourir au médicament.

Ce commerce est plus répandu dans les pays où les réglementations pharmaceutiques sont moins rigoureuses et le marché du médicament peu contrôlé, ce qui correspond essentiellement aux pays du Sud. Selon l'OMS (2003), les conséquences de ces pratiques sur la santé sont multiples : échec du traitement, développement de résistances, effets létaux qui peuvent atteindre des populations importantes. Les mécanismes de contrebande ou l'importation illégale contribuent à la dérégulation amplifiée par les processus de libre-échange et ceux qui fabriquent ces médicaments ne sont généralement pas poursuivis, même si des actions sont menées pour contrôler ces pratiques, que les problèmes socioéconomiques liés à la pauvreté contribuent à développer. De ce fait, la question de l'accès à des médicaments essentiels à un prix abordable devient incontournable pour enrayer ce processus, tout comme la mise en place de politiques internationales et d'organismes de contrôle. Le développement d'Internet constitue par ailleurs un instrument de dérégulation important. La multiplication des sites pharmaceutiques en ligne et les sollicitations par courriers électroniques constituent des stratégies de vente essentielles. Ces réseaux favorisent la vente de contrefaçons ou de malfaçons, étant donné leur nature transnationale qui empêche un contrôle adéquat des produits vendus sans prescription et engendre une multiplication des effets indésirables sévères. Les circuits dérégulés se fondent donc à la fois sur les réseaux de distribution technologiques les plus avancés, tout comme les plus traditionnels, contribuant ainsi à la détérioration des conditions de santé dans le monde.

Nous présenterons maintenant les principaux moments de la chaîne des médicaments, de leur élaboration à leur consommation.

4. ÉLABORATION ET PRODUCTION DU MÉDICAMENT

L'élaboration du médicament pharmaceutique repose d'abord sur une conception biologique du corps dont les fonctions organiques peuvent être modifiées, corrigées, restaurées ou diagnostiquées par la consommation d'un biomédicament. Ces conceptions sont celles qui règnent actuellement dans le processus de découverte des médicaments (sciences microbiologiques, biologiques-moléculaires, épidémiologiques, pharmacologiques, bactériologiques et, depuis plus récemment, virologiques). Tomes (1998, 2000) a montré à cet égard le jeu des interactions entre les savoirs scientifiques et populaires dans l'élaboration des médicaments de l'ère de la bactériologie du début du siècle (antibiotiques) à celle de la virologie actuelle. Les aspects sociaux et culturels qui interviennent dans l'élaboration de ces sciences (Wilce, 2003), le type de chercheurs qui participent au processus des innovations pharmaceutiques, leurs étapes et leurs rituels ont aussi fait l'objet d'études. La production des savoirs scientifiques dans les laboratoires a aussi intéressé les chercheurs, et, à la suite de l'enquête pionnière de Latour et Woolgar (1979), plusieurs travaux ont été menés, comme ceux de Rabinow (1996) sur la

chaîne de réaction polymérase (PCR) ou de Pelchat (2003) sur les technosciences «en train de se faire»; ce qu'elles produisent et déplacent avant même leur découverte ou leur invention. Les molécules peuvent ensuite poursuivre leur vie à travers le *pipeline*, terme utilisé pour définir le cycle de 10 à 13 ans que prend l'élaboration d'un médicament. Plusieurs travaux (Fleising, 1998; Lock *et al.*, 2000; Löwy, 2000; Mueller et Mamo, 2000; Marks, 1999; Dehue, 2002) ont examiné les bases historiques et les aspects anthropologiques touchant les rituels qui entourent la culture corporative du *pipeline*, ainsi que les aspects socioculturels de l'essai-clinique et les méthodes utilisées lors des tests sur de nouveaux médicaments (anticancéreux ou antirétroviraux), allant jusqu'à l'observation participante avec les infirmières et les patients. Certains de ces travaux analysent les fondements culturels de l'essai clinique randomisé, devenu le critère essentiel de l'objectivité scientifique, dont les résultats sont décisifs quant à la possibilité de la mise en marché d'un nouveau produit pharmaceutique, d'où l'importance reconnue aux statistiques qui sont devenues des techniques privilégiées pour déterminer les bienfaits d'un médicament.

Les possibilités de production de médicaments pharmaceutiques sont contraintes par la complexité du *pipeline*, les investissements économiques énormes qu'ils exigent et les régulations qui les entourent. L'industrie repose ainsi sur les brevets et les restrictions d'échange qui protègent sa structure coûteuse et lui confèrent un pouvoir monopolistique temporaire. Elle est aussi régulée par des processus d'approbation, comme la Federal Drug Administration (FDA), et ses équivalents internationaux qui régissent leur mise en marché (Croghan, 2004). Le monopole des multinationales pharmaceutiques et les lois internationales sur les brevets des chaînes régulées soulèvent aujourd'hui des doutes de l'intérieur même de la communauté scientifique, car ils peuvent, selon certains, devenir une barrière au progrès médical (Boyce et Coghlan, 2000; Bobrow et Thomas, 2001; Trouiller *et al.*, 2001), comme dans le cas de nouvelles formes de médicaments. L'étude des réseaux sociaux techniques qu'incite la recherche commerciale en génétique et les brevets sur les gènes (Williams-Jones et Graham, 2003) met en relief ces nouveaux défis. Les interrelations complexes entre les chercheurs, l'industrie, les cliniciens et les décideurs gouvernementaux dans le contexte de la réglementation des produits pharmaceutiques interviennent sur leur possibilité de mise en marché.

Les lois sur les brevets soulèvent par ailleurs des critiques des chaînes étatiques centralisées et des chaînes humanitaires, comme nous l'avons vu dans le cas du Brésil, par exemple. Par le biais de biotechnologies et du système des brevets internationaux, les industries protègent «leurs découvertes» et s'approprient le droit de contrôle sur la manière dont seront utilisées une plante ou une

partie de plante. Celles-ci continuent d'être utilisées sur divers marchés locaux, mais, pour entrer dans le marché mondial, elles doivent se conformer aux lois internationales du marché capitaliste⁶.

La production locale des médicaments par les pays soulève aussi plusieurs questions (Foster, 1991). Elle doit adopter les protocoles du *pipeline* tels que prônés par la chaîne capitaliste régulée si elle veut pénétrer le marché mondial, mais ses implications financières et institutionnelles constituent des obstacles importants. L'étape d'élaboration-production, pour les chaînes étatisées, est incontournable, du moins en ce qui concerne les médicaments pharmaceutiques comme tels. Elles peuvent néanmoins sélectionner certains médicaments parmi ceux disponibles sur le marché et constituer leur propre production locale de médicaments « alternatifs ». Cette production pourrait s'effectuer en laboratoire, mais les savoirs privilégiés pour les homologuer au plan national pourront varier. Les chaînes dérégulées pourront aussi reproduire certaines étapes de l'élaboration de médicaments sur divers marchés noirs. Les savoirs et les pratiques peuvent imiter celles de la chaîne capitaliste régulée, mais hors des institutions reconnues.

Les chaînes humanitaires du médicament ne remettent aucunement en question l'expertise scientifique, mais elles tenteront d'agir sur l'orientation des médicaments qui seront produits, pour quelles maladies, quelles populations et à quel prix selon des principes autres que commerciaux. Dans la phase d'élaboration-production du médicament, il y a donc une sélection culturelle des savoirs et des pratiques considérés comme admissibles pour mener à terme la production du médicament. Une fois le produit mis en marché, les stratégies de marketing vont intervenir pour assurer la visibilité des médicaments et pousser à leur consommation.

5. ASPECTS SOCIAUX ET CULTURELS DU MARKETING DU MÉDICAMENT

Comme le montrent Croghan et Pittman (2004), quatre critères de base interviennent dans le développement d'un médicament : l'innovation scientifique, l'évaluation du marché, les ressources nécessaires pour leur développement et les besoins médicaux. Les stratégies entourant le choix des médicaments à développer peuvent privilégier la production de médicaments pour traiter des problèmes de santé ordinaires aux dépens des maladies chroniques ou tropicales. Ces décisions montrent que les intérêts commerciaux peuvent primer ceux de la santé

6. Cette exploitation touche non seulement les ressources biologiques utilisées de manière traditionnelle dans les pays du Sud, mais aussi leurs ressources intellectuelles, c'est-à-dire leurs savoirs et connaissances sur le monde vivant (Chomsky, 1994).

publique et peuvent se fonder sur d'autres principes de vente, comme la valeur symbolique liée aux médicaments en s'appuyant, parfois, sur des recherches anthropologiques :

Ironically, pharmaceutical companies delivering products that, from a biomedical perspective, are dubious, useless, or dangerous, can defend their practice thanks to anthropological studies that show that people cherish vitamins, blood tonics, antidiarrhea medicines, and hormonal preparations (Van Der Geest et al., 1996, p. 158).

Le marketing joue un rôle important quant à la reconnaissance sociale du médicament dans divers contextes culturels et il alimente les savoirs/croyances et inversement. La commodification du médicament et sa « pharmaceuticalisation » (Ferguson, 1981 ; Nichter, 1989), associées à un processus de « fétichisation » du médicament allant au-delà de ses ingrédients actifs, font en sorte qu'il entre sur le marché comme n'importe quel autre produit de consommation. Même s'il est régulé et qu'il échappe en théorie aux lois de l'offre et de la demande, le médicament constitue néanmoins une marchandise dont la promotion obéit aux stratégies publicitaires visant à persuader les consommateurs de son intérêt (biologique, fonctionnel, esthétique, biomédical, social, etc.). Bien que l'étude anthropologique de la mise en marché des médicaments soit encore peu développée, plusieurs chercheurs ont dénoncé la corruption et la manipulation qui accompagnent ces opérations (Silverman, 1976 ; Silverman *et al.*, 1982 ; Silverman, 1992).

Les concepts biomédicaux associés à la prévention, à la santé et à son maintien ainsi que le traitement par le biais de produits pharmaceutiques sont aussi utilisés par les multinationales pharmaceutiques pour vanter leurs produits en adaptant leurs messages aux valeurs dominantes des différents pays. Bode (1998, 2002) a ainsi étudié le matériel promotionnel de trois compagnies pharmaceutiques en Inde et a relevé la primauté des images *high tech* dans la promotion des médicaments. Les chaînes étatiques centralisées, comme celles du Vietnam, de la Chine, du Japon (Long, 1987 ; Kirmayer, 2002), du Brésil et du Mexique (Napolitano et Flores, 2003), bannissent la publicité pour certains médicaments, qui pourront aussi être éliminés pour des raisons culturelles. C'est le cas des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI), dont la popularité au Japon est faible, contrairement à celle observée en Amérique du Nord (Kirmayer, 2002). Le médicament est aussi présenté comme une commodité essentielle aux populations démunies, comme dans certaines villes brésiliennes, où il est vanté comme ayant plus de valeur que les produits alimentaires (Scheper-Hughes, 1992). Leal Ferreira (2004) a ainsi analysé les répercussions de l'usage des psychotropes dans la dégradation de la condition sociale des peuples autochtones de l'État de São Paulo, montrant qu'ils constituent une forme de contrôle social biochimique de la santé mentale de certaines populations en situation

d'oppression et de discrimination dans le contexte national. À l'inverse, la publicité sur les psychotropes à Calcutta (Inde) met l'accent sur la promesse de réintégration sociale associé à leur usage (Ecks, 2005).

Les organisations internationales humanitaires comme MSF insistent, quant à elles, sur le droit à la santé que représente le médicament, soulignant l'importance de l'accessibilité des médicaments au bon endroit et au bon moment (Laplane, 2003a). Les campagnes sont menées grâce aux médias de masse, comme celle de l'accès aux médicaments essentiels de MSF. Cet accès pour tous remet en question les inégalités socioéconomiques actuelles et privilégie la promotion des médicaments génériques moins chers.

La diffusion des produits pharmaceutiques occidentaux dans les pays du Sud, généralement accueillis positivement par certains secteurs de la population, peut aussi provoquer une compétition avec les médicaments fabriqués localement. Ces derniers, tout en recourant à des méthodologies scientifiques, s'inscrivent dans les paradigmes médicaux traditionnels, comme c'est le cas des médicaments ayurvédiques en Inde, dont la production et le positionnement sont révélateurs de l'affirmation de la validité des connaissances nationales et de leur contribution au savoir scientifique contemporain (Bode, 2002). Cette perspective se retrouve dans le cas des médicaments néotraditionnels développés pour lutter contre le VIH/sida dans des pays africains, où ils viennent se situer d'abord dans les interstices non occupés par la biomédecine occidentale avant d'être parfois récupérés par la chaîne capitaliste régulée (Cullinan, 2001). Cependant, les dynamiques créées par les confrontations entre les pharmacopées locales et les médicaments modernes donnent généralement lieu à des formes de coexistence complexes (Benoist, 1996).

La presse locale vient aussi influencer la promotion des médicaments et les réseaux plus personnels contribuent par le bouche à oreille à la promotion de la consommation en fonction de critères qui s'éloignent de ceux prônés par les médecins et les pharmaciens. La mise en place du réseau Internet a aussi profondément modifié les stratégies de marketing en les délocalisant et en les mondialisant. Il contribue, par la multiplication des sites des compagnies pharmaceutiques en compétition ou de réseaux parallèles souvent dérégulés, à diffuser des messages et des informations souvent contradictoires que le public peut rechercher ou qu'il peut recevoir sans son assentiment par l'intermédiaire des pourriels (*spams*). La publication d'ouvrages vantant ou dénonçant les vertus de l'un ou l'autre des médicaments contribue par ailleurs à orienter les consommateurs vers des choix basés sur des informations dont les fondements scientifiques sont souvent galvaudés.

6. LA DISTRIBUTION DU MÉDICAMENT

Les politiques de santé jouent un rôle fondamental dans la forme de distribution des médicaments à l'intérieur de chaque État, mais les formes que prend la distribution des médicaments dépendent du type d'économie nationale, ce que certains appellent un cercle vicieux entre les politiques de santé et les économies de marché (Gupta *et al.*, 2001). Les questions d'éthique médicale qu'elles posent ont contribué aux recherches sur ce thème. Dans la chaîne capitaliste régulée, la grande majorité des médicaments est distribuée sous prescription médicale dans les pharmacies, les hôpitaux et les supermarchés (*over the counter*, OTC, seulement). Aux États-Unis et au Canada, les *nurses practitioners* peuvent également prescrire les médicaments. La distribution des médicaments varie pourtant énormément d'un État à l'autre selon les réglementations et leur imposition. De plus, les différentes instances (les organisations de santé internationales, l'industrie pharmaceutique, les groupes de consommateurs et les gouvernements) peuvent être en conflit en ce qui a trait à la distribution des médicaments (Reich, 1987).

La question des frontières entre les domaines médicaux et commerciaux se manifeste aussi dans les relations tendues entre pharmaciens et médecins qui, dans de rares pays comme le Japon (Takemasa, 1994) et l'Australie (Axon, 1994), peuvent prescrire, offrir, vendre ou distribuer des médicaments⁷. Gilbert (1998), analysant la situation de l'Afrique du Sud, conclut que l'accent mis sur les soins de santé primaires et la multidisciplinarité qu'ils impliquent peuvent, combinés aux autres relations de pouvoir, contribuer à l'érosion des frontières rigides entre les juridictions professionnelles (Soothill *et al.*, 1995 ; Webb, 1995 ; Johnson *et al.*, 1995).

La question des médicaments essentiels soulève aussi un ensemble d'enjeux importants autour desquels s'affrontent diverses instances. L'intensité de la controverse relève des fonctions sociales, psychologiques et politiques multiples que revêt ce produit (signe visible du pouvoir de guérir du médicament, symbole de pouvoir de la technologie moderne, etc. ; Smith, 1983) et des préoccupations entourant la qualité des médicaments, elles-mêmes associées aux processus de distribution, de prescription, de prix et d'usages des produits pharmaceutiques. Des listes de médicaments limités pour assister les pays pauvres étaient déjà utilisées par l'UNICEF et le PAHO avant les années 1970, mais en 1975, l'OMS a défini les médicaments essentiels comme étant « de la plus haute importance et donc de base, indispensables et nécessaires pour les besoins de santé de la population. Ils devraient être disponibles en tout temps, dans les doses appropriées, à tous les segments de la société ». En 1977, l'OMS publie une Liste modèle de médicaments essentiels (EMB), incluant à peu près 200 médicaments et vaccins,

7. Kwon (2003) analyse comment cette frontière a éclaté en Corée et engendré une grève des médecins.

par noms génériques (Reich, 1987). Cependant, ni l'OMS ni l'industrie ne peuvent décider quelles formes de distribution sont les plus appropriées pour un pays en particulier; ces décisions sont la prérogative de la souveraineté nationale.

Après la publication de cette liste, les pays ont préparé leurs propres listes de médicaments essentiels selon d'autres types de rationalité. La Chine a, par exemple, proposé la sienne en la fondant sur des principes de sécurité, d'efficacité, d'usages appropriés dans les conditions chinoises, de disponibilité des matériaux bruts et en fonction de prix raisonnables (Dong *et al.*, 1999). En Inde, la stratégie est plus conforme aux politiques de l'OMS et la première liste de médicaments essentiels, dressée en 1994, est basée sur les lignes directrices de cet organisme. Elle est révisée tous les deux ans afin de l'adapter aux modifications du contexte social, culturel et politique. Une mise en commun centralisée (*centralized pooled procurement*) de médicaments a été effectuée afin de gérer la qualité et un total de près de 2 000 professionnels de la santé ont reçu une formation touchant les divers aspects des médicaments essentiels et l'usage rationnel de médicaments basé sur l'EMB. Le succès du modèle indien peut être rattaché à sa nature holistique et à son approche multifacette (Chaudhury *et al.*, 2005), alors que d'autres pays ont été confrontés à des difficultés dans la mise en œuvre de ce type de politiques. Le réseau international pour l'utilisation rationnelle des médicaments (INRUD) a été établi en 1989 en vue de régler le problème de l'«irrationalité» dans les usages des médicaments, c'est-à-dire ceux qui s'écartent des notices des protocoles biomédicaux adoptés par les politiques de santé internationale (Ross-Degnan *et al.*, 1992). Un accent important est mis sur l'accès financier, et une méthode pour réduire les prix et augmenter l'utilisation «rationnelle» des médicaments est proposée en fonction de chaque médicament considéré comme «essentiel» et des leçons sont tirées des expériences sur le terrain (voir Gupta *et al.*, 2001, pour le cas des médicaments contre la tuberculose).

Dans une majorité de pays, la distribution des médicaments ne se situe pas toujours dans des circuits régulés. Dans ce processus de diffusion, les groupes d'acteurs aux intérêts souvent contradictoires se situent, en reprenant la catégorisation de Kleinman (1980), dans trois secteurs: populaire, biomédical et traditionnel. Les médicaments circulent dans ces trois sphères qui, loin d'être imperméables, permettent des transferts constants entre les marchés formels et informels. Ceux-ci font appel à des intermédiaires multiples (distributeurs, grossistes, prescripteurs, pharmaciens, commerçants, vendeurs non qualifiés) qui contribuent à la diffusion des médicaments dans des espaces variés (magasins généraux, pharmacies, hôpitaux, marchés, stations de camionnage, etc.), en compétition et en expansion constante (Kamat et Nichter, 1998; Okumura *et al.*, 2002). L'étude de Van Der Geest *et al.* (1996) montre à ce sujet que les pharmaciens ont une fonction dont l'importance fluctue selon la disponibilité de ces professionnels. Kamat (1994), à partir d'une étude menée sur un échantillon de pharmacies de Bombay, révèle à ce propos la baisse du statut professionnel du pharmacien.

Néanmoins, les pharmacies ne se limitent pas à des transactions commerciales mais elles sont aussi des espaces où des informations médicales sont échangées, des conseils prodigués et des diagnostics posés par des employés paramédicaux (Kamat et Nichter, 1998).

Dans le contexte africain, les pharmaciens diplômés sont peu nombreux et il n'est donc pas possible d'assurer leur présence dans chaque pharmacie. Foster (1991) a ainsi noté que dans la ville nigérienne de Maiduguri, seulement une minorité des pharmacies étudiées était tenue par des pharmaciens qualifiés. Les autres employaient des vendeurs qui ignoraient les réglementations entourant les prescriptions et les dates d'expiration et vendaient des médicaments populaires non conformes aux exigences biomédicales. D'autres vendeurs, sans formation professionnelle adéquate, se retrouvaient dans de nombreux points de vente (p. ex., des marchés) où un pourcentage important de médicaments qui ne correspondaient pas aux normes de qualité sont écoulés sans prescription, ce qui indique que les filières des contrefaçons s'infiltrent dans ces réseaux informels (Atueyi, 1988). En Amérique latine, la position des pharmaciens varie selon le degré d'urbanisation. Dans les grandes villes, des pharmaciens professionnels assument souvent le rôle de prescripteur, alors que dans les zones rurales, le médicament est disponible bien avant que le savoir biomédical qui accompagne sa prescription et son usage ne soit diffusé, les chaînes dérégulées s'infiltrant également dans ces zones peu contrôlées (White *et al.*, 2000). Les guérisseurs traditionnels s'approprient aussi les médicaments pharmaceutiques et les distribuent selon leurs propres logiques médicale, commerciale et culturelle (Foster, 1991 ; Bledsoe et Goubaud, 1985 ; Haak et Hardon, 1988).

D'autres catégories de distributeurs de médicaments sont présentes dans plusieurs régions du monde, comme les travailleurs en santé au Brésil, un phénomène qui aurait aussi pris une ampleur considérable en Afrique (Trouiller, 1997). Le secteur privé non lucratif, qui est généralement opéré par des missionnaires et des ONG humanitaires telles que MSF ou Save the Children, obtient les médicaments des agences d'achats spécialisées comme ECH, IDA ou UNICEF, dans certains cas en gros et sous la forme de génériques. Au Kenya, ces organismes prodiguent environ 25 % des soins de santé et, en coopération avec l'OMS, ils ont contribué à la réduction de la surprescription et des prix des médicaments (Foster, 1991), engendrant du même coup une plus grande circulation, parfois incontrôlée, de produits pharmaceutiques. Les conditions d'entreposage dans les pays du Sud tendent également à entraîner la détérioration des médicaments ou leur disparition, un problème lié à des modes de contrôle et de gestion déficients qui ont pour conséquence de favoriser leur insertion dans les circuits dérégulés (Foster, 1991).

7. ASPECTS SOCIOCULTURELS DE LA PRESCRIPTION

La prescription des médicaments est un moment important dans l'itinéraire du médicament. C'est en effet l'un des actes significatifs par lequel peuvent être saisis non seulement les rapports entre le médecin et le patient dont elle constitue la preuve tangible, mais aussi les perceptions et les réactions aux médicaments et à leur fonction dans le processus thérapeutique qui peuvent dépendre des qualités de ceux qui les prescrivent (Nichter et Nordstrom, 1989) et de l'écoute de leurs patients (Ngokwey, 1995). L'ordonnance sera en particulier interprétée par les patients selon des processus culturels qui renvoient notamment au rapport à l'écrit et à l'autorité médicale. L'abord anthropologique renouvelle l'approche de cet acte simultanément performatif et de communication, comme l'a montré Fainzang (2001b) dans son étude sur les médicaments en France. Expression de l'expertise ou du pouvoir des médecins, la prescription et l'ordonnance sont accueillies et acceptées de façon différente selon les cultures ou les sensibilités religieuses. Si, dans les chaînes régulées, la prescription est généralement le fait des médecins dûment accrédités, ceux-ci ne se conforment pas toujours aux règles déontologiques dans ce domaine (Lévy et Garnier, 2005); les informations sur la posologie, les effets secondaires ou les interactions entre médicaments ne sont pas toujours transmises, alors que des erreurs dans le nom et la posologie surviennent. La surprescription de médicaments (antibiotiques, antidépresseurs, analgésiques, etc.) est aussi notable, et les médecins peuvent contribuer aux mésusages des médicaments en les prescrivant sans raison médicale, favorisant indirectement leur revente dans les circuits parallèles. Dans les autres chaînes, cet acte peut être le fait d'intervenants (pharmaciens, vendeurs, tradipraticiens, etc.) qui ne sont pas toujours au courant des conséquences découlant d'une mauvaise prescription. Ainsi, au Brésil (Haak, 1988; Ngokwey, 1995), dans les villages, les pharmaciens outrepassent souvent leur fonction première en prescrivant des médicaments à leurs clients en lieu et place des médecins, alors qu'en milieu urbain, les docteurs n'hésitent pas à distribuer des échantillons proposés par les représentants des compagnies pharmaceutiques. La prescription formelle ou informelle des médicaments n'obéit pas toujours à des principes fondés médicalement. C'est le cas, par exemple, des suppléments alimentaires ou des toniques à la valeur douteuse malgré leur prix élevé (Greenhalgh, 1987).

8. ASPECTS SOCIOCULTURELS DE L'AUTOMÉDICATION

L'obtention des médicaments sans passer par l'étape de la prescription formelle est aussi une stratégie associée à l'automédication qui constitue une conduite qui déroge au suivi médical. Dans certains pays, comme l'Inde, une proportion importante de personnes s'autoprescrivent des antibiotiques en recopiant le nom du médicament d'une ancienne ordonnance personnelle ou familiale, ou en les obtenant

d'un pharmacien ou d'autres intervenants (Saradamma, Higginbotham et Nichter, 2000). Ils peuvent aussi leur mentionner oralement ou par écrit le nom du médicament, en montrer un échantillon, décrire aux employés de la pharmacie les symptômes ou la forme et la couleur des comprimés (Kamat et Nichter, 1998). L'achat d'antibiotiques sans prescription se retrouve aussi au Vietnam (Okumura *et al.*, 2002), où il constitue un problème préoccupant à cause du développement des souches résistantes, ce qui a contraint les autorités à légiférer pour instaurer l'obligation de prescription pour les antibiotiques, mais, dans la pratique, ce problème est loin d'avoir été réglé, le marché dérégulé existant toujours. Les contrefaçons de médicaments ou la présence de produits périmés qui se retrouvent dans les circuits commerciaux peuvent contribuer, dans le cas de l'automédication, à une détérioration de la santé (Rozendaal, 2001 ; Newton *et al.*, 2001). Le problème de l'automédication se retrouve aussi dans le contexte des pays postindustrialisés. C'est le cas en France où, selon un sondage (Taylor Nelson Sofres Santé, 2001), 80 % des répondants disent recourir à l'automédication pour des problèmes bénins. Cette automédication peut par ailleurs dépendre des orientations religieuses, comme l'a montré Fainzang (2001b) dans son étude. Les répondants d'origine protestante, pour des raisons liées à la valeur religieuse reconnue à la gestion personnelle de l'existence, étaient plus enclins à y recourir que les catholiques ou les musulmans.

9. ASPECTS SOCIOCULTURELS DE LA CONSOMMATION, DES USAGES ET DE L'EFFICACITÉ DU MÉDICAMENT

Les études anthropologiques montrent aussi que la consommation des médicaments obéit à des modalités variées. Dans plusieurs contextes, on retrouve des formes de pluralisme médical s'appuyant sur la coexistence de traitements faisant partie de la pharmacopée locale ou de traitements arrimés à la pharmacologie moderne. C'est le cas au Brésil, par exemple (Haak, 1988 ; Ngokwey, 1995), où chaque catégorie de traitement renvoie soit à la nosologie biomédicale, soit à des conceptions populaires et locales de la maladie. Les processus de modernisation peuvent aussi entraîner l'abandon des pharmacopées locales au profit des produits pharmaceutiques. Ainsi, une étude des pharmacies domestiques de Salvador de Bahia (Nery *et al.*, 2006) indique qu'un nombre important de médicaments s'y retrouvent, certains d'entre eux présentant des risques iatrogènes liés à leur usage ou à leur composition pharmacologique, tandis que les remèdes traditionnels ont disparu. Pour chaque classe de maladies, on relève par ailleurs une diversité de médicaments et les échantillons pharmaceutiques forment un pourcentage significatif des médicaments disponibles dans le contexte domestique.

Les croyances sur les médicaments et leur efficacité, qui dépendent des conceptions du corps et du temps (Fainzang, 2001b), interviennent aussi sur leur choix et leur usage. Ainsi, dans certaines cultures, comme celle des Mende du

Sierra Leone, l'efficacité des médicaments est fondée sur des critères (couleur, consistance, goût, taille) qui s'éloignent des prémisses pharmacologiques d'origine (Bledsoe et Goubaud, 1985). De même, chez les Hausa du Nigeria, la sélection des antibiotiques se fait à partir du critère de la couleur, le rouge étant associé aux blessures et au sang (Etkin et Tan, 1994). Le choix des médicaments est aussi dépendant des croyances quant à leur efficacité, comme c'est, entre autres, le cas au Brésil (Nogkwey, 1995), où les génériques sont considérés moins efficaces que les marques originales. Les critères d'efficacité sont aussi liés à la rapidité et à la permanence de leur action sur les symptômes ressentis et l'état de santé. Les modes d'absorption peuvent aussi obéir à des évaluations culturelles, comme c'est le cas chez les immigrants d'origine hispanique vivant aux États-Unis qui préfèrent les injections de vitamines à leur ingestion jugée moins efficace (McVea, 1997). La non-observance thérapeutique pose un grave problème car elle joue sur les coûts de la santé en multipliant les ordonnances, les hospitalisations et les visites médicales, augmentant les cas de décès et les invalidités.

Les raisons sous-jacentes à cette situation renvoient à des facteurs et des représentations complexes variant selon les maladies, les traitements et leur durée, mais, comme l'a montré Fainzang (2001b), le milieu culturel et religieux des patients joue un rôle important dans le type de relation qui est établie avec le médecin (soumission ou indépendance) et dans le rapport à l'ordonnance, au médicament et à l'observance. Dans le cas des multithérapies contre le VIH/sida, de nombreuses études ont été effectuées sur la question de l'observance aux traitements, tant en Europe (Weiss, 2000; Moatti et Spire, 2000) que dans les pays en voie de développement (Desclaux *et al.*, 2002). Elles ont fait ressortir la complexité des facteurs psychosociaux qui interviennent et les répercussions des représentations des maladies et de leur statut ainsi que des conceptions des effets qui peuvent amplifier ou réduire la posologie recommandée. Les modalités liées au dévoilement des maladies, les contraintes financières, l'accès à long terme aux médicaments et les soins de santé souvent problématiques peuvent aussi interférer sur le traitement, comme l'illustre le cas du VIH/sida. De plus, la façon dont les médicaments sont réinterprétés dans le contexte des classifications locales, de même que certaines de leurs caractéristiques (couleur, nombre des comprimés), peut intervenir sur le suivi. La durée du traitement, ses effets secondaires (dont la perception peut être positive dans la mesure où elles sont la preuve d'une action sur l'organisme), de même que ses répercussions sur la qualité de vie, peuvent aussi intervenir sur une observance adéquate rattachée à l'expérience thérapeutique qui vient réinterpréter celle de la maladie. L'inobservance de la prescription peut aussi constituer un mode de rejet du système biomédical dominant, exprimé à la fois à l'égard du médecin et des médicaments, d'où le recours aux médecines alternatives (Van Der Geest *et al.*, 1996).

Ces perceptions et ces attitudes s'inscrivent dans un ensemble de représentations diversifiées qui révèlent que les médicaments sont investis de significations multiples. Ainsi, ils sont considérés comme des substances bienfaisantes, accueillies positivement en raison de leur origine étrangère et de leur efficacité dans le traitement des maladies. À l'inverse, ils peuvent être chargés d'une valence négative qui dérive de leur mode de production scientifique. Considérés comme artificiels et toxiques, associés aux effets indésirables (Van Der Geest *et al.*, 1996), ils sont rejetés au profit de produits alternatifs jugés comme plus naturels et moins problématiques pour l'organisme (Bode, 2002).

Réinterprétés en fonction des modèles médicaux populaires, mais sans toujours produire sur eux une modification significative (Cocks et Moller, 2002), les médicaments peuvent faire l'objet de résistances, en particulier lorsqu'ils touchent des préoccupations culturelles centrales comme la fécondité. C'est le cas, par exemple, des contraceptifs qui, pour les femmes du Sri Lanka, sont considérés comme brûlant les substances corporelles associées à la vitalité et à la force (Nichter et Nichter, 1996), et, pour les Yoruba, comme affectant le potentiel de reproduction (Koster, 2002). Ces exemples montrent bien que la compréhension des médicaments ne peut faire l'économie de la prise en considération de dimensions sous-estimées dans le modèle biomédical dominant.

10. TENDANCES ÉMERGENTES

Depuis l'étude de Van Der Geest *et al.* sur le « cycle de vie » du médicament, de nombreux aspects du médicament se sont transformés (distribution via Internet, problèmes des génériques, médicaments antirétroviraux, pharmacogénomique, médicaments biologiques produits par des cellules vivantes, etc.). L'accélération des processus de mondialisation, la réorganisation des compagnies pharmaceutiques, les crises de confiance dans les médicaments (comme le *Vioxx* et le *Celebrex*) et les interrogations éthiques, politiques et sociales se sont multipliées, ce qui peut orienter les travaux des anthropologues sur de nouveaux thèmes. On peut ainsi dégager tout un champ de recherches sur l'usage des médicaments de confort, relatifs à la fonction sexuelle, comme le *Viagra*, le *Cialis* ou le *Levitra* (voir le chapitre de Lévy *et al.*, dans cet ouvrage), ou intervenant sur l'apparence physique et les capacités intellectuelles (Moffat, 2000 ; Rosenzweig, 2002 ; Young, 2003 ; Flower, 2004).

Un autre thème déjà traité par des épidémiologistes, des psychologues (Greenhill, 1998 ; Lafortune *et al.*, 2004) ou des anthropologues (Bush et Hardon, 1990 ; Van der Geest, 1999 ; Van der Geest et Geissler, 2003 ; Conrad, 2004 ; Lagerlov *et al.*, 2003) présentant un intérêt certain, est celui des représentations

et des usages du médicament chez les enfants et les adolescents qui restent encore mal connus, même si plusieurs travaux ont porté sur les médicaments psychotropes chez l'enfant, par exemple le *Ritalin*.

La problématique des médicaments essentiels, soulevée par l'OMS dans les années 1970, et réactivée dans les années 1990 (Hardon *et al.*, 1991 ; Pécoult *et al.*, 1999 ; Jitta *et al.*, 2003), est de plus en plus d'actualité dans le contexte plus récent de l'épidémie de VIH/sida, mais aussi d'autres maladies endémiques comme le paludisme et la tuberculose. Les anthropologues se sont un peu moins investis dans la problématique des médicaments génériques que d'autres chercheurs comme les économistes de la santé ou les spécialistes en santé publique, en droit ou en sciences politiques, qui réfléchissent à la gestion de l'approvisionnement, au prix du médicament générique et aux enjeux liés à la responsabilité communautaire (achats groupés, mouvement de patients, campagne de prévention ; Dixneuf, 2003 ; Ina Maïga *et al.*, 2003 ; Naudin, 2003 ; Chaudhury *et al.*, 2005). Cependant, le médicament générique apparaît au détour de certaines études anthropologiques sur l'usage du médicament (usage social et culturel, usage rationnel, automédication, etc. ; Fainzang, 2001b ; Okumura *et al.*, 2002). Les anthropologues ne se sont pas encore intéressés aux maladies et aux médicaments orphelins, et ce, malgré les appels de certains médecins (Trouiller *et al.*, 2001) et d'organisations comme l'OMS ou le GIS-Institut des maladies rares (France). Ce dernier, créé en 2002, a lancé des appels d'offres, depuis 2004, destinés à susciter et à financer des recherches pour le développement de médicaments ainsi que des recherches en sciences humaines et sociales dans ce domaine.

Un autre thème de recherche important à développer porte sur la place d'Internet dans la chaîne des médicaments, en ce qui a trait à la fois à la place des médicaments dans le cyberspace et aux usages (groupes de discussion, achats, etc.). On peut citer à cet égard l'étude originale de Akrich et Meadel (2002) qui utilisent des listes de discussion électronique pour étudier le discours de patients sur les médicaments. Internet est d'ailleurs devenu un tout nouveau terrain pour les anthropologues dans ces dernières années, car, comme le constate Castells : « *The Internet is the fabric of our lives* » (Miller et Slater, 2000 ; Castells, 2001).

L'étude des constructions et des usages du médicament en contexte migratoire, parmi les groupes ethnoculturels vivant dans les pays du Nord, constitue une autre orientation de recherche intéressante. Les modalités de métissage et de pluralisme culturels sont importantes à cerner dans la mesure où ils peuvent révéler les processus de transformations des représentations de la maladie et du traitement en contexte migratoire, ainsi que les stratégies de résistance ou d'accueil des médicaments, comme le montre, par exemple, une étude sur les représentations et l'adhésion au traitement antirétroviral chez des femmes montréalaises d'origine africaine, haïtienne et québécoise vivant avec le VIH/sida (Bastien *et al.*, 2004).

La question de l'« ethnicisation » du médicament, à la suite de la mise en marché du *Bidil*, un médicament prescrit seulement aux Afro-Américains dans le cas d'insuffisance cardiaque, est une tendance à suivre. Ce médicament a déjà soulevé des problèmes éthiques importants un peu avant et au lendemain de l'autorisation donnée par la FDA pour sa mise sur le marché en juin 2005 (Kahn, 2004, 2005 ; Payne, 2004 ; Bloche, 2004 ; Taylor *et al.*, 2004 ; Duster, 2005). Il existe aussi, en parallèle à ce médicament ethnique issu de la pharmacogénomique, une demande sociale des populations pour des médicaments différents et adaptés (parfois simplement en termes de posologie, de mode d'administration, etc. ; Morin *et al.*, 2002). Sur ces questions, l'anthropologue a un rôle à jouer dans la compréhension de la demande ou du rejet du médicament pharmaceutique occidental (Laplante, 2004 ; Kirmayer, 2002). À part les chaînes des médicaments dont nous avons esquissé les dimensions, il conviendrait d'analyser celles qui renvoient à la transformation des remèdes et des produits traditionnels en médicaments proprement dits. C'est ainsi le cas d'un arbuste floral, le *Sutherlandia frutescens microphylla*, utilisé « traditionnellement » pour renforcer l'immunité et, plus récemment, pour traiter les personnes atteintes du VIH, et qui a donné lieu à un essai clinique mené par la firme pharmaceutique allemande Phyto Nova en Afrique du Sud, en mai 2002 (Cullinan, 2001). On trouve également des médicaments issus des médecines traditionnelles en Chine, au Vietnam et dans d'autres pays de l'Asie du Sud-Est pour stimuler le système immunitaire des personnes séropositives ou encore pour sevrer les toxicomanes (Heggenhougen, 1984 ; Portsmouth *et al.*, 2003 ; Dobos *et al.*, 2005). Certains médicaments issus des pharmacopées traditionnelles, par exemple le sirop contre la toux de Mme Pearl, d'origine chinoise, qui possède son DIN, ont connu une intégration remarquable au Canada. Le développement de ces nouveaux médicaments se heurtera sans doute aux contraintes de l'essai clinique, au contrôle de qualité ou d'innocuité exigés dans la réglementation des médicaments et aux obstacles bureaucratiques provenant à la fois des gouvernements et des entreprises pharmaceutiques. Dans le contexte de la mondialisation, on verra certainement le développement de conflits entre le Nord et le Sud quant au contrôle du marché des médicaments.

CONCLUSION

Le médicament apparaît donc, d'un point de vue socioculturel, comme un objet complexe, tant dans ses représentations que dans ses usages, qui s'inscrit dans des chaînes multiples et enchevêtrées, obéissant, de la conception à la consommation, à des modalités de régulation à la fois économiques, biomédicales, sociales et éthiques. Produit par les compagnies pharmaceutiques, contrôlé par les États ou inséré dans les circuits de la contrefaçon, le médicament constitue dans les stratégies de la mondialisation une marchandise au statut ambivalent, à la fois convoité et rejeté, apprécié et méprisé. Produit biomédical, il échappe souvent à

cette définition pour se transformer en fonction des constructions socioculturelles dominantes du corps, de la maladie et du traitement, mais aussi selon des itinéraires variés dépendant des expériences et du vécu personnels. Il est ainsi accueilli et employé en fonction de critères qui peuvent s'éloigner des visées biomédicales originelles et investi d'une charge affective importante. Source d'espoir, de bien-être et de vie, le traitement peut aussi être un rappel constant de la maladie et de la mort. Le médicament apparaît alors, comme le souligne Dagognet (1964, p. 27), comme « une matière équivoque et contradictoire, [...] toxique et bienfaisante en même temps, source de crainte et d'attraction, danger et secours, chose et esprit, forme apparente et force cachée », ce que les études socioculturelles mettent nettement en évidence.

BIBLIOGRAPHIE

- Agarwal, A. (1978). *Drugs and the Third World*, Londres, Earthscan.
- Akrich, M. (1996). « Le médicament comme objet technique », *Revue internationale de psychopathologie*, vol. 21, p. 135-158.
- Akrich, M. et C. Meadel (2002). « Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, p. 89-116.
- Ankri, J., B. Beaufile, D. Ledisert et C. Henrard (1997). « Comportement vis-à-vis des médicaments et représentation de soi chez des personnes âgées souffrant de maladies chroniques », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 3, p. 337-345.
- Appadurai, A. (dir.) (1986). *The Social Life of Things : Commodities in Cultural Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Argentier, S. et al. (2003). « Les médicaments antirétroviraux et le VIH/sida entre espoir et scepticisme », *Frontières*, automne, p. 44-50.
- Atueyi, I. (1988). « Source of Fake Drugs », *Pharmanews*, vol. 10, n° 4, avril.
- Augé, M. (1986). « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, vol. 26, nos 1-2, p. 81-90.
- Augé, M. et C. Herzlich (1983). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Des archives contemporaines.
- Axon, S.R. (1994). « Dispensing Doctors – An International Perspective », *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, vol. 11, p. 106-111.
- Barfield, T. (dir.) (1997). *The Dictionary of Anthropology*, Cambridge, Blackwell.
- Bastien, R. M. Fernet, J.J. Lévy, G. Trottier, J. Otis, J. Samson, M. Harerimana, M. Rateau, R. Pelletier, N. Lapointe, S. Richard, I. Goupil et M. Bucher (2004). « Vivre avec les médicaments antirétroviraux et l'infection VIH/sida : l'univers amoureux et sexuel de femmes montréalaises d'origine africaine sous traitement », dans J.J. Lévy, J. Pierret et G. Trottier (dir.), *Les traitements antirétroviraux : espérances et défis*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Benoist, J. (1990). « Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique », *Projections. La santé au futur*, vol. 1, p. 45-50.

- Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- Blanc, M.-È. (2003). *La pratique associative vietnamienne : tradition et modernité*, Université de Lille III, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Bledsoe, C.H. et M.F. Goubaud (1985). «The Reinterpretation and Distribution of Conceptual Frameworks and Pharmaceuticals: An Example from the Mende of Sierra Leone», *Social Science and Medicine*, vol. 21, n° 3, p. 275-282.
- Bloche, M.G. (2004). «Race-Based Therapeutics», *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, n° 20, p. 2035-2037.
- Bobrow, M. et S. Thomas (2001). «Patents in a Genetic Age», *Nature*, vol. 409, p. 763-764.
- Bode, M. (1998). «On the Consumption of Ayurvedic Pharmaceuticals in India: Extracting the Poison of Modernization», dans A. Gevers (dir.), *Uit de Zevende Hemel: Vijftig Jaar Politieke en Sociaal-Culturele Wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam*, Amsterdam, Het Spinhuis, p. 361-371.
- Bode, M. (2002). «Indian Indigenous Pharmaceuticals: Tradition, Modernity and Nature» dans W. Ernst (dir.), *Plural Medicine: Orthodox and Heterodox Medicine in Western and Colonial Countries During the 19th and 20th Centuries*, Londres, Routledge, p. 187-207.
- Bonte, P. et M. Izard (dir.) (2000). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. «Quadrige».
- Boyce, N. et A. Coghlan (2000). «Your Genes in Their Hands», *New Scientist*, vol. 166, n° 2239, p. 15.
- Braithwaite, J. (1984). *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*, Londres, Routledge.
- Bury, M. (1982). «Chronic Illness as Biographical Disruption», *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, p. 167-182.
- Bush, P.J. et A.P. Hardon (1990). «Towards Rational Medicine Use: Is There a Role for Children?», *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 9, p. 1043-1050.
- Castells, M. (2001). *The Internet Galaxy. Reflections on Internet, Business, and Society*, Oxford, Oxford University Press.
- Chalker, J. (2001). «Improving Antibiotic Prescribing in Hai Phong Province, Viet Nam: The "Antibiotic-Dose – Indicator"», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, n° 4, p. 313-320.
- Chaudhury, R.R., R. Parameswar, U. Gupta, S. Sharma, U. Tekur et J.S. Bapna, (2005). «Quality Medicines for the Poor: Experience of the Delhi Programme on Rational Use of Drugs», *Health Policy and Planning*, vol. 20, n° 2, p. 124-136.
- Cheung, Y. et J. Chien (1996). «Drug Use and Drug Policy in Hong Kong: Changing Patterns and New Challenges», *Substance Use and Misuse*, vol. 31, n°s 11-12, p. 1573-1597.
- Chomsky, N. (1994). «Le pillage des ressources intellectuelles», *Écologie politique*, vol. 9, printemps, p. 49-53.
- Cocks, M. et V. Moller (2002). «Use of Indigenous and Indigenised Medicines to Enhance Personal Well-Being: A South African Case Study», *Social Science and Medicine*, vol. 54, p. 387-387.

- Cohen, D., J. Collin, G. Perodeau et M. McCubbin (2000). «Le médicament psychotrope comme phénomène social et culturel : une approche systémique, constructiviste et critique», *Perspectives Psy*, vol. 39, n° 1, p. 31-39.
- Cohen, D., M. McCubbin et J. Collin (2001). «Medications as Social Phenomena», *Health*, vol. 5, n° 4, p. 441-469.
- Collin, J. (2002). «Observance et fonctions symboliques du médicament», *Gérontologie et société*, vol. 103, p. 141-159.
- Conrad, P. (1985). «The Meaning of Medications : Another Look at Compliance», *Social Science and Medicine*, vol. 20, n° 1, p. 29-37.
- Conrad, P. (2004). «Prescribing More Psychotropic Medications for Children : What Does the Increase Mean ?», *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 158, n° 8, p. 753-9.
- Conrad, P. et J.W. Schneider (1980). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Missouri, Moshy.
- Cosminsky, S. et M. Scrimshaw (1980). «Medical Pluralism on a Guatemalan Plantation», *Social Science and Medicine*, vol. 14 B, p. 287-278.
- Courgeau, D. et E. Lelièvre (1990). «L'approche biographique en démographie», *Revue française de sociologie*, vol. 31, p. 55-74.
- Croghan T.W. et P.M. Pittman (2004). «The Medicine Cabinet: What's in it, Why, and Can We Change the Contents ? A Framework for Aligning Business Objectives with Medical Need», *Health Affairs*, vol. 23, n° 1, p. 23-33.
- Cullinan, K. (2001) «Medicinal Plant Faces Scientific Test», <www.health-e.org.za/news/easy_print.php?uid=20011146>, consulté le 5 septembre 2006.
- Dagognet, F. (1964). *La raison et les remèdes*, Paris, Presses universitaires de France.
- Dehue T. (2002). «A Dutch Treat : Randomized Controlled Experimentation and the Case of Heroin-Maintenance in the Netherlands», *History of the Human Sciences*, vol. 15, n° 2, p. 75-98.
- Desclaux, A. et J.-J. Lévy (2003b). «Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ?», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 5-21.
- Desclaux, A., M. Ciss, B. Taverne, P.S. Sow, M. Egrot, M.A. Faye, I. Lanièce, O. Sylla, E. Delaporte et I. Ndoeye (2003a). «Access to Antiretroviral Drugs and AIDS Management in Senegal», *AIDS*, vol. 17 (suppl. 3), p. S95-S101.
- Desclaux, A., I. Laniece, I. Ndoeye et B. Taverne (2002). *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, Éditions ANRS, coll. «Sciences sociales et sida», <www.anrs.fr/index.php/article/articleview/1008/1/158>, et le texte intégral (pdf), <www.ird.sn/activites/sida/pdf/ISAARV.pdf>, consulté le 5 septembre 2006.
- Dixneuf, M. (2003). «Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale», *Revue française de science politique*, vol. 53, n° 2, p. 277-304.
- Dobos, G.J., L. Tan, M.H. Cohen, M. McIntyre, R. Bauer, X. Li et A. Bensoussan (2005). «Are National Quality Standards for Traditional Chinese Herbal Medicine Sufficient ? Current Governmental Regulations for Traditional Chinese Herbal Medicine in Certain Western Countries and China as the Eastern Origin Country», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 13, p. 183-190.

- Dong, H., L. Bogg, C. Rehnberg et V. Diwan (1999). «Drug Policy in China: Pharmaceutical Distribution in Rural Areas», *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 777-786.
- Dubar, C. et D. Demazière (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Paris, Nathan, coll. «Essais et recherches».
- Duong, D.T., C.W. Binns et T.V. Le (1997). «Availability of Antibiotics as Over-the Counter Drugs in Pharmacies: A Threat to Public Health in Vietnam», *Tropical Medicine et International Health*, vol. 2, n° 12, p. 1133-1139.
- Duster, T. (2005). «Race and Reification in Science», *Science*, vol. 307, n° 5712, p. 1050-1051.
- Ecks, S. (2005). «Psychotropic Drugs and the Promise of Demarginalization», *Translocality. Discussing Culture and Change in the 21st Century*, University of Edinburgh, CASCA/SANA/UADY, Mérida, Mexique, 7 mai.
- Escobar, A. (1984-1985). «Discourse and Power in Development: Michel Foucault and the Relevance of His Work to the Third World», *Alternatives*, vol. 10, p. 377-400.
- Etkin, N.L. (1992). «Side Effects: Cultural Constructions and Reinterpretations of Western Pharmaceuticals», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 6, n° 2, p. 99-113.
- Etkin, N.L. (1994). «The Negotiation of "Side" Effects in Hausa (Northern Nigeria) Therapeutics», dans N.L. Etkin et M.L. Tan (dir.), *Medicines: Meanings and Contexts*, Amsterdam et Quezon City, Philippines, University of Amsterdam et HAIN.
- Etkin, N.L. et M.L. Tan (dir.) (1994), *Medicines: Meanings and Contexts*, Amsterdam et Quezon City, University of Amsterdam et HAIN.
- Fainzang, S. (2001a). «Douleur, religion et médicaments», dans J.M. Marconot (dir.), *Représentations des maladies et de la guérison dans la Bible et ses traditions*, Université de Montpellier III/CNRS, p. 147-159.
- Fainzang, S. (2001b). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses universitaires de France.
- Fainzang, S. (2002). «Les médicaments: des prescriptions aux usages», *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, p. 5-33.
- Falkenberg T. et G. Tomson (2000). «The World Bank and Pharmaceuticals», *Health Policy and Planning*, vol. 15, n° 1, p. 52-58.
- Fassin, D. (1986). «Illicit Sale of Pharmaceuticals in Africa: Sellers and Clients in the Suburbs of Dakar», *Tropical and Geographical Medicine*, vol. 40, p. 166-170.
- Faure, O. (1993a). «Le rôle du médicament dans la médicalisation en France au XIX^e siècle», dans O. Touati (dir.), *Maladies, médecines et sociétés. Approches historiques pour le présent*, Paris, L'Harmattan.
- Faure, O. (1993b). «Le succès du médicament en France au XIX^e siècle et ses significations», dans J.-C. Beaune (dir.), *La philosophie du remède*, Paris, Champ Vallon, p. 216-225.
- Ferguson, A.E. (1981). «Commercial Pharmaceutical Medicine and Medicalization: A Case Study from El Salvador», *Culture, Medicine and Psychiatry* vol. 5, p. 105-134.
- Ferguson, A.E. (1988). «Commercial Pharmaceutical Medicine and Medicalization: A Case study from El Salvador», dans S. van der Geest et S.R. Whyte (dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, p. 19-46.

- Finer, D. (1997). *Medicines in the News – A Content Analysis of Articles about Medicines in Four Vietnamese Newspapers 1993-94*. Preliminary Results.
- Finer, D. (1999). *Pressing Priorities: Consumer Drug Information in the Vietnamese Marketplace*, Stockholm, IHCAR, Karolinska Institutet.
- Finer, D. et G. Tomson (1999). «Medicines in the News. Content Analysis of Drug Articles in Four Vietnamese Newspapers», *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, vol. 12, n° 2, p. 109-122.
- Fleising, U. (1998). «Point of View. A Mirror for Biotechnology», *Genetic Engineering News*, 1^{er} septembre.
- Flower, R. (2004). «Lifestyle Drugs: Pharmacology and the Social Agenda», *Trends in Pharmacological Sciences*, vol. 25, n° 4, p. 182-185.
- Foster, S. (1991). «Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa: Some Issues and Possible Solutions», *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 11, p. 1201-1218.
- Furber, A.S., I.J. Hodgson, A. Desclaux et D.S. Mukasa (2004). «Barrier to Better Care for People with AIDS in Developing Countries», *British Medical Journal*, vol. 329, p. 1281-1283.
- Garnier, C. (2003). «la chaîne du médicament: construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative», dans J.J. Lévy et al., (dir.), *Enjeux sociaux de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 215-228.
- Gellert, G.A. (1995). «The Influence of Market Economics Health Care in Vietnam», *Journal of American Medical Association*, vol. 273, n° 19, p. 1498-1502.
- Genest, S. (1978). «Introduction à l'ethnomédecine. Essais de synthèse», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 2, n° 3, p. 5-28.
- Gilbert, L. (1998). «Dispensing Doctors and Prescribing Pharmacists: A South African Perspective», *Social Science and Medicine*, vol. 46, n° 1, p. 83-95.
- Gish, O. et L.L. Feller (1979). *Planning Pharmaceuticals for Primary Health Care: The Supply and Utilization of Drugs in the Third World*. Washington, D.C., American Public Health Association.
- Greenhalgh, T. (1987). «Drug Prescription and Self-Medication in India: An Exploratory Survey», *Social Science and Medicine*, vol. 42, p. 1155-1161.
- Greenhill, L.L. (1998). «The Use of Psychotropic Medication in Preschoolers: Indications, Safety, and Efficacy», *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 43, n° 6, p. 576-581.
- Gupta R., J.Y. Kim, M.A. Espinal, J.M. Caudron, B. Pecoul, P.E. Farmer et M.C. Ravigliione (2001). «Responding to Market Failures in Tuberculosis Control», *Science*, vol. 293, n° 5532, p. 1049-1050.
- Haak, H. (1988). «Pharmaceuticals in Two Brazilian Villages: Lay Practices and Perceptions», *Social Science and Medicine*, vol. 27, n° 12, p. 1415-1427.
- Haak, H. et M. Claeson (1996). «Regulatory Actions to Enhance Appropriate Drug Use: The Case of antidiarrhoeal drugs», *Social Sciences and Medicine*, vol. 52, n° 7, p. 1011-1019.
- Haak, H. et A.P. Hardon (1988). «Indigenized Pharmaceuticals in Developing Counties: Widely Used, Widely Neglected», *Lancet*, 10 septembre, n° 8611, p. 620-621.

- Halfvarsson, J., N. Hejjine, P. Ljungman, M.N. Ham, G. Holmgren et G. Tomson (2000). «Knowing When But Not How! – Mothers' Perceptions and Use of Antibiotics in a Rural Area of Vietnam», *Tropical Doctor*, vol. 1, p. 6-10.
- Hammer, J. (1992). «To Prescribe or Not to Prescribe: On the Regulation of Pharmaceuticals in Less Developed Countries», *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 9, p. 959-964.
- Hanan, B., F. Smith et M.A. Motawi (1996). «Drugs Dispensed With and Without a Prescription from Community Pharmacies in a Conurbation in Egypt», *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 2, n° 3, p. 506-514.
- Hardon, A. *et al.* (1991). *The Provision and Use of Drugs in Developing Countries: A Review of Studies and Annotated Bibliography*, Amsterdam, Spinhuis/HAI.
- Hardon, A.P. (1987). «The Use of Modern Pharmaceuticals in a Filipino Village: Doctor's Prescription and Self-medication», *Social Science and Medicine*, vol. 25, n° 3, p. 277-292.
- Hardon, A.P. (1992). «That Drug Is Hiyang for Me: Lay Perceptions of the Efficacy of Drugs in Manila, Philippines», *Central Issues in Anthropology*, vol. 10, n° 1, p. 86-93.
- Heggenhougen, H.K. (1984). «Traditional Medicine and the Treatment of Drug Addicts: Three Examples from Southeast Asia», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 16, n° 1, p. 3-7.
- Heller, T. (1977). *Poor Health, Rich Profits: Multinational Drug Companies and the Third World*, Nottingham, Spokesman Books.
- Helman, C. (1981). «“Tonic”, “Fuel”, “Food”: Social and Symbolic Aspects of the Long-Term Use of Psychotropic Drugs», *Social Science and Medicine*, vol. 15, n° 4, p. 521-533.
- Herzlich, C. et J. Pierret (1987). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton.
- Horne, R., L. Graupner, S. Frost, J. Weinman, S.M. Wright et M. Hankins (2004). «Medicine in a Multi-Cultural Society: The Effect of Cultural Background on Beliefs About Medications», *Social Science and Medicine*, vol. 59, p. 1307-1313.
- Hunte, P.A. et F. Sultana (1992). «Health-Seeking Behavior and the Meaning of Medications in Balochistan, Pakistan», *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 12, p. 1385-1397.
- Illich, Y. (1976). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, New York, Pantheon.
- Ina Maïga, F., S. Haddad, P. Fournier et L. Gauvin (2003). «Public and Private Sector Responses to Essential Drugs Policies: A Multilevel Analysis of Drug Prescription and Selling Practices in Mali», *Social Science and Medicine*, vol. 57, n° 5, p. 937-948.
- Jitta, J., S. Reynolds Whyte et N. Nshakira (2003). «The Availability of Drugs: What Does it Mean in Ugandan Primary Care», *Health Policy*, vol. 65, p. 167-179.
- Johnson, T. *et al.* (1995). *Health Professions and the State in Europe*, Londres, Routledge.
- Kahn, J. (2004). «How a Drug Becomes “Ethnic”: Law, Commerce, and the Production of Racial Categories in Medicine», *Yale J. Health Policy Law Ethics*, vol. 4, n° 1, p. 1-46.
- Kahn, J. (2005). «Ethnic Drugs», *Hastings Center Report*, vol. 35, n° 1, p. 49.

- Kamat, V.R. (1994). *Pharmacies, Self-Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay: An Ethnographic Case Study*. Thèse de doctorat, University of Arizona, Tucson.
- Kamat, V.R. et M. Nichter (1998). «Pharmacies, Self Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India», *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 6, p. 779-794.
- Kirmayer, L.J. (2002). «Psychopharmacology in a Globalizing World: The Use of Anti-depressants in Japan», *Transcultural Psychiatry*, vol. 39, n° 3, p. 295-322.
- Kleinman A, L. Eisenberg et B. Good (1978). «Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research», *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, p. 251-258.
- Kleinman, A. (1978). «Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems», *Social Science and Medicine*, vol. 12, p. 85-93.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.
- Koster, W. (2002). *Secret Strategies: Women and Abortion in the Context of Yoruba Society*. Thèse de doctorat, Université d'Amsterdam.
- Kwon, S. (2003). «Pharmaceutical Reform and Physician Strikes in Korea: Separation of Drug Prescribing and Dispensing», *Social Science and Medicine*, vol. 57, p. 529-538.
- Lafortune, D., C. Laurier et F. Gagnon (2004). «Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés au centre jeunesse», *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 34, n° 1, p. 157-176.
- Lagerlov, P., S. Helseth et T. Holager (2003). «Childhood Illnesses and the Use of Paracetamol (Acetaminophen): A Qualitative Study of Parents' Management of Common Childhood Illnesses», *Family Practice*, vol. 20, p. 717-723.
- Lam, C.L.K., M.G. Catarivas, C. Munro et I.J. Lauder (1994). «Self-Medication among Hong Kong Chinese», *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 12, p. 1641-1647.
- Laplanche, J. (2003a). «Pouvoirs de vie et de mort: les remèdes et les poisons dans l'Amazonie brésilienne contemporaine – remède ou poison?», *Frontières*, vol. 16, n° 1, p. 71-77.
- Laplanche, J. (2003b). «Le médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 59-75.
- Laplanche, J. (2004). *Pouvoir guérir: médecines autochtones et humanitaires*, Québec, Presses de l'Université Laval, coll. «Sociétés, cultures et santé», avec la participation de la Fédération canadienne des sciences humaines, du PADIE et du CRSH.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- Larsson, M. (2003). *Antibiotic Use and Resistance: Assessing and Improving Utilization and Provision of Antibiotic and Other Drugs in Vietnam*, Stockholm, Karolinska University Press.
- Larsson, M., G. Kronvall, N.T. Chuc, I. Karlsson, F. Lager, H.D. Hanh, G. Tomson et T. Falkenberg (2000). «Antibiotic Medication and Bacterial Resistance to Antibiotics: A Survey of Children in a Vietnamese Community», *Tropical Medicine and International Health*, vol. 5, n° 10, p. 711-721.
- Latour, B. et S. Woolgar (1979). *Laboratory Life*, Princeton, NJ, Princeton University Press.

- Leal Ferreira, M.K. (2004). «Atração Fatal: Trabalho Escravo e o Uso de Psicotrópicos por Povos Indígenas de São Paulo», dans A. Leibing (dir.), *Tecnologias do corpo. Uma Antropologia das Medicinas no Brasil*, Rio de Janeiro, NAU Editora, p. 81-112.
- Lévy, J.J. et C. Garnier (2005). «Éthique de la responsabilité et chaîne des médicaments : idéaux et pratiques», dans E. Gagnon et F. Saillant (dir.), *De la responsabilité. Éthique et politique*, Montréal, Éditions Liber, p. 187-212.
- Lock, M. et al. (2000). *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Lock, M. (1990). «Rationalization of Japanese Herbal Medications: The Hegemony of Orchestrated Pluralism», *Human Organization*, vol. 49, n° 1, p. 41-47.
- Lock, M. (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, Berkeley, University of California Press.
- Logan, K. (1983). «The Role of Pharmacists and Over the Counter Medications in the Health Care System of a Mexican City», *Medical Anthropology*, été, p. 68-84.
- Long, S.O. (1987). «Health Care Providers: Technology, Policy, and Professional Dominance», dans E. Norbeck et M. Lock (dir.), *Health, Illness, and Medical Care in Japan. Cultural and Social Dimensions*, Honolulu, University of Hawaii Press.
- Löwy, I. (2000). «Trustworthy Knowledge and Desperate Patients: Clinical Tests for New Drugs from Cancer to AIDS», dans M. Lock, A. Young et A. Cambrosio (dir.), *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 49-81.
- Marks, H. (1999). *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Cambridge, Cambridge University Press.
- McVea, K.L.S.P. (1997). «Lay Injection Practices Among Migrant Farmworkers in the Age of AIDS: Evolution of a Biomedical Folk Practice», *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 91-98.
- Miller, D. et D. Slater (2000). *The Internet: An Ethnographic Approach*, New York, New York University Press.
- Mitchell, F. (1983). «Popular Medicine Concepts in Jamaica and Their Impact on Drug Use», *The Western Journal of Medicine*, vol. 139, n° 6, p. 841-847.
- Moatti, J.-P. et B. Spire (2000). «Au-delà de l'observance: les recherches sociocomportementales sur l'impact des multithérapies antirétrovirales», *Transcriptase*, vol. 83, p. 21-25.
- Moffat, A. (2000). «Do We Need Drugs for Pleasure?», *Pharmaceutical Journal*, vol. 265, n° 7113, p. 373.
- Montagne, M. (1988). «The Metaphorical Nature of Drugs and Drug Taking», *Social Science and Medicine*, vol. 26, p. 417-424.
- Montagne, M. (1996). «The Pharmakon Phenomenon: Cultural Conceptions of Drugs and Drug Use», dans P. Davis (dir.), *Contested Ground. Public Purpose and Private Interest in the Regulation of Prescription Drugs*, New York/Oxford, Oxford University Press, p. 11-26.
- Morin, S.F., S. Sengupta, M. Cozen, T.A. Richards, M.D. Shriver, H. Palacio et J.G. Kahn (2002). «Responding to Racial and Ethnic Disparities in Use of HIV Drugs: Analysis of State Policies», *Public Health Reports*, vol. 117, p. 263-272.

- Mueller, M.R. et L. Mamo (2000). «Changes in Medicine, Changes in Nursing: Career Contingencies and Nurses in Clinical Trial Coordination», *Sociological Perspectives*, vol. 43, p. 543-557.
- Muller, M. (1982). *The Health of Nations: An Investigation of the Pharmaceutical Industry's Exploitation of the Third World for Profit*, Londres, Faber and Faber.
- Napolitano, V. et G.M. Flores (2003), «Complementary Medicine: Cosmopolitan and Popular Knowledge, and Transcultural Translations – Cases from Urban Mexico», *Theory, Culture et Society*, vol. 20, n° 4, p. 79-96.
- Naudin, F. (2003). «Médicaments génériques, carnet de santé, carte vitale, CMU, campagnes de prévention: quelle perception des Français en 2002? Enquête Santé et protection sociale (ESPS 2002)», *Questions d'économie de la santé*, vol. 75, p. 1-6.
- Nery Filho, A., M.A. da Rocha Jr, L.G.I. Silva, S. Alves De Almeida Jr, R.P.F. Mascarenhas, B.A.C. Viana, et J.J. Lévy (2005). «La pharmacie domestique au Brésil: distribution des classes de médicaments», dans F. Dufort et A.L. Saives, *Actes du premier congrès international sur la chaîne du médicament: théories et pratiques*, p. 561-572. <<http://www.geirsomedicaments.uqam.ca/congres2005/ActesCongres2005.pdf>>.
- Newton, P.N., S. Poux, M. Green, F. Smithuis, J. Rozendaal, S. Prakongpan, K. Chotivanich, M. Mayxay, S. Looareesuwan et J. Farrar (2001). «Fake Artesunate in Southeast Asia», *Lancet*, vol. 357, p. 1948-1950.
- Ngokwey, N. (1995). «Home Remedies and Doctors' Remedies in Feira (Brazil)», *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 8, p. 1141-1153.
- Nichter, M. (1980). «The Lay Person's Perception of Medicine as Perspective into the Utilization of Multiple Therapy Systems in the Indian Context», *Social Science and Medicine*, vol. 14B, p. 225-233.
- Nichter, M. (1983). «Paying for what Ails you: Sociocultural Issues Influencing the Ways and Means of Therapy Payment in South India», *Social Science and Medicine*, vol. 17, n° 14, p. 957-965.
- Nichter, M. (1989). «Pharmaceuticals, the Commodification of Health, and the Health Care-Medicine Use Transition», dans M. Nichter et M. Nichter (dir.), *Anthropology and International Health, Asian Case Studies*, Dordrecht, Kluwer Academic Press, p. 265-326.
- Nichter, M. et M. Nichter (1996). *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*, Amsterdam, Gordon and Breach Publishers.
- Nichter, M. et C. Nordstrom (1989). «A Question of Medicine Answering», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 13, p. 367-390.
- Nichter, M. et N. Vuckovic (1994). «Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice», *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 11, p. 1509-25.
- Nizami, S.Q., I.A. Khan et Z.A. Bhutta (1996). «Drug Prescribing Practices of General Practitioners and Paediatricians for Childhood Diarrhoea in Karachi, Pakistan», *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 8, p. 1133-1139.
- Nunley, M. (1996). «Why Psychiatrists in India Prescribe so Many Drugs», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 20, n° 2, p. 165-197.
- Okpako, D.T. (1986). «The Impact of Traditional African Medicine on the Use of Modern Drugs», *Ethnic Differences in Reactions to Drugs and Xenobiotics*, New York, A.R. Liss, p. 59-75.

- Okumura, J., S. Wakai et T. Umenai (2002). «Drug Utilization and Self-Medication in Rural Communities in Vietnam», *Social Science and Medicine*, vol. 54, p. 1875-1886.
- OMS (2003). «Médicaments de qualité inférieure et contrefaits», <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/fr/>, consulté le 15 septembre 2005.
- Payne, J.W. (2004). «A Cure for a Race? Heart Drug Findings Set off Ethics Debate», *Washington Post*, 16 novembre, F1, F4.
- Pécoul, B., P. Chirac, P. Trouiller, et J. Pinel (1999). «Access to Essential Drugs in Poor Countries. A Lost Battle?», *Journal of American Medical Association*, vol. 281, n° 4, p. 361-367.
- Pelchat, Y. (2003). *L'obsession de la différence : récit d'une biotechnologie*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Planas, L.G. et al. (2005). «A Pharmacist Model of Perceived Responsibility for Drug Therapy Outcomes», *Social Science and Medicine*, vol. 60, p. 2393-2403.
- Portsmouth, S. et al. (2003). «HIV and AIDS in the People's Republic of China: A Collaborative Review», *International Journal of STD and AIDS*, vol. 14, n° 11, p. 757-761.
- Pound, P., N. Britten, M. Morgan et C. Pope (2005). «Resisting Medicines: A Synthesis of Qualitative Studies of Medicine Taking», *Social Science and Medicine*, vol. 61, p. 133-155.
- Rabinow, P. (1996). *Making PCR: A Story of Biotechnology*, Chicago, University of Chicago Press.
- Reeler, A.V. (1990). «Injections: A Fatal Attraction?», *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 10, p. 1119-1125.
- Reich, M.R. (1987). «Essential Drugs: Economics and Politics in International Health», *Health Policy*, vol. 8, p. 39-57.
- Reynolds Whyte, S. (1992). «Pharmaceuticals as Folk Medicine: Transformations in the Social Relations of health Care in Uganda», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 16, p. 163-186.
- Rosenzweig, M. (2002). «Au-delà de la Cura et du Toxikon: vers une ontologie du plaisir», *Le Portique*, vol. 10, n° spécial «Les paradis artificiels», <leportique.revues.org/document134.html>, consulté le 22 septembre 2005.
- Ross-Degnan, D. et al. (1992). «A Strategy for Promoting Improved Pharmaceutical Use: The International Network for Rational Use of Drugs», *Social Science and Medicine*, vol. 35, n° 11, p. 1329-1341.
- Rozendaal J.A. (2001). «Fake Antimalaria Drugs in Cambodia», *Lancet*, vol. 57, p. 890.
- Sachs, L. et G. Tomson (1992). «Medicines and Culture – A Double Perspective on Drug Utilization in a Developing Country», *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 3, p. 307-15.
- Saradamma, R.D., N. Higginbotham et M. Nichter (2000). «Social Factors Influencing the Acquisition of Antibiotics Without Prescription in Kerala State, South India», *Social Science and Medicine*, vol. 50, p. 891-903.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley, University of California Press.
- Schmidt, S. (1999). *Contrefaçons et malfaçons de médicaments en Afrique*. Thèse de doctorat en pharmacie, Nancy, <contrefait.ifrance.com/>, consulté le 15 septembre 2005.

- Silverman, M. (1976). *The Drugging of Americas*, Berkeley, University of California Press.
- Silverman, M. (1992). *Bad Medicine: The Prescriptions Drug Industry in the Third World*, Stanford, Stanford University Press.
- Silverman, M. et P.R. Lee (1974). *Pills, Profits and Politics*, Berkeley, University of California Press.
- Silverman, M., P.R. Lee et M. Lydecker (1982). *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World*, Berkeley, University of California Press.
- Simonet, D. (2001). «Une analyse du marché pharmaceutique vietnamien», *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, vol. 11, n° 3, p. 155-160.
- Singer, M. (2000). «Drug-Use Patterns: An Ever-Whirling Wheel of Change», *Medical Anthropology*, vol. 18, n° 4, p. 299-303.
- Smith, M.C. (1983). *Principles of Pharmaceutical Marketing*, Philadelphie, Lea and Febiger.
- Sogge, D. (2003). *Les mirages de l'aide internationale. Quand le calcul l'emporte sur la solidarité*, Tunis, Groupe Cérés Production.
- Soothill, K. et al. (1995). *Interprofessional Relations in Health Care*, Londres, Edward Arnold.
- Sow, K. et A. Desclaux (2002). «L'adhésion au traitement antirétroviral», dans A. Desclaux et al. (dir.), *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, Agence nationale de recherches sur le sida, p. 129-139, coll. «Sciences sociales et sida».
- Takemasa, F. (1994). «The Contrasting Philosophies of Eastern and Western Pharmacy: Meeting of the Ways», *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, vol. 11, p. 121-126.
- Tan, M.L. (1988). *Dying for Drugs: Pill Power and Politics in the Philippines*, Quezon City, Health Action Information Network.
- Tan, M.L. (1989). «Traditional or Transitional Medical Systems? Pharmacotherapy as a Case for Analysis», *Social Science and Medicine*, vol. 29, n° 3, p. 301-07.
- Taverne, B. (2001). «Enjeux individuels et collectifs autour de la circulation des anti-rétroviraux», *Transcriptase Sud*, vol. 6, p. 32-36
- Taylor Nelson Sofres Santé (2001). Information et automédication, <www.tns-sofres.com/etudes/sante/150601_automed.pdf>, 27 p., consulté en mai 2006.
- Taylor, A.L., S. Ziesche, C. Yancy, P. Carson, R. Jr D'Agostino, K. Ferdinand, M. Taylor, K. Adams, M. Sabolinski, M. Worcel et J.N. Cohn, (2004). «Combination of Isosorbide Dinitrate and Hydralazine in Blacks with Heart Failure», *New England Journal of Medicine*, vol. 351, n° 20, p. 2049-2057.
- Taylor, D. (1986). «The Pharmaceutical Industry and Health in the Third World», *Social Science and Medicine*, vol. 22, n° 11, p. 1141-1149.
- Tomes, N. (1998). *The Gospel of Germs. Men, Women, and the Microbe in American Life*, Cambridge, Harvard University Press.
- Tomes, N. (2000). «The Making of a Germ Panic, Then and Now», *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 2, p. 191-198.

- Trouiller, P. (1997). Cours «Santé internationale», Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Trouiller, P., E. Torreele, P. Oliaro, N. White, S. Foster, D. Wirth et B. Pécoul (2001). «Drugs for Neglected Diseases: A Failure of the Market and a Public Health Failure?», *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, n° 11, p. 945-951.
- Van Der Geest, S. (1982a). «The Efficiency of Inefficiency: Medicine Distribution in South Cameroon», *Social Science and Medicine*, vol. 16, p. 2145-53.
- Van Der Geest, S. (1982b). «The Illegal Distribution of Western Medicines in Developing Countries: Pharmacists, Drug Pedlars, Injection Doctors and Others. A Bibliographic Exploration», *Medical Anthropology*, vol. 6, p. 197-219.
- Van Der Geest, S. (1983). «Propharmacies: A Problematic Means of Drug Distribution in Rural Cameroon», *Tropical Doctor*, vol. 13, n° 1, p. 9-13.
- Van Der Geest, S. (1984). «Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 15, n° 3, p. 59-62.
- Van Der Geest, S. (1987a). «Pharmaceuticals in the Third World: The Local Perspective», *Social Science and Medicine*, vol. 25, n° 3, p. 273-276.
- Van Der Geest, S. (1987b). «Self-Care and the Informal Sale of Drugs in South Cameroon», *Social Science and Medicine*, vol. 25 n° 3, p. 293-305.
- Van Der Geest, S. (1994). «Christ as a Pharmacist: Medical Symbols in German Devotion», *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 5, p. 727-732.
- Van Der Geest, S. (1999). «Training Shopkeepers and Schoolchildren in Medicine Use: Experiments in Applied Medical Anthropology in East Africa», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13 n° 2, p. 253-255.
- Van Der Geest, S. et P.W. Geissler (2003). «Should Medicines be Kept Away from Children? African Considerations», *Tropical Medicine and International Health*, vol. 8, n° 2, p. 97-99.
- Van Der Geest, S. et S.R. Whyte (1988). *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer.
- Van Der Geest, S. et S.R. Whyte (1989). «The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms», *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 3, n° 4, p. 345-367.
- Van Der Geest, S., S.R. Whyte et A. Hardon (1996). «The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach», *American Review of Anthropology*, vol. 25, p. 153-178.
- Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*, Paris, Noury.
- Vuckovic, N. (1999). «Fast Relief: Buying Time with Medications», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 51-68.
- Vuckovic, N. et M. Nichter (1997). «Changing Patterns of Pharmaceutical Practice in the United States», *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 9, p. 1285-1302.
- Webb C.E. (1995). «Prescribing Medications: Changing the Paradigm for a Changing Health System», *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 52, p. 1694-1695.
- Whyte, S.R. (1982). «Penicillin, Battery Acid and Sacrifice», *Social Science and Medicine*, vol. 16, p. 2055-2064.

- Whyte, S.R. (1992). «Pharmaceuticals as Folk Medicine: Transformations in the Social Relations of Health Care in Uganda», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 16, p.163-186.
- Whyte, S.R., S. Van Der Geest et A. Hardon (2002). *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Wilce, J.M. Jr. (dir.) (2003). *Social and Cultural Lives of Immune Systems*, Londres, Routledge.
- Williams-Jones, B. et J.E. Graham (2003). «Actor-Network Theory: A Tool to Support Ethical Analysis of Commercial Genetic Testing», *New Genetics and Society*, vol. 22, n° 3, p. 271-296.
- Wolffers, I. (1995). «The Role of Pharmaceuticals in the Privatization Process in Vietnam's Health-Care System», *Social Science and Medicine*, vol. 41, n° 9, p. 1325-1332.
- Wolf-Gould, C.S., N. Taylor, S.M. Horwitz et M. Barry (1991). «Misinformation About Medications in Rural Ghana», *Social Science and Medicine*, vol. 33, n° 1, p. 83-89.
- Worseley, P. (1982). «Non-Western Medical Systems», *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, p. 315-348.
- Young, A. (1982). «The Anthropologies of Illness and Sickness», *Annual Review of Anthropology*, p. 257-285.
- Young, S.N. (2003). «Lifestyle Drugs, Mood, Behaviour and Cognition», *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, vol. 28, p. 87-89.
- Zempleni, A. (1985). «La maladie et ses causes : introduction», *L'ethnographie*, n°s 96-97, p. 13-44.

LA MISE EN MARCHÉ, LA FABRICATION ET LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Les aspects légaux¹

Mathieu GAGNÉ

Le marché des médicaments connaît, depuis quelques années, un essor considérable. En 2005, les ventes globales des sociétés pharmaceutiques se sont chiffrées à 602 billions de dollars américains, dont 265,7 billions en Amérique du Nord². Au cours de la même année, 395,8 millions d'ordonnances ont été exécutées par les pharmacies de détail canadiennes, pour une valeur totale de 18,2 milliards de dollars³. Au Québec seulement, les pharmacies de détail ont exécuté, en moyenne, 20 ordonnances par personne en 2005⁴. En fait, il ne s'agit plus de démontrer

-
1. Cet article est une version sommaire et remaniée de Mathieu Gagné, *Le droit des médicaments*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2005b. La recherche est à jour au 1^{er} février 2006.
 2. Source : IMS *Health Global Pharma Forecast*, 2006.
 3. Source : IMS Health 2006. Ces données excluent le milieu hospitalier.
 4. IMS Health 2006. Précisons qu'au Québec, les ordonnances sont habituellement pour une moins longue durée que dans le reste du Canada. En conséquence, le nombre d'ordonnances exécutées est généralement plus élevé.

l'ampleur de ce marché tant elle paraît évidente. Cette réalité confronte l'État à des enjeux sociaux, politiques et économiques de taille, dont celui de promouvoir le marché des médicaments tout en assurant la sécurité des consommateurs, et ce, à des coûts raisonnables. Les voies du droit sont autant de moyens à sa disposition pour assurer le contrôle de ce marché.

Cet article se veut un exposé sommaire du droit des médicaments, et ce, des étapes préalables à leur mise en marché jusqu'à leur consommation. L'approche emprunte le parcours des médicaments et présente – de façon non exhaustive – les différentes normes qui régissent les médicaments.

1. LES CONDITIONS DE MISE EN MARCHÉ DES MÉDICAMENTS

Au Canada, la mise en marché d'un « médicament⁵ » nécessite la délivrance d'un avis de conformité telle qu'elle est prévue dans le *Règlement sur les aliments et drogues*⁶. Sauf exception, il est donc interdit de vendre ou d'annoncer une drogue nouvelle en l'absence d'un tel avis de conformité. Par dérogation au *Règlement sur les aliments et drogues*, un « praticien⁷ » peut toutefois se procurer une drogue nouvelle pour un traitement d'urgence, et ce, malgré l'absence d'avis de conformité. Aussi appelé « Programme d'accès spécial » (PAS), cette dérogation réglementaire – introduite en 1966⁸ – permet aux praticiens qui traitent des patients atteints de maladies graves ou mortelles d'accéder à des médicaments non disponibles sur

-
5. Nous utiliserons, de façon générale, le terme « médicament » pour désigner l'objet de ce texte. Nous emploierons, en outre, le terme « drogue » lorsque nous nous référerons expressément à la *Loi sur les aliments et drogues* et ses règlements. Sur les notions de « médicament » et « drogue », voir M. Cotnoir, *La mise en marché du médicament en droit pharmaceutique canadien*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1995, p. 32; G. Dillemann, « La définition des drogues », *Les informations pharmaceutiques*, Bull. Ordre, juin 1979, p. 223, 793, 794; C. et X. Chaubard, *La toxicomanie en droit français*, Bordeaux, Université de Bordeaux I, 1987, p. 17; thèse de doctorat; M. Dunaux, « La profession pharmaceutique – le monopole pharmaceutique – généralités – contenu et limite », dans J.-M. Auby (dir.) et F. Coustou, *Droit pharmaceutique*, Paris, LITEC, 1990, FARC. II, p. 6. Voir également M. Gagné, *Le droit des médicaments*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2005, p. 1-3.
 6. *Règlement concernant les aliments et drogues*, C.R.C., c. 870, art. C.08.002 (ci-après appelé « Règlement sur les aliments et drogues »).
 7. Le terme « praticien » désigne toute personne autorisée par la loi d'une province au Canada à traiter les malades au moyen de n'importe quelle drogue mentionnée ou décrite à l'annexe F du *Règlement sur les aliments et drogues* (les médicaments d'ordonnance); *Règlement sur les aliments et drogues*, précité, note 5, art. C.01.001.
 8. *Règlement sur les aliments et drogues – modification*, DORS/66-517, (1966) 100 Gaz. Can. II, 1639, art. 1; C.P. 1966-2118.

le marché, lorsque les thérapies habituelles se sont révélées inefficaces, ne viennent pas ou ne sont pas disponibles. La principale difficulté dans la gestion de ce programme consiste à concilier préoccupations humanitaires, sécurité et équité dans l'accès aux médicaments.

La délivrance d'un avis de conformité relève de la discrétion du ministre et implique, au préalable, que le promoteur remplisse un certain nombre de conditions. La démonstration de l'innocuité et de l'efficacité du médicament qu'il se propose de commercialiser figure parmi ces conditions. Cette démonstration repose principalement sur les résultats d'essais cliniques – aussi appelés expérimentations⁹ – lesquels sont généralement divisés en trois phases.

-
9. La nécessité de procéder à de telles expérimentations ne fait maintenant aucun doute, même si le système législatif a longtemps hésité avant d'encadrer ce type d'atteintes à l'intégrité physique. En fait, on peut dire que la médecine a toujours procédé par expérimentation sur les humains puisque tout traitement comporte une dimension expérimentale. En effet, l'acquisition de connaissances dépend, en quelque sorte, des réussites et des échecs thérapeutiques des médecins. L'expérimentation prend toutefois un sens nouveau dès le début du XIX^e siècle. Une méthodologie scientifique est alors introduite. Inspirée des sciences de la nature, cette méthodologie repose sur des modalités précises d'acquisition de connaissances et d'information. Elle s'écarte de la pratique courante basée sur l'essai thérapeutique qui a pour objet de guérir en innovant et favorise le développement des connaissances plutôt que la pratique thérapeutique. Le caractère d'héroïsme lié à l'expérimentation s'estompe. Une philosophie particulière se développe. Cette nouvelle approche contribue à faire de l'être humain un objet d'expérience. La relation traditionnelle entre le médecin et son patient est ainsi bouleversée; M.-L. Delfosse, *Expérimentation médicale sur l'être humain: construire les normes, construire l'éthique*, Bruxelles, ERPI, 1993, p. 25; C. Bernard, *Introduction de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Éditions Garnier-Flammarion, 1966, 318 p.; ouvrage initialement publié en 1865; M.H. Pappworth, *Human Guinea Pigs* [:] *Experimentation of Man*, Londres, Routledge & Kegan, 1967, p. 78 et s.; J.L. Baudouin, «L'expérimentation sur les sujets humains: un conflit de valeurs», (1980-1981) 26 *McGill L.J.* 810; N.M.P.King, «Experimental Treatment: Oxymoron or Aspiration», *Hastings Center Report* 25, n° 4, 1995, p. 6. Cette méthodologie expérimentale se développe sans grande transparence jusqu'au milieu du XX^e siècle. En fait, les premières expériences rapportées par la littérature paraissent aujourd'hui éthiquement et juridiquement condamnables. Par exemple, en 1721, à la prison de New Gate, le chirurgien Charles Maitland inoculait la variole à des condamnés à mort qui avaient obtenu du roi la promesse d'une libération inconditionnelle s'ils participaient à l'expérience. En 1796, Edouard Jenner, qui étudiait également la variole, inocula à un jeune garçon de huit ans du pus prélevé sur une vache atteinte de la maladie. Vers 1830, en Allemagne, une série d'expériences fut menée sur des sujets humains pour tenter de découvrir un remède contre le choléra. En 1905, Fletcher se livra, sur les patients d'un hôpital psychiatrique, à certaines expériences sur le bérubéri; Commission de réforme du droit du Canada, *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, Document de travail n° 61, Ottawa, 1989, p. 1-2. Pour une présentation des différentes phases expérimentales, voir le tableau 3.1, p. 126.

Tableau 3.1

Phases d'expérimentation

Phases*	Objectifs
I	Première administration d'une drogue nouvelle à des sujets humains – qui sont des volontaires en bonne santé pour en évaluer l'innocuité. Ces études sont principalement conçues pour déterminer l'action pharmacologique d'une drogue ainsi que les effets secondaires associés à des doses croissantes. Elles ne pourront toutefois être entamées que si la drogue a fait l'objet d'études précliniques sur les animaux.
II	Ces études sont menées en vue de l'évaluation de l'efficacité de la drogue chez des patients ayant un état de santé à traiter, à diagnostiquer ou à prévenir. Elles permettent de déterminer les effets indésirables et les risques associés à la drogue.
III	Il s'agit d'essais contrôlés ou non contrôlés, menés après l'obtention des preuves préliminaires sur l'efficacité de la drogue. Ces essais ont pour objet la collecte des données additionnelles sur l'efficacité et l'innocuité qui sont nécessaires pour une évaluation plus poussée des risques et avantages de la drogue. Ils sont menés avec des groupes particuliers de patients ou dans des conditions spéciales dictées par la nature de la drogue et de la maladie.
IV	Des études additionnelles peuvent être menées après l'homologation de la drogue par Santé Canada. Ces études peuvent permettre notamment d'optimiser l'utilisation de la drogue. Elles peuvent être de n'importe quel type, mais doivent avoir des objectifs scientifiques valables.

* Pour une présentation de ces diverses phases expérimentales, voir Direction générale des produits de santé et des aliments, *Lignes directrices à l'intention des promoteurs d'essais cliniques, demande d'essais cliniques*, Ottawa, Santé Canada, 2003, p. 4-5. Voir également F. Young, *Investigational New Drug, Antibiotic, and Biologic Drug Product Regulations; Treatment Use and Sale; Final Rule*, Federal Register, vol. 52, n° 53, article 312.21, mars 1987; X.T.I. Hynds et R.A. Guarino, «The Management of Clinical Studies», dans R.A. Garino, *New Drug Approval Process*, vol. 30, New York, Marcel Dekker, 1987, p. 200; B. Spilker, *Méthodologie des études cliniques*, Paris, Doin Éditeurs, 1987, p. 55; B. Spilker, *Guide to Clinical Trials*, New York, R. Rawn Press, 1991; J.M. Rouzioux, *Les essais de nouveaux médicaments chez l'homme*, Paris, Masson, 1978, p. 31, coll. «Médecine légale et de toxicologie médicale», n° 103; M. Cotnoir, *La mise en marché du médicament en droit pharmaceutique canadien*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1995, p. 153-165; T. Leroux, «Réflexions éthiques et juridiques suscitées par la réalisation d'essais cliniques en milieu hospitalier québécois», dans *Développements récents en droit de la santé (1991)*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1991, p. 153, 156; E. Soutol, *Les essais cliniques à l'hôpital*, Rennes, Éditions ENSP, 1991, p. 227; T. Leroux et Michelle Giroux, «La protection du public et les médicaments : les obligations du fabricant», 1993, 24 *R.G.D.*, p. 309; 312; R.P. Kouri et S. Philips-Nootens, «L'expérimentation et les soins innovateurs : l'article 21 C.c.Q. et les affres de l'imprécision», 1996-1997, 27 *R.D.U.S.* 89, p. 109-110.

Ces essais cliniques se trouvent eux-mêmes régulés par le droit tant fédéral que provincial. D'une part, le titre 5 du *Règlement sur les aliments et drogues* – qui relève du droit pénal fédéral – gouverne la vente et l'importation d'une drogue destinée à un essai clinique sur les sujets humains¹⁰. On y prévoit différentes normes, notamment quant au protocole de recherche¹¹, à l'approbation d'un comité

10. *Règlement sur les aliments et drogues*, précité, note 6, art. C.05.002(1).

11. *Ibid.*, art. C.05.010a).

Tableau 3.2

Principales obligations du promoteur lors de la tenue d'essais cliniques (titre 5 du RAD)

Obligations	RAD
Bonnes pratiques cliniques	C.05.010
– Protocole de recherche	
– CER	
– Qualification des intervenants	
– Consentement éclairé	
– Registres	
– Bonnes pratiques de fabrication	
– Etc.	
Étiquetage et registres	C.05.011 – C.05.012
Rapports sur les réactions indésirables graves et imprévues	C.05.014
Cessation d'un essai clinique	C.05.015

d'éthique de la recherche¹², à la qualification des intervenants et des chercheurs de même qu'au consentement éclairé du sujet de recherche. On regroupe plusieurs d'entre elles sous la désignation générale des bonnes pratiques cliniques.

Pour procéder à de tels essais, le promoteur doit d'abord présenter une demande d'essai clinique (DEC) et obtenir une autorisation du ministre¹³. Cette demande doit contenir certains documents tels qu'un exemplaire du protocole de recherche et la brochure du chercheur. Évidemment, à l'instar de l'avis de conformité¹⁴, l'autorisation de procéder à l'essai clinique (l'autorisation de vendre une drogue destinée à un essai clinique) peut être suspendue ou annulée par le ministre¹⁵. D'ailleurs, l'Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments (ci-après appelée « IDGPSA ») procède à des inspections et des enquêtes au hasard. Celles-ci sont principalement effectuées chez les chercheurs qualifiés, les promoteurs et les organismes de recherche à contrat¹⁶. Les inspections ont pour objectifs d'assurer que les principes généralement acceptés des bonnes pratiques cliniques sont mis en application, que les données recueillies dans le cadre des essais cliniques sont valides et que les essais sont conformes au titre 5 du

12. *Ibid.*, art. C.05.010d).

13. *Ibid.*, art. C.05.005 et C.05.006.

14. *Ibid.*, art. C.08.006.

15. *Ibid.*, art. C.05.016(1).

16. Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, *Stratégie d'inspection des essais cliniques (01-118529-18)*, Ottawa, Santé Canada, janvier 2002, p. 4.

Règlement sur les aliments et drogues. Évidemment, le ministre peut utiliser les renseignements recueillis lors des inspections pour prendre les mesures d'exécution qui s'imposent, le cas échéant¹⁷.

L'IDGPSA a publié un rapport sommaire des inspections d'essais cliniques réalisées en 2003 et 2004 sur les lieux de travail de chercheurs qualifiés (commandité tant par des promoteurs commerciaux que privés), de même que sur les lieux de travail des CER. L'IDGPSA a relevé un certain nombre de déficiences visant les registres, le consentement libre et éclairé, les systèmes et les procédures appliquées de même que les protocoles de recherche¹⁸. À cela s'ajoutent les critiques en regard du manque de transparence des essais cliniques. Ces critiques amenèrent d'ailleurs le Comité permanent de la santé à proposer que Santé Canada augmente considérablement le nombre d'inspections effectuées annuellement¹⁹.

D'autre part, il existe, au Québec, un régime juridique qui encadre les expérimentations biomédicales. En effet, le *Code civil du Québec* prévoit, depuis 1971, des dispositions qui légalisent, à certaines conditions, ce type d'atteinte à l'intégrité physique de la personne. D'autres lois, telles que la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous caution*²⁰, le *Code criminel*²¹, la *Charte canadienne des droits et libertés*²² et la *Charte des droits et libertés de la*

17. *Résumé de l'étude d'impact de la réglementation (Règlement modifiant le règlement sur les aliments et drogues (1024 – essais cliniques))*, DORS/2001-203, (2001) 135 *Gaz. Can.* II, 1135.

18. Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, *Rapport sommaire des inspections d'essais cliniques réalisées en 2003 et 2004*, Ottawa, Santé Canada, 14 décembre 2004.

19. Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Dans l'armoire à pharmacie : premier rapport sur la dimension santé des médicaments sur ordonnance*, Ottawa, avril 2004, Recommandation 1.

20. *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, c. 20, art. 88(4). Voir également le *Règlement sur les établissements de détention*, R.R.Q., 1981, c. S-4.01, r. 1, art. 21.

21. *Code criminel*, L.R.C. (1985), c. C-46. L'ensemble des infractions traditionnelles contre la personne (voie de fait, homicide, etc.) permettent de sanctionner l'atteinte portée à un sujet au cours d'une expérimentation à laquelle il n'a pas valablement consenti.

22. *Charte canadienne des droits et libertés*, Partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982* [Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, L.R.C. (1985), App. II, n° 44, art. 7 et 12].

personne²³ contiennent des dispositions qui s'appliquent aux expérimentations biomédicales. En outre, différents articles du *Code de déontologie des médecins*²⁴ régissent les expérimentations menées sur les sujets humains.

Les exigences du *Code civil du Québec* sont établies en fonction des sujets qui font l'objet des expérimentations. Ainsi, les normes relatives au majeur apte insistent plus particulièrement sur l'obtention du consentement libre et éclairé de même que sur le rapport entre les risques et les bénéfices de l'expérimentation²⁵. De fait, de telles expérimentations requièrent un examen de l'acceptabilité du risque par rapport à sa gravité et sa probabilité de réalisation, d'une part, et par rapport aux bienfaits espérés, d'autre part. Quant aux normes qui visent le mineur et le majeur inapte, elles intègrent les notions de risque sérieux, d'opposition des sujets, d'approbation des projets de recherche par un comité d'éthique de la recherche, de consentement substitué et d'expérimentations sur un groupe de sujets versus sur un seul sujet. D'autres questions font également l'objet d'un certain contrôle législatif, par exemple l'utilisation des parties du corps pour fins de recherche²⁶ et la recherche sur les nouvelles techniques de reproduction²⁷.

À ces différents textes législatifs s'ajoutent les documents normatifs relevant de l'éthique consensuelle parmi lesquels on retrouve le *Code de Nuremberg*, la *Déclaration d'Helsinki*, le *Rapport Belmont*, les *Lignes directrices internationales d'éthique de la recherche biomédicale impliquant des sujets humains* et l'*Énoncé de politique des trois conseils*. De fait, les premières normes relatives à l'expérimentation biomédicale relèvent de l'autorégulation soit, plus particulièrement, d'une forme d'éthique consensuelle que certains associent à la

23. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 1 et 5.

24. *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 4.1.

25. *Code civil du Québec*, art. 20.

26. *Ibid.*, art. 22.

27. *Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe*, L.C. 2004, c. 2 (ci-après appelée «Loi sur la procréation assistée»). Pour une présentation générale de cette loi, voir <www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/>. Au Québec, voir *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, Projet de loi 89, (adoption du principe le 14 avril 2005), 2^e session, 37^e législature (Québec). Voir également *Québec (Procureur général) c. Canada (Procureur général)*, suivi 500-09-015177-41.

bioéthique²⁸, entendue comme une réflexion « multi- et interdisciplinaire²⁹ » sur les problèmes causés par le progrès des sciences biomédicales. Cette réflexion doit permettre, d'une part, de déterminer la conduite à adopter dans un cas particulier et, d'autre part, de définir des règles de conduite qui auraient une incidence sur l'ensemble de la société. Ces règles de conduite à caractère social sont élaborées par des organismes non gouvernementaux, des associations professionnelles

-
28. Le terme « bioéthique » est apparu en 1970 dans un article du cancérologue américain R. Potter. Celui-ci en revendique d'ailleurs la paternité. Initialement, le concept englobait un large champ d'application, lequel a rapidement été restreint, notamment sous l'influence de l'Institut d'éthique Kennedy (The Kennedy Institute of Ethics). Il semble maintenant viser uniquement les questions soulevées par le développement des sciences biologiques et leur application en médecine ; J. Sarrut et L. Morricand-Sarrut, *Dictionnaire permanent bioéthique et biotechnologies*, Montrouge, Éditions législatives, 1994, s.v. « Bioéthique » ; et E. Sgreccia, *Manuel de bioéthique, Les fondements de l'éthique biomédicale*, tr. fr. par R. Hivon, Montréal, Wilson & Lafleur, 1999, p. 1, 20 ; G. Bourgeault, *La bioéthique : son objet, sa méthode, ses questions, ses enjeux*, *Éthica*, vol. 1, n° 1, p. 74-76 ; G. Durand, *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Montréal, Fides, 1999, p. 127-133 ; V.R. Potter, *Bioethics : The Science of Survival, Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 14, 1979, p. 127-153, repris dans V.R. Potter, *Bioethics : Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1971, p. 2 ; W.T. Reich (dir.), *Encyclopedia of Bioethic*, 2^e éd., New York, MacMillan Pub., 1995, t. 1, s.v. « Bioethics » (Daniel Callahan) ; H. Doucet, « Droit et éthique en bioéthique, essai de clarification », *Cahiers de recherche éthique*, n° 16, Montréal, Fides, 1991, p. 131 ; H.P. Forster, « Legal Trends in Bioethics », *Journal of Clinical Ethics*, 1999 ; 10(1) : 28. Sur le contexte de naissance de la bioéthique, voir G. Durand, *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Montréal, Fides, 1999, p. 29 ; François-André Isambert, *Révolution biologique ou réveil éthique*, coll. Éthique et biologique, Cahier STS, Paris, CNRS, 1986, p. 1213 ; G. Rocher, « Le défi éthique dans un contexte social et culturel en mutation », *Philosopher*, vol. 16, 1994, p. 11-26. Pour une analyse critique de la bioéthique comme processus de régulation sociale voir G. Rocher, « La bioéthique comme processus de régulation sociale : le point de vue de la sociologie », dans G. Rocher, *Études de sociologie du droit et de l'éthique*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1996, p. 261-276.
29. Sur les distinctions et similitudes des concepts d'interdisciplinarité, de pluridisciplinarité et de transdisciplinarité, voir F. Ost et M. Van de Kerchove, « De la scène au balcon. D'où vient la science du droit ? », dans F. Chazel et J. Commaille (dir.), *Normes juridiques et régulation sociale*, Paris, L.G.D.J., coll. « Droit et société », 1991, p. 67-80. Selon ces auteurs, la pluridisciplinarité (multidisciplinarité) constitue une série de disciplines différentes développant leur point de vue scientifique. De cette juxtaposition de savoirs ressortent autant d'objets différents que de perspectives mises en œuvre (coexistence de langages différents). Pour l'instant, il existe une absence de consensus sur le fait de considérer la bioéthique comme constituant une discipline. À cet égard, nous croyons que la pluridisciplinarité s'inscrit mal dans la perspective d'une nouvelle discipline puisqu'il s'agit d'une juxtaposition de savoirs ne visant pas l'émergence d'un savoir singulier. Toutefois, un élément ne fait aucun doute. En effet, la bioéthique implique une réflexion à laquelle prennent part des gens de différentes disciplines. Elle serait donc, au minimum, un objet pluridisciplinaire.

et des organismes intergouvernementaux. Elles reposent sur cinq grands principes, soit l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, la confidentialité et la justice³⁰. En fait, tout un corpus normatif se développe en parallèle avec l'évolution de la recherche médicale.

La juridicité de ces textes d'éthique ne fait pas l'unanimité. En effet, les normes y afférentes n'ont, en principe, qu'une application limitée à ceux qui y adhèrent et sont assorties de mesures contraignantes discutables. En fait, on prétend souvent que ces textes ne peuvent être interprétés de façon absolue et constituent plutôt un guide qui peut être modulé au gré des circonstances³¹. Leur influence sur le droit étatique demeure néanmoins déterminante, notamment en ce qu'on les associe bien souvent aux standards de la pratique professionnelle. Dans ce cas, leur non-respect est susceptible d'être source de responsabilité pénale, civile et disciplinaire³². C'est ainsi que dans l'affaire *Weiss c. Solomon*, le juge Deblois se fonde sur la *Déclaration d'Helsinki* afin d'établir la norme civile à laquelle le chercheur est assujéti lorsqu'il s'agit de dévoiler au sujet de recherche les risques d'une expérimentation³³.

2. LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS

Après avoir rempli les conditions nécessaires à la mise en marché d'une nouvelle drogue, notamment en complétant avec succès les essais cliniques et en obtenant un avis de conformité, le fabricant peut commercialiser son nouveau médicament. Bien entendu, celui-ci ne sera pas pour autant libéré de toute forme de contrôle puisque, même après l'obtention d'un avis de conformité, le fabricant doit respecter certaines normes eu égard à la qualité et la sécurité du médicament. En fait, avec l'obligation d'information, l'obligation de qualité et de sécurité constitue l'essentiel des devoirs du fabricant de médicaments envers l'utilisateur. Elle est consacrée tant en droit pénal fédéral qu'en droit civil.

30. H. Doucet, *L'éthique de la recherche, guide pour les chercheurs en sciences de la santé*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2002, coll. « Paramètres ».

31. Voir par exemple, Gouvernement du Québec, Le Coroner en chef, *Rapport d'enquête du coroner sur le décès de Monsieur Gabriel Lessard*, 1^{er} octobre 2000, Québec, p. 53.

32. Nous avons déjà tenté de démontrer que les normes d'éthique de la recherche influencent le droit étatique et qu'elles occupent un espace déterminant dans l'ensemble normatif; M. Gagné, *L'État et la régulation des médicaments : un dialogue normatif*, Québec, Faculté des études supérieures, Université Laval, 2005; thèse de doctorat; et M. Gagné, « L'expérimentation humaine : l'intégration des règles bioéthiques en droit québécois », (2001) 42 *C. de D.* 1123.

33. *Weiss c. Solomon*, [1989] R.J.Q. 731 (C.S.).

La *Loi sur les aliments et drogues* établit certaines normes de qualité et de sécurité des médicaments. Essentiellement, ces normes ont pour objet la fabrication, la mise en marché et, accessoirement, la distribution des médicaments. Elles sont précisées au *Règlement sur les aliments et drogues* de même que par des lignes directrices et des énoncés de politique.

Évidemment, la falsification et la fraude sont expressément interdites. De plus – afin d’assurer la commercialisation de produits sécuritaires –, Santé Canada a instauré un programme national de pharmacovigilance. Le contrôle des réactions indésirables des médicaments commercialisés constitue l’un des volets de celui-ci. Son efficacité repose non seulement sur les rapports d’effets indésirables présentés par les fabricants³⁴, mais également sur les déclarations volontaires effectuées par les professionnels de la santé³⁵. Ajoutons que depuis le 1^{er} janvier 1998, tous les établissements pharmaceutiques canadiens doivent posséder une licence en vue de manufacturer et distribuer une drogue³⁶. Ce mécanisme de licences vise principalement à accueillir la mise en place du programme d’inspection de l’IDGPSA et à garantir le respect des bonnes pratiques de fabrication. Les établissements pharmaceutiques doivent, en effet, respecter différentes normes de fabrication (concernant notamment les locaux, l’équipement, le personnel, l’hygiène, l’analyse des matières premières, l’analyse du matériel d’emballage, l’analyse du produit fini, les dossiers, les échantillons, la stabilité et la stérilité) et adopter un mécanisme de contrôle de la fabrication et un service de contrôle de la qualité³⁷. Enfin, certaines catégories

34. *Règlement sur les aliments et drogues*, précité, note 6, art. C.01.016. Direction des produits thérapeutiques, *Lignes directrices à l’intention de l’industrie pharmaceutique canadienne concernant la notification des effets indésirables des médicaments commercialisés (à l’exception des vaccins)*, Ottawa, Santé Canada, 1996 (2001). Voir également, Santé Canada, *Lignes directrices concernant la déclaration des effets secondaires associés aux vaccins*, Ottawa, Santé Canada, volume 26S1, février 2000 et Direction des produits thérapeutiques, Avis numéro 98-023155 intitulé : *Précisions sur certains aspects de la notification des effets indésirables des médicaments*, Ottawa, Santé Canada, 21 septembre 1998.

35. Direction générale des produits de santé et des aliments, Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments, *Lignes directrices concernant la notification volontaire des effets indésirables des médicaments par les professionnels de la santé*, Ottawa, Santé Canada, 1^{er} janvier 2002. Voir également Direction des produits thérapeutiques, Feuillelet d’information intitulé *Déclaration des effets indésirables par les professionnels de la santé et les consommateurs*, Ottawa, Santé Canada, 2004, et Direction générale des produits de santé et des aliments, Document d’information intitulé *Utilisation des renseignements sur les effets indésirables des produits de santé*, Ottawa, Santé Canada, avril 2002 (mai 2004).

36. *Règlement sur les aliments et drogues*, précité, note 6, Titre 1A, Partie C.

37. *Ibid.*, Titre 2, Partie C.

de médicaments justifient un contrôle adapté. Il en est ainsi pour les produits radio-pharmaceutiques³⁸ et les drogues d'origine biologique³⁹. Pour ces produits, l'application des normes générales de qualité et de sécurité peut différer. C'est le cas des normes relatives aux bonnes pratiques de fabrication. En outre, les risques de toxicité, les propriétés pharmacologiques, les applications thérapeutiques ou certaines autres caractéristiques d'une drogue peuvent justifier qu'elle ne soit vendue que sur ordonnance d'un praticien autorisé. On réglemente donc, aux articles C.01.041 à C.01.049 du *Règlement sur les aliments et drogues*, les drogues ainsi identifiées.

À l'instar du droit pénal fédéral, le droit civil québécois reconnaît que le fabricant de médicaments doit s'acquitter d'une obligation continue de qualité et de sécurité envers le consommateur. Avec l'obligation d'information, elle sert de fondement à la plupart des poursuites en responsabilité civile engagées contre des fabricants de médicaments. Aussi, différentes garanties légales peuvent faciliter l'établissement de la preuve dans le cadre de tels recours.

Sur le plan de la responsabilité civile, la norme de diligence imposée aux fabricants de médicaments est nécessairement élevée. En fait, les tribunaux canadiens reconnaissent que les fabricants de produits destinés à être ingérés ou consommés par l'organisme ou à y être autrement placés, et donc fortement susceptibles de causer des dommages au consommateur, sont en conséquence soumis à une norme de diligence élevée⁴⁰. La doctrine québécoise est au même effet⁴¹.

38. *Loi concernant les aliments, drogues, cosmétiques et instruments thérapeutiques*, L.R.C. (1985), c. F-27 (ci-après appelée «Loi sur les aliments et drogues»), Annexe C.

39. *Ibid.*, Annexe D.

40. *Hollis c. Dow Corning Corp.*, [1995] 4 R.C.S. 634; *Shandloff v. City Dairy Ltd.*, 1936 CarswellOnt 51, [1936] O.R. 579, [1936] 4 D.L.R. 712 (C.A. Ont.), à la page 719; *Arendale v. Canada Bread Co.*, 1941 CarswellOnt 100, [1941] O.W.N. 69, [1941] 2 D.L.R. 41 (C.A. Ont.), aux pages 41 et 42; *Zeppa v. Coca-Cola Ltée*, 1955 CarswellOnt 334, [1955] O.W.N. 885, [1955] 5 D.L.R. 187 (C.A. Ont.), aux pages 191 à 193; *Rae v. T. Eaton Co. (Maritimes) Ltd.*, 1960 CarswellNs 18, 45 M.P.R. 261, [1961] 28 D.L.R. (2d) 522 (C.S. N.-É.), à la page 535; *Heimler v. Calvert Caterers Ltd.*, 1975 CarswellOnt 535, 56 D.L.R. (3d) 643, [1975] 8 O.R. (2d) 1 (C.A. Ont.), à la p. 2. Précisons qu'il s'agit de décisions émanant de tribunaux de *common law*. Les principes qui y sont dégagés demeurent toutefois pertinents en droit civil québécois.

41. T. Leroux et M. Giroux, «La protection du public et les médicaments : les obligations du fabricant», 1993, 24 *R.G.D.*, p. 322. Alain Bernardot et R. P. Kouri, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit, Université de Sherbrooke, 1980, n° 450, p. 297.

Plusieurs facteurs contribuent à cette norme de diligence élevée. D'abord, nous savons que le médicament est fabriqué, mis en marché et distribué dans un contexte fortement réglementé⁴². Le fabricant doit, notamment, observer les normes contenues dans la *Loi sur les aliments et drogues* et le *Règlement sur les aliments et drogues*. Or l'application des standards de sécurité d'un bien doit être effectuée en fonction des normes édictées par voie législative et réglementaire⁴³. Précisons toutefois que le respect de la *Loi sur les aliments et drogues* et du *Règlement sur les aliments et drogues* ne constitue pas une fin de non-recevoir au recours fondé sur le droit civil⁴⁴. Puis, malgré les essais cliniques tenus préalablement à sa mise en marché, il est reconnu qu'un médicament est susceptible de comporter un danger⁴⁵, constitue un poison potentiel et n'est jamais complètement sûr⁴⁶. De plus, la santé des utilisateurs dépend souvent de la consommation d'un médicament⁴⁷. Ensuite, certains médicaments, en apparence inoffensifs, peuvent provoquer

-
42. L'Industrie pharmaceutique serait la plus réglementée au monde; S.W. Kopp et H.K. Bang, «Benefit and Risk Information in Prescription Drug Advertising: Review of Empirical Studies and Marketing Implications», *Health Marketing Quarterly*, 2000, vol. 17, n° 3, p. 39-56.
 43. P.-G. Jobin, *La vente*, 2^e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2001, par. 165; *Morin c. Blais*, [1977] 1 R.C.S. 570; *Berthiaume c. Réno Dépôt*, [1995] R.J.Q. 2796 (C.A.); *Bédard c. Location Val d'Or inc.*, J.E. 85-1029 (C.S.). Voir également J.-L. Baudouin et P. Deslauriers, *La responsabilité civile*, 6^e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2003, p. 1233. Voir également T. Leroux et M. Giroux, «La protection du public et les médicaments: les obligations du fabricant», *loc. cit.*, note 41 et C. Corriveau, *La responsabilité du fabricant de produits pharmaceutiques en droit québécois*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 1985, p. 29; essai de maîtrise.
 44. *Buchan v. Ortho Pharmaceutical (Can.) Ltd.*, 1986 CarswellOnt 150, 32 B.L.R. 285, 54 O.R. (2d) 92, 12 A.O.C. 361, 35 C.C.L.T. 1, 25 D.L.R. (4th) 658, (C.A. Ont.). Cette décision relève de la *common law*. Le principe est toutefois transposable en droit civil.
 45. C. Corriveau, «Devoirs et obligations du fabricant de produits pharmaceutiques», (1986) 1 *CJWL/Rjfd* 472.
 46. K. Wilson, «The Liability of Pharmaceutical Manufacturers for Unforeseen Adverse Drug Reactions», (1980) 48 *Fordham L. Rev* 735, 742.
 47. Dans l'affaire *Robb Estate v. Canadian Red Cross Society*, 2000 CarswellOnt 2178, 1 C.C.L.T. (3d) 70, la Cour supérieure de l'Ontario a notamment justifié le haut standard de diligence applicable aux distributeurs de produits sanguins compte tenu de la dépendance des usagers, tels que les hémophiles. La Cour d'appel de l'Ontario a toutefois accueilli l'appel de la Société canadienne de la Croix-Rouge; *Robb Estate v. Canadian Red Cross Society*, 2001 CarswellOnt 4159, 152 O.A.C. 60, 9 C.C.L.T. (3d) 131. Demande d'autorisation de pourvoi à la Cour suprême rejetée; *Robb Estate v. Canadian Red Cross Society*, 2002 CarswellOnt 2840, 2002 WL 1607643 (S.C.C.), 172 O.A.C. 198 (note), 301 N.R. 395 (note), 2002 CarswellOnt 2839, 2002 CarswellOnt 2840, [2002] S.C.C.A. No. 44.

ENCADRÉ 1

Principaux recours collectifs déposés au Canada au cours des dernières années

Pondéral

Entre le 13 septembre 2000 et le 14 janvier 2002, différents recours collectifs ont été intentés en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec sur la base que des personnes ayant consommé du *Pondéral* – un médicament utilisé pour la perte de poids – auraient subi des complications telles qu'une hypertension pulmonaire et une cardiopathie valvulaire. Le *Pondéral* a été retiré du marché canadien en septembre 1997. Jusqu'à cette date, il a fait l'objet de plus de 1,4 million de prescriptions au Canada. Un recours a été autorisé, non seulement pour les résidents de l'Ontario, mais également pour tous les utilisateurs de *Pondéral* au Canada – à l'exception du Québec –, et ce, par un jugement de la Cour supérieure de l'Ontario du 13 septembre 2000. Au Québec, un recours collectif spécifique a été autorisé le 14 janvier 2002. En septembre 1998, le groupe Option consommateurs avait aussi déposé, contre Servier Canada Inc., un recours concernant le Redux – un médicament également utilisé pour la perte de poids.

- *Wilson v. Servier Canada Inc.*, 2000 CarswellOnt 3257 (Ont. S.C.J.), 49 C.P.C. (4th) 233, 50 O.R. (3d) 219, [2000] O.J. n° 3392.
- *Hotte c. Servier Canada Inc.* (14 janvier 2002), Laval, n° 540-06-000001-976 (C.S.), j. Dalphond.
- *Fortier c. Archer Daniels Midland Company*, suivi 500-06-000089-991.
- *Association coopérative d'économie familiale Montréal c. Servier Canada Inc.*, suivi 500-06-000050-977.
- *Option consommateurs c. Servier Canada Inc.*, suivi 500-06-000072-989.
- *Knowles v. Wyeth-Ayerst Canada Inc.*, dossier 33778.

Prepulsid

Le 16 juillet 2001, une requête pour autorisation d'exercer un recours collectif contre des compagnies Janssen-Ortho Inc. à l'égard d'un médicament commercialisé sous le nom de *Prepulsid* a été déposée à la Cour supérieure du Québec. Le *Prepulsid* est un médicament contre le reflux gastro-œsophagien qui aurait causé des décès par arythmie cardiaque.

- *Gardner c. Janssen-Ortho Inc.*, (1^{er} mars 2002), Montréal, n° 500-06-000137-014 (C.S.), j. Rolland.

Baycol

En août 2001, un recours collectif a été entrepris contre la compagnie Bayer pour des dommages qui auraient été causés par le *Baycol*, un médicament pour réduire le taux de cholestérol. On y allègue que le médicament est responsable d'une nécrose des tissus musculaires chez certains utilisateurs. Le 26 octobre 2004, le recours a été autorisé et une transaction a été approuvée par le tribunal.

- *Dufour c. Bayer Inc.* (26 octobre 2004), Montréal, n° 500-06-000139-010 (C.S.), j. Roy.
- *Coleman v. Bayer Inc.*, n° 01-CV-216773 CP.
- *Bouchanskaia v. Bayer Inc.*, n° S014776.
- *Pardy v. Bayer Inc.*, n° 2002 01T 4246 CP.
- *Walls v. Bayer Inc.*, n° CI 03-01 31598.
- *Lamb v. Bayer Inc.*, n° 2760 of 2002.
- *Wheadon v. Bayer Inc.*, 2004 CarswellNfld 105 (Newfoundland and Labrador Supreme Court Trial Division).
- *Walls v. Bayer Inc.*, 2005 CarswellMan 5 2005 MBQB 3 Cour d'appel du Manitoba, 7 janvier 2005, dossier Winnipeg Centre CI 03-01-31598.
- *Coleman v. Bayer Inc.*, 2004 CarswellOnt 1889 (Ont. S.C.J.) Additional reasons in: *Coleman v. Bayer Inc.*, 2004 CarswellOnt 2694 (Ont. S.C.J.).

Thimérosal

En mai 2002, un recours collectif a été déposé en Ontario contre le fabricant Aventis Pasteur pour le motif que la compagnie aurait employé du *Thimérosal*, un produit contenant du mercure, pour la préservation de ses vaccins. Selon la poursuite, les parents n'ont jamais été avisés que le mercure, particulièrement toxique pour les bébés, entrerait dans la composition des vaccins. La poursuite allègue également que la firme connaissait ou aurait dû connaître les effets neurotoxiques du mercure contenu dans le *Thimérosal*.

- *East v. Aventis Pasteur Ltd.*, suivi n° 02-CV-229117CP (Superior Court Ontario).

Paxil

Le 2 mai 2002, une requête pour autorisation d'exercer un recours collectif contre GlaxoSmithKline a été introduite au nom de ceux qui ont utilisé du *Paxil* – un antidépresseur – pour le motif que certains effets indésirables n'auraient pas été déclarés par le fabricant.

- *Goyette c. Glaxo Smith Kline*, suivi n° 500-06-000157-020.

Celebrex

Le 26 septembre 2002, l'Union des consommateurs déposait un recours collectif contre Pfizer Canada Inc., à l'égard du *Celebrex*. Ce médicament est indiqué pour soulager, à court terme, les signes et symptômes de l'arthrose et de la polyarthrite rhumatoïde. On y allègue que le fabricant a fait des allégations fausses et trompeuses dans la mise en marché du médicament notamment en exagérant son innocuité gastro-intestinale.

- *Union des consommateurs c. Pfizer Canada Inc.*, suivi n° 500-06-000182-028.
- *Option consommateurs c. Boots Pharmaceuticals Inc.*, suivi 500-06-000045-977.

Serzone

Le 13 novembre 2003, Option consommateurs et Chantale Dallaire ont déposé une requête en autorisation d'exercer un recours collectif contre les fabricants d'antidépresseurs contenant du chlorhydrate de nefadozone (*Serzone*), lequel aurait causé d'importants dommages au foie. On y allègue notamment que les fabricants auraient failli à informer adéquatement les professionnels de la santé et les consommateurs des risques reliés à la consommation de ce médicament.

- *Option consommateurs c. Bristol Myers Squibb Canada*, suivi 500-06-000212-031.

Stadol NS

Le 7 juillet 2004, un recours collectif était autorisé contre la compagnie Bristol Myers Squibb aux seules fins d'homologuer la transaction intervenue entre les parties. Le recours collectif visait l'utilisation d'un analgésique narcotique (le *Stadol NS*) – vendu sous la forme d'un vaporisateur nasal – entre le 1^{er} juillet 1994 et le 1^{er} juillet 2004. On y allègue plus particulièrement que le produit causait de la dépendance.

- *Ullmann c. Bristol Myers Squibb Canada Co.* (7 juillet 2004), Québec, n° 200-06-000027-022 (C.S.), j. Bédard.
- *Doucette v. Bristol Myers Squibb*, dossier 38054 CP, Cour supérieure de l'Ontario.

Crestor

Le 1^{er} décembre 2004, un recours collectif a été déposé à l'encontre de Astrazeneca à l'égard du *Crestor*, un médicament utilisé pour le traitement de l'hypercholestérolémie.

- *Cauchon c. Astrazeneca PLC*, suivi 500-06-000264-040.

Vioxx

À l'automne 2004, différents recours collectifs ont été déposés contre la société Merck Frosst Canada pour les personnes résidant au Québec qui ont consommé du *Vioxx* – un anti-inflammatoire. On y allègue que le médicament augmente les risques d'incidents cardiovasculaires et que Merck Frosst a manqué à son devoir de sécurité et d'information. Des recours similaires ont aussi été déposés en Ontario.

- *Bialek c. Merck Frosst*, suivi 200-06-000043-045.
- *Lydynia c. Merck and Co. Inc.*, suivi 500-06-000246-047.
- *Union des consommateurs c. Merck Frosst*, suivi 500-06-000248-043.
- *Fillion c. Merck Frosst Canada Ltd.*, suivi 500-06-000247-045.
- *Settingington c. Merck Frosst Canada Ltd.*, dossier 45435 CP, Cour supérieure de l'Ontario.

Celebrex

Le 17 décembre 2004, un recours collectif a été déposé contre Pfizer Canada Inc. concernant le *Celebrex* – un médicament utilisé pour le traitement de l'arthrose et de la polyarthrite rhumatoïde. On y allègue que sa consommation augmente les risques d'incidents cardiovasculaires. Des reproches visant l'absence de test approprié, le défaut d'informer adéquatement les consommateurs des risques reliés à l'utilisation du produit dans les campagnes publicitaires et sur l'emballage des produits et l'organisation d'une campagne agressive de publicité à la suite du retrait du *Vioxx* sur le marché sont aussi invoqués.

- *Jolicoeur c. Pfizer Canada Inc.*, suivi 500-06-000266-045.
- *Brock c. Pfizer Canada Inc.*, suivi 550-06-000007-055.

Zyprexa

Le 21 décembre 2004, un recours collectif a été déposé en Ontario contre la compagnie Eli Lilly Canada Inc. On y allègue que l'utilisation de *Zyprexa* – un médicament utilisé pour le traitement de la schizophrénie – a causé chez certains patients différents effets indésirables tels que du diabète et de l'hyperglycémie.

- *Wells v. Eli Lilly Canada Inc.*, dossier 46061/046, Cour supérieure de l'Ontario.

Neurontin

Le 14 janvier 2005, un recours collectif a été déposé contre Pfizer Canada Inc. concernant le *Neurontin* – un médicament anticonvulsif utilisé pour le traitement de certaines crises d'épilepsie. On y reproche au fabricant d'avoir fabriqué, distribué et vendu un médicament dangereux qui augmente le risque de comportements suicidaires. On prétend, en outre, que le fabricant a manqué d'effectuer les vérifications appropriées des conséquences de l'utilisation du *Neurontin*. Un recours similaire a été déposé en Ontario.

- *Campagna c. Pfizer Canada Inc.*, suivi 200-06-000049-059.
- *Bécotte c. Pfizer Canada Inc.*, suivi 500-06-000274-056.
- *Burgess v. Pfizer Canada Inc.*, dossier 46120 CP, Cour supérieure de l'Ontario.

Depo-Provera

En décembre 2005, un recours collectif a été déposé contre Pfizer Canada concernant le contraceptif *Depo-Provera*. On y allègue que la société a manqué d'informer les utilisateurs de certains risques qui seraient associés au médicament.

- *Elias and Weibl v. Pfizer Canada et al.*, suivi CV-05-012802-CP.

Aliments, vitamines et médicaments – Contrôle des prix

Au cours des dernières années, différents recours collectifs ont été déposés au Canada concernant le prix de vente de certains aliments, vitamines et médicaments. Mentionnons, à ce titre, les recours visant les produits suivants : la Biotine, les multivitamines, le Chlorure de choline, les Sorbates-CHISSO, l'Acide citrique, la Lysine, le Maltol, la Méthionine, l'Acide monochloracétique, les MSG/Nucléotides, la Niacine, l'Erythorbate de sodium, les Sorbates, de même que certains anovulants et des narcotiques de prescription.

- *Association coopérative d'économie familiale du Nord-Est de Montréal et Raymond Mailhot c. Hoechst Aktiengesellschaft, Eastman Chemical Company*, 500-06-000103-008.
- *Alfresh Beverages Canada Corp. c. CHISSO Corporation*, dossier 39083, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Options consommateurs et André Bernard Guévin c. Archer-Daniels Midland Company*, 500-06-000094-991.
- *Alfresh Beverages Ltd. v. Archer-Daniels Midland Company*, dossier 32562/99, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Sun-Rype Products Ltd. v. Archer-Daniels Midland Company*, dossier L003223, Cour suprême de la Colombie-Britannique.
- *Option consommateurs et Roger Fortier c. Archer-Daniels Midland Company*, 500-06-000089-991.
- *Rein Minnema and Minnema Farms Ltd. v. Archer-Daniels Midland Company*, dossier G23495-99 CP, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Peter Mura v. Archer-Daniels Midland Company*, dossier SO24333, Cour suprême de la Colombie-Britannique.
- *Gariépy c. Pfizer Inc.* (27 mai 2003), Québec, n° 200-06-000028-020 (C.S.), j. Landry.
- *Newly Weds Foods Co. v. Pfizer Inc.*, dossier 39495, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Ferme laitière Leblond et fils c. Akzo Nobel Chemicals B.V.*, 200-06-000030-034.
- *A & M Sod Supply Ltd. v. Akzo Nobel Chemicals B.V.*, dossier 40300 CP, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Colette Brochu c. Ajinomoto U.S.A. Inc.*, 200-06-000019-011.
- *Bona Foods Ltd. v. Ajinomoto U.S.A. Inc.*, dossier 37708, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Abel Lam v. Ajinomoto U.S.A. Inc.*, dossier SO 15589, Cour suprême de la Colombie-Britannique.
- *Option consommateurs et André Bernard Guévin c. Pfizer Inc.*, 500-06-000147-013.
- *Bona Foods Ltd. v. Pfizer Inc.*, dossier 38409, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Peter Mura v. Pfizer Inc.*, dossier LO 20976, Cour suprême de la Colombie-Britannique.
- *Association coopérative d'économie familiale du Nord de Montréal c. Hoechst Aktiengesellschaft*, 500-06-000103-008.
- *Alfresh Beverages Canada Corp. v. Hoechst AG*, dossier 33817/00, Cour supérieure de l'Ontario.
- *Peter Mura v. Hoechst AG*, dossier LO 11993, Cour suprême de la Colombie-Britannique.
- *L'ACEF-centre de Montréal c. Association québécoise des pharmaciens propriétaires, Groupe Jean Coutu (PJC) inc.*, 500-06-000006-953

d'importants problèmes de santé⁴⁸. Enfin, les pratiques établies par l'industrie pharmaceutique sont davantage circonscrites, notamment par le biais de normes autorégulatrices, telles que les codes d'éthiques, le *Code d'agrément de la publicité du CCPP*⁴⁹, le *Code canadien des normes de la publicité de NCP*⁵⁰, le *Code de déontologie* de R_x&D⁵¹ et le *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*⁵². Ce faisant, l'industrie s'impose des standards élevés de diligence.

Avec l'élargissement des critères d'exercice des recours collectifs, plusieurs recours déposés suivant cette procédure ont été entrepris au cours des dernières années à l'encontre de sociétés pharmaceutiques sur la base d'allégations visant notamment le défaut de qualité et de sécurité des produits, les représentations fausses et trompeuses et le contrôle des prix. En voici une brève énumération, laquelle n'est évidemment pas exhaustive.

3. L'INFORMATION, LA PUBLICITÉ ET LES PRATIQUES COMMERCIALES SUR LES MÉDICAMENTS

La *Loi sur les aliments et drogues* et le *Règlement sur les aliments et drogues* énoncent différentes normes relatives à l'emballage, l'étiquetage et la publicité des drogues. Ces normes visent à assurer, d'une part, la protection des consommateurs et, d'autre part, le bien-fondé des messages communiqués.

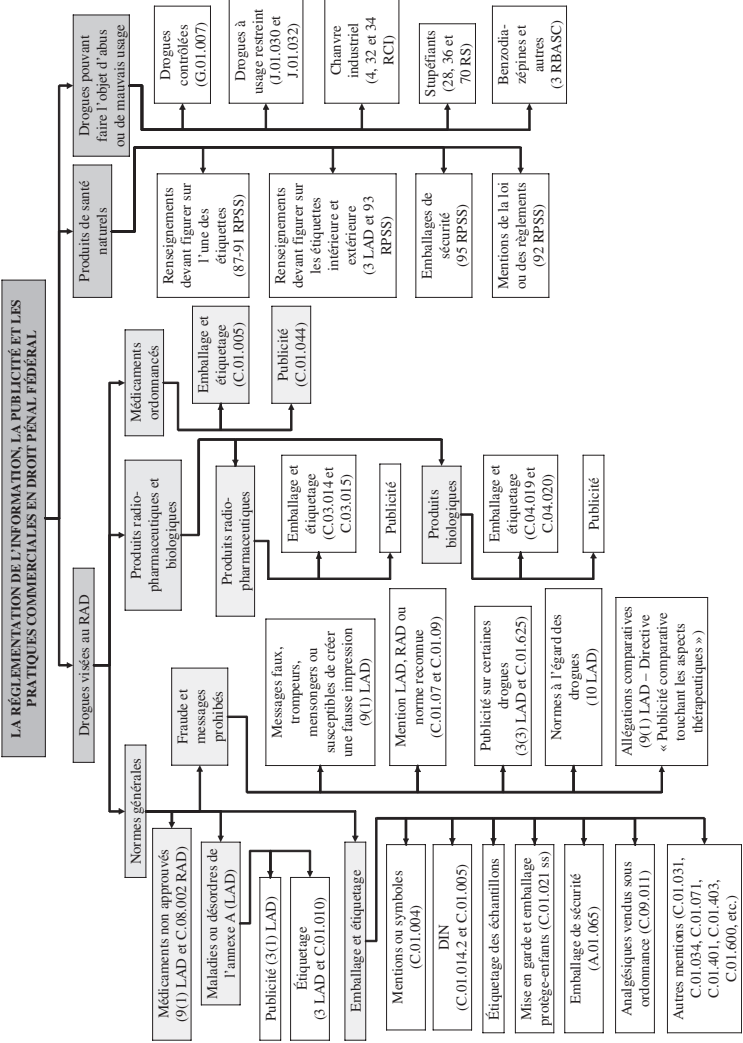
-
48. Corriveau donne l'exemple d'un des médicaments les plus banals, soit l'acide acétylsalicylique, plus connu sous le nom d'Aspirine. Celui-ci a comme principale propriété de réduire la douleur, mais peut occasionner des effets indésirables graves; C. Corriveau, «Devoirs et obligations du fabricant de produits pharmaceutiques», *loc. cit.*, note 45, p. 472.
 49. Conseil consultatif de publicité pharmaceutique, *Code d'agrément de la publicité*, (rév. 2006), disponible sur le site <www.paab.ca/index_fr.html>.
 50. Normes canadiennes de la publicité, *Code canadien des normes de la publicité*, (rév. 2005), <www.normespub.com>.
 51. L'Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D), *Code de déontologie* de R_x&D, (rév. 2006), <www.canadapharma.org>.
 52. Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ) et Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D), *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*, (2003), <www.cemcq.qc.ca/fr/index.cfm>.

C'est la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada (ci-après appelée «la DPT») qui est responsable de la réglementation sur la publicité des médicaments (voir la figure 3.1). Elle s'assure d'abord que l'information contenue dans la publicité ne soit pas fausse, trompeuse ou mensongère. Puis, elle établit des normes relatives à la publicité elle-même et élabore des politiques et des lignes directrices d'interprétation. Par exemple – et bien que cette restriction soit actuellement remise en question –, l'article C.01.044 du Règlement sur les aliments et drogues limite la publicité des médicaments d'ordonnance auprès du grand public à leur nom, à leur prix et à leur quantité.

Alimentés par la délégation des pouvoirs de la DPT, les organismes autorégulateurs connaissent, depuis quelques années, un important essor dans le domaine de la publicité des médicaments⁵³, des pratiques commerciales⁵⁴ et de l'éducation médicale continue. L'État n'est plus le seul à revendiquer le pouvoir de réguler⁵⁵. En effet, différents organismes normalisent les activités sociales. En fait, les normes autorégulateurs font partie intégrante de l'ensemble normatif et établissent un véritable «dialogue» avec les autres normes qui en émergent.

-
53. Sur l'autorégulation de la publicité en général, voir J.P. Neelankavil et A.B. Stridsberge, *Advertising Self-Regulation: A Global Perspective*, New York, Hastings House, 1980; D. Forget, *Le fonctionnement des organismes d'autoréglementation de la publicité au Canada*, Montréal, Université de Montréal, 1989; mémoire de maîtrise en science de la communication; M. Watin, *La publicité et ses normes: les forces en présence*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1980; D.J. Baum, *Self Regulation and Antitrust: Suppression of Deceptive Advertising by the Publishing Media* (1986) 12 Syracuse L.R. 289; P. Trudel, «Les effets juridiques de l'autoréglementation», (1989) 19 *R.D.U.S.* 247, 259-260.
 54. Selon certains auteurs, l'autorégulation est perçue comme un moyen de réconcilier la pratique médicale avec la pratique pharmaceutique; D.W. Molloy, S.D. Smith et R.M. Jubelius, «The Ideal Detail Program – Comprehensive, up-to-date Drug Detailing», (1999) 19, p. 4 *Health Law in Canada* 89. Des auteurs relèvent toutefois des lacunes dans l'autorégulation des sociétés pharmaceutiques; E.E. Roughend, A.L. Gilbert et K.J. Harvey, «Self-Regulatory Codes of Conduct: are they Effective in Controlling Pharmaceutical Representative Presentation to General Medical Practitioners?», *International Journal of Health Services*, vol. 28, n° 2, 1998, p. 269-279.
 55. Traditionnellement, l'État normalisait les activités sociales par le biais des lois et des règlements. Par la suite, de nouveaux moyens d'action étatique sont apparus tels que l'énoncé de politique et la directive. Actuellement, l'État n'est plus le seul à revendiquer le pouvoir de réguler. Différents organismes – dont la reconnaissance varie – normalisent les activités sociales. Ce phénomène est marquant dans l'industrie des médicaments. À l'instar des nouveaux moyens d'action étatique, les normes établies par ces organismes sont souvent récupérées par le droit positif et introduites dans le corpus juridique.

Figure 3.1
La réglementation de l'information, la publicité et les pratiques commerciales en droit fédéral



Toutefois, le respect de ces normes autorégulatoires repose, d'une part, sur le volontariat des membres qui y sont assujettis et, d'autre part, sur la reconnaissance de l'autorité autorégulatoire dont elles émanent⁵⁶.

Deux organismes de préapprobation de la publicité – le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique (ci-après appelé «CCPP») et les Normes canadiennes de la publicité (ci-après appelées «NCP») – se partagent respectivement la régulation de la publicité destinée aux professionnels de la santé et aux consommateurs. Les normes qu'ils appliquent sont décrites au *Code d'agrément de la publicité*⁵⁷ du CCPP et au *Code canadien des normes de la publicité*⁵⁸ des NCP. Le *Code de déontologie*⁵⁹ adopté par l'Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (ci-après appelée «R_x&D») a une portée plus générale et vise l'ensemble des pratiques commerciales des sociétés pharmaceutiques membres de R_x&D. Quant à l'éducation médicale continue, elle fait l'objet d'un texte normatif spécifique depuis l'adoption, par le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (ci-après appelé «CEMCQ») et R_x&D, du *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*⁶⁰.

-
56. La régulation de la publicité sur les médicaments vendus sans ordonnance destinée aux consommateurs. Les textes normatifs produits par les différents organismes autorégulatoires n'ont pas nécessairement la même «valeur contraignante». D'ailleurs, leur juridicité même peut être remise en cause puisque ce n'est que de manière indirecte – essentiellement lorsqu'elles entrent en rapport avec le droit positif – qu'elles peuvent servir à établir quel est le comportement «normal», «admis» ou «attendu» de la part des membres d'une collectivité. Ce contexte entraîne la norme autorégulatoire et, ultimement, l'autorité dont elle émane dans une quête de reconnaissance. Cette dernière s'exprime notamment dans les rapports que la norme autorégulatoire entretient avec les autres normes émanant de son système de même qu'avec les normes législatives et administratives. Cette reconnaissance n'est pas immuable. En effet, l'analyse des rapports normatifs illustre plutôt une dynamique cyclique caractérisée par des périodes de progression, de stagnation et de régression; M. Gagné, *L'État et la régulation des médicaments: un dialogue normatif*, op. cit., note 32.
 57. Conseil consultatif de publicité pharmaceutique, *Code d'agrément de la publicité*, op. cit., note 49.
 58. Normes canadiennes de la publicité, *Code canadien des normes de la publicité*, op. cit., note 50. Ajoutons que depuis décembre 2006, d'autres organismes de préapprobation peuvent être «reconnus» par Santé Canada pour préapprouver la publicité sur les médicaments vendus sans ordonnance destinée aux consommateurs.
 59. L'Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D), *Code de déontologie* de R_x&D, op. cit., note 51.
 60. Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ) et Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D), *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*, op. cit., note 52.

Tableau 3.3
Le Code d'agrément de la publicité (rév. 2006)

Le champ d'application*Les SPP et la publicité institutionnelle*

Le *Code d'agrément de la publicité* vise tous les systèmes publicitaires et promotionnels (ci-après « SPP »). Il s'applique à toutes les communications comportant des allégations, des citations et des références relatives à un produit de santé, qu'il soit simple ou composé, qu'une ordonnance soit requise ou non. Le *Code d'agrément de la publicité* englobe tous les SPP et la publicité institutionnelle à l'intention des professionnels de la santé. Ainsi, tout texte ou illustration qui rencontre cette définition doit être soumis au CCPP pour agrément préalable (art. 1).

Exceptions

Certaines communications n'ont pas à être soumises au CCPP pour agrément. Il s'agit de certains matériels d'information, de la correspondance personnelle, de la correspondance exigée par les agences gouvernementales, de certaines listes de prix, des annonces institutionnelles qui ne font pas référence au produit ainsi que des renseignements destinés aux patients et tirés des monographies du produit (art. 6.6).

Les particularités pour certains SPP

Le *Code d'agrément de la publicité* prévoit des exigences particulières pour certains types de SPP, tels que les annonces publicitaires (art. 6.1), les envois postaux (art. 6.2), les outils promotionnels (le matériel audio, audiovisuel, les logiciels [art. 6.3], les brochures, les dépliants, les feuillets de renseignements ou de directives, le matériel d'exposition [art. 6.4]), les outils éducatifs (les planches anatomiques, les tableaux diagnostics, les diagrammes, les modèles, les tableaux scientifiques), le matériel audiovisuel et électronique (les sites Web, les activités électroniques en ligne, les CD, les DVD, les cassettes, les logiciels et les diapositives [art. 6.5]).

Les principales normes*Exigences générales*

Les articles 2.1 à 2.9 du *Code d'agrément de la publicité* établissent les exigences générales du code. On se réfère d'abord à l'exactitude, la clarté et le caractère complet des allégations. Aucune affirmation ou illustration ne doit induire en erreur (art. 2.1). En outre, certaines mentions doivent apparaître sur le SPP. Par exemple, tous les SPP pour les produits pharmaceutiques doivent mentionner la marque déposée ou de commerce, juxtaposée à la dénomination commune et au symbole correspondant de l'annexe du *Règlement sur les aliments et drogues* (art. 2.2). Puis, les SPP doivent présenter une interprétation exacte des résultats valables et représentatifs de la recherche (art. 2.3). Les SPP doivent également inciter à la prudence dans l'emploi des médicaments. Le texte publicitaire doit fournir suffisamment de renseignements pour permettre l'évaluation des risques et des avantages du produit (art. 2.4). Ensuite, le SPP qui pourrait porter préjudice à un groupe ou enfreindre l'éthique des professions de la santé est inacceptable (art. 2.5). Notons qu'aucun SPP ne doit affirmer ou sous-entendre en termes absolus qu'un produit est « sûr », « idéal », « non toxique », « d'efficacité garantie » ou « uniformément bien toléré », qu'il peut « être administré aux enfants » ou qu'il exerce « une action ou un effet entièrement prévisible » (art. 2.6). Enfin, les SPP ne doivent pas imiter ceux d'une autre entreprise (art. 2.7). Quant aux articles promotionnels offerts dans les annonces, ils doivent avoir un lien direct avec le produit ou ses utilisations, ou être utiles aux professionnels de la santé (art. 2.8). Toutes les annonces publicitaires soumises au CCPP doivent avoir fait l'objet d'une approbation préalable par le service médical ou réglementaire de l'annonceur avant leur envoi au CCPP (art. 2.9).

Les allégations, citations et références

Des normes d'allégations, de citations et de références ont été élaborées aux articles 3.1 à 3.7 du *Code d'agrément de la publicité* du CCPP. En particulier, toutes les allégations et les citations des SPP doivent respecter les limites de l'autorisation de mise en marché de Santé Canada ou des

Tableau 3.3 (suite)

Le Code d'agrément de la publicité (rév. 2006)

renseignements posologiques pour les produits qui n'ont pas de monographie (art. 3.1). En outre, les SPP contenant des allégations sur un produit ou des citations doivent être accompagnés de la liste complète des références (art. 3.1). Toutes les références doivent être les plus récentes et correspondre à l'opinion de la pratique médicale couramment admise et reconnue par la loi et les règlements sur les aliments et drogues (art. 3.2). Elles doivent être fournies en français ou en anglais au professionnel de la santé qui en fait la demande (art. 3.3). En outre, le commissaire doit recevoir une copie de toutes les références citées dans les SPP afin de pouvoir vérifier les allégations et les citations (art. 3.4).

Le CCPP refuse toute allégation ou citation uniquement favorable à un produit pharmaceutique et qui passe sous silence les résultats négatifs (art. 3.5). Les citations extraites de documents scientifiques doivent être reproduites textuellement et respecter le contexte (art. 3.6).

La présentation des données

La présentation des données constitue l'une des préoccupations du CCPP. Ainsi, plusieurs dispositions du *Code d'agrément du CCPP* prévoient des normes de présentation des données sous formes de diagrammes, graphiques, tableaux (art. 4.1) et des statistiques (art. 4.2). Les présentations doivent être exactes, complètes et claires. La source doit être précisée. Par exemple, l'annonceur ne doit pas ajouter d'information aux diagrammes, graphiques, tableaux et autres illustrations provenant des références ni tirer des conclusions qui ne figurent pas dans les références (art. 4.1.1).

Les comparaisons

Les normes relatives à la publicité comparative sont détaillées aux articles 5.1 à 5.16. Parmi celles-ci, mentionnons que certaines stratégies publicitaires sont interdites telles que la publicité alarmiste (art. 5.14) et l'emploi de superlatifs (art. 5.15).

La divulgation des renseignements posologiques

Le *Code d'agrément de la publicité* du CCPP prévoit la divulgation des renseignements posologiques faisant partie des SPP. Ainsi, dans le cas d'un nouveau médicament, on exige la divulgation complète des renseignements posologiques (art. 7.4). Après une période de deux ans, une divulgation sommaire peut être utilisée (art. 7.5). Différentes autres normes apparaissent sous cette section, ayant notamment trait aux SPP de rappel (art. 7.6), aux SPP institutionnels (art. 7.7), aux SPP rédactionnels (art. 7.8) ainsi qu'aux annonces diffusées électroniquement (art. 7.9).

La procédure de soumission et les plaintes*La soumission d'un SPP*

La procédure de soumission du matériel publicitaire est relativement simple et efficace. Le matériel doit être expédié pour examen au commissaire du CCPP accompagné d'un formulaire préagrément dont le modèle est distribué par le CCPP. Des frais d'examen sont exigés conformément au tarif du CCPP publié annuellement (art. 8). Le délai d'agrément est de 10 jours (art. 8.3).

Appels et plaintes

Tout refus d'agrément pour un SSP est susceptible d'appel devant le Comité d'examen du CCPP (art. 9.8). Une plainte peut également être déposée contre un SSP par une tierce partie (art. 9.1 à 9.7).

Les sanctions

Diverses sanctions peuvent être imposées aux entreprises qui enfreignent le *Code d'agrément* du CCPP (art. 9.9 et ss). Parmi celles-ci, notons le retrait immédiat de la publicité, la publication d'un avis dans le rapport annuel du CCPP, la transmission d'une lettre d'excuses publiques (art. 9.9.1) et l'imposition de mesures correctives (art. 9.9.2). Des frais de procédure pour obtenir une audience devant le Comité d'examen pouvant atteindre 2 500 \$ sont également susceptibles d'être imposés (art. 9.8.4).

Tableau 3.4

Le Code canadien des normes de la publicité (rév. 2005)**Le champ d'application***Généralités*

Le CCNP s'applique à la publicité qui est faite par (ou pour) :

- les annonceurs faisant la promotion de biens ou de services ;
- les entreprises, organismes ou institutions désireux d'améliorer leur image publique ou de mettre de l'avant un point de vue ; et
- les gouvernements, les ministères et les sociétés de la Couronne (p. 2).

La publicité sur les médicaments.

Dans le cas des publicités sur les médicaments, mentionnons que l'autorité du CCNP se limite, selon les pouvoirs délégués par la DPT, à la publicité sur les médicaments non ordonnancés destinée aux consommateurs.

Les principales normes*Véracité, clarté et exactitude*

L'article 1 du CCNP précise que les publicités ne doivent pas comporter d'allégations ou de déclarations, des illustrations ou des représentations inexacts ou mensongères, énoncées directement ou implicitement quant à un produit ou un service. On insiste en outre sur la réception et la perception du message (art. 1(a)).

Les paragraphes 1b) à 1f) établissent des règles quant à l'omission d'informations pertinentes, des détails pertinents se rapportant à une offre, l'exclusion de responsabilités, l'information accompagnée d'un astérisque ou présentée en bas de page, la soutenance des allégations ou représentations faites dans une publicité de même que la publicité engagée.

Les techniques publicitaires déguisées

Aucune publicité ne doit être présentée d'une certaine manière ou dans un style qui masque son but commercial (art. 2).

La publicité comparative

La publicité ne doit pas injustement discréditer, attaquer ou dénigrer les autres produits, services, publicités ou compagnies, ni ne doit exagérer la nature ou l'importance de différences entre les concurrents (art. 6).

NCP procède à l'examen des allégations non thérapeutiques qui établissent une comparaison, et à celles qui n'en font aucune, à l'intérieur des publicités de médicaments en vente libre destinées aux consommateurs, afin d'en établir la conformité avec les grands principes de la publicité tels qu'ils s'expriment dans l'article 9 de la *Loi sur les aliments et drogues* et ses règlements, les politiques et lignes directrices du programme des produits thérapeutiques, ainsi qu'avec ses propres politiques d'approbation. Cette politique d'approbation développée par NCP vient compléter celle du programme du PPT qui s'intitule *Principe concernant les allégations comparatives relatives aux propriétés non thérapeutiques des médicaments en vente libre*.

Témoignages

L'article 7 du CCNP établit que les témoignages, endossements ou représentations d'opinions ou de préférence doivent refléter l'opinion véritable et raisonnablement actuelle de la personne ou des personnes, groupes ou organisations qui les rendent, et doivent se fonder sur des renseignements adéquats ou une expérience appropriée du produit ou service faisant l'objet de la publicité, et ne doivent pas être autrement trompeurs.

Tableau 3.4 (suite)

Le Code canadien des normes de la publicité (rév. 2005)*Déclarations de professionnels ou de scientifiques*

Les publicités ne doivent pas altérer la portée véritable des énoncés faits par des professionnels ou des scientifiques reconnus. Les énoncés publicitaires ne doivent pas laisser entendre qu'ils ont un fondement scientifique quand ce n'est pas le cas. Toute allégation ou déclaration scientifique, professionnelle ou jouissant d'une grande autorité, doit se référer au contexte canadien, à moins qu'il n'en soit autrement mentionné de façon claire (art. 8).

Sécurité

Les publicités ne doivent pas, sans raison, sauf si cela peut se justifier en invoquant des motifs éducationnels ou sociaux, témoigner d'indifférence à l'égard de la sécurité du public, en présentant des situations que l'on pourrait, de façon raisonnable, interpréter comme étant un encouragement à des pratiques ou à des gestes imprudents ou dangereux (art. 10).

Superstitions et frayeurs

Les publicités ne doivent pas exploiter les superstitions ou jouer avec les frayeurs pour tromper les consommateurs (art. 11).

Descriptions et représentations inacceptables

Le CCNP reconnaît que les publicités peuvent déplaire à des personnes, sans qu'elles n'enfreignent pour autant le CCNP. En ce sens, le fait qu'un produit ou un service en particulier puisse offenser certaines personnes ne constitue pas une raison suffisante pour s'objecter à une publicité sur ce produit ou ce service. Toutefois, l'article 14 du CCNP relève certaines descriptions et représentations jugées inacceptables telles que la discrimination, l'incitation à la violence, l'encouragement d'une conduite illégale, le fait de discréditer, dénigrer ou déprécier une personne et l'atteinte à la dignité humaine.

Autres limites à la publicité

Le *Code canadien des normes de la publicité* prévoit d'autres restrictions relatives à l'indication de prix (art. 3), l'appât et la substitution (art. 4), les garanties (art. 5), l'imitation (art. 9), la publicité destinée aux enfants (art. 12) et la publicité destinée aux mineurs (art. 13).

La procédure de soumission et les plaintes*Procédure de soumission*

Afin de soumettre un texte publicitaire pour fins d'approbation, on doit remplir un formulaire prévu à cet effet. Un délai de 2 à 4 jours est prévu pour l'examen, lequel varie en fonction de la catégorie de services sollicités. La tarification est disponible sur le site de NCP.

Les plaintes

Une procédure pour le traitement des plaintes des consommateurs ou des groupes d'intérêts particuliers est prévue au CCNP (p. 6-9). Les formules de plainte sont disponibles sur le site des NCP. Une procédure en matière de plainte intra-industrie est également utilisée par NCP depuis 1976. Elle est destinée à résoudre les litiges qui opposent des annonceurs concurrents.

Tableau 3.5
Le Code de déontologie de R_x&D (2006)

Généralités

R_x&D est une association nationale regroupant des compagnies de recherche pharmaceutique. Elle a été fondée en 1914 par les représentants de 10 sociétés fabriquant des produits pharmaceutiques et de toilette. Elle a été créée dans le but de favoriser le bénéfice mutuel et le progrès des intervenants dans la fabrication de ces produits.

R_x&D compte une cinquantaine de membres, lesquels seraient responsables du développement d'au moins 90 % des médicaments disponibles sur le marché canadien. Ceux-ci partagent un objectif principal commun, à savoir découvrir de nouveaux médicaments. La mission de R_x&D est donc d'encourager la découverte, le développement et l'accessibilité à de nouveaux médicaments.

Tous les membres de R_x&D conviennent, lors de leur adhésion, de respecter les normes du *Code de déontologie* de R_x&D (art. 2.2.1). Il s'agit, en fait, d'une condition d'appartenance à R_x&D (art. 1, 2 et 13.6).

Le champ d'application

Principes et pratiques commerciaux pour les produits de marque délivrés sur ordonnance

Le *Code de déontologie* de R_x&D élabore différents principes et pratiques pour la commercialisation de produits pharmaceutiques de marque, délivrés sur ordonnance médicale pour la consommation humaine. L'objet du *Code de déontologie* de R_x&D dépasse donc la seule publicité sur les médicaments d'ordonnance. On y prévoit, en outre, des normes relatives à l'information sur les nouveaux produits (art. 2.3.1 à 2.3.4), à la signature du matériel promotionnel par le personnel médical ou scientifique (art. 2.4), aux études économiques sur les soins de santé (art. 2.5.1), aux modèles d'évaluation clinique (« échantillons ») (art. 3.1 à 3.2.6), à l'enseignement destiné aux professionnels de la santé (art. 4), à l'éducation médicale continue (EMC) (art. 4A), aux commandites des activités d'éducation médicale continue, des symposiums scientifiques et des congrès internationaux (art. 4B), aux expositions dans les congrès et cliniques (art. 5), aux dons ou soutiens financiers (art. 6.1), aux cadeaux (art. 7A), aux activités de représentation (art. 7B), aux représentants pharmaceutiques (art. 8), aux études de phase IV (art. 9), au prix des médicaments (art. 10), aux outils éducatifs (art. 11), aux études de marché (art. 12), aux comités consultatifs – consultants (art. 13) – ainsi qu'à la protection des renseignements sur les patients (art. 14.4).

Le Code d'agrément de la publicité du CCPP et les directives de l'AEMC

Le *Code de déontologie* de R_x&D stipule que toute infraction au *Code d'agrément de la publicité* du CCPP ainsi qu'aux *Directives pour la publicité générale, Encarts publicitaires et lignes directrices sur les Suppléments de revues médicales* soumis pour parution de l'Association des éditeurs médicaux du Canada (ci-après appelée « AEMC ») constitue une infraction au *Code de déontologie* de R_x&D (art. 2.2.1).

Suppléments de revues médicales soumis pour parution de l'AEMC constitue une infraction au *Code de déontologie* de R_x&D (art. 2.2.1).

Les principales normes

L'information relative aux nouveaux produits

Conscient que l'existence d'un nouveau médicament est parfois connue du grand public avant que l'Industrie n'ait informé les professionnels de la santé de son lancement, R_x&D a adopté une procédure de communication d'information relative aux produits nouveaux (art. 2.3.1). Ainsi, l'information concernant le produit (monographie officielle complète ou des extraits de celle-ci) doit être diffusée au moins deux semaines avant le lancement sur le marché (art. 2.3.2) à l'ensemble des centres d'information sur les médicaments, centres antipoisons et facultés de médecine et de pharmacie connus du Canada ainsi qu'aux associations médicales nationales (art. 2.3.3). Lors de toute activité de relations publiques visant à annoncer un nouveau produit, une nouvelle indication ou de nouvelles conclusions scientifiques, les membres doivent s'assurer que tous les renseignements fournis aux médias sont exacts et objectifs (art. 2.3.4).

Tableau 3.5 (suite)

Le Code de déontologie de Rx&D (2006)*Signature du matériel promotionnel par le personnel médical ou scientifique*

Le *Code de déontologie* de Rx&D limite la signature du matériel promotionnel (art. 2.4). En effet, celui-ci ne doit pas être signé par des personnes qui exercent leur activité professionnelle dans les domaines médical ou réglementaire ou dans les services d'information médicale ou scientifique ni par des tiers agissant en leur nom. En fait, le matériel signé par ces personnes est normalement limité aux réponses à des demandes de renseignements d'ordre médical ou scientifique formulées par des professionnels de la santé et à la diffusion de nouveaux renseignements médicaux essentiels en matière d'innocuité qui n'ont pas été demandés (art. 2.4).

Les études économiques sur les soins de santé

Les sociétés membres de Rx&D appuient les études économiques sur les soins de santé qui se penchent sur les coûts et les résultats des thérapies non conventionnelles. Les campagnes publicitaires ou promotionnelles qui incorporent des résultats de telles études doivent être examinées et approuvées par le CCPP (art. 2.5.1).

Les modèles d'évaluation clinique (échantillons)

Le *Code de déontologie* de Rx&D autorise la distribution de modèles d'évaluation clinique (échantillons) aux professionnels de la santé et considère celle-ci avantageuse pour le patient et les professionnels de la santé (art. 3.1.1). Cette remise doit toutefois être gratuite (art. 3.2.1) et respecter un mode de distribution bien circonscrit (art. 3.2.3.). Les échantillons sont fournis uniquement à la demande d'un professionnel de la santé autorisé et sur présentation d'un formulaire spécial.

Le *Code de déontologie* de Rx&D prévoit, en outre, des normes quant à l'entreposage des échantillons (art.3.2.4), à leur élimination lorsqu'ils sont excédentaires ou périmés (art. 3.2.5) et à la réalisation d'un inventaire (art. 3.2.6).

L'enseignement médical continu (EMC)

L'article 4A s'applique à toutes les sociétés membres de Rx&D et à toute tierce partie offrant de l'enseignement médical continu (EMC), qui dispense pour elles un service apparenté à l'EMC (art. 4A). Ces dispositions doivent être lues parallèlement avec celles prévues au *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue* adoptées par Rx&D et le CEMCQ.

Expositions dans les congrès et les cliniques

Le *Code de déontologie* de Rx&D s'intéresse aux expositions dans le cadre de congrès et de cliniques. Il précise qu'elles favorisent de meilleurs échanges entre les professionnels de la santé et l'industrie pharmaceutique (art. 5.1). Toutefois, différentes normes visent, d'une part, à assurer un certain contrôle de l'information diffusée. D'abord, au moins un représentant qui est membre doit être présent en tout temps au kiosque (art. 5.1.5). Puis, le matériel promotionnel et didactique disponible au kiosque ne doit contenir aucune information ou assertion différente de celles qui figurent dans la ou les monographies officielles (art. 5.1.3). Ensuite, les tirés à part d'études scientifiques et médicales doivent reproduire *in extenso* les études et ne doivent pas être présentés d'une manière différente des monographies officielles (art. 5.1.4).

Enfin, les représentants qui s'occupent d'un kiosque doivent respecter les normes de comportement du *Code de déontologie* de Rx&D relatives aux représentants pharmaceutiques (art. 5.1.6). D'autre part, des limites relatives à la participation financière sous forme de don, de parrainage ou de location d'un stand d'exposition sont également imposées (art. 5.1.7 à 5.1.10 et 5.1.2).

Dons ou soutien financier

Les dons, y compris les dons en nature, peuvent être offerts à des organismes chargés de promouvoir des activités artistiques, de bienfaisance, culturelles, communautaires, éducatives, humanitaires, philanthropiques, sportives ou liées à la santé. Les sociétés doivent s'assurer qu'un tel soutien ne vise pas à promouvoir leurs produits. La reconnaissance par l'organisme bénéficiaire du soutien accordé doit se limiter à une déclaration satisfaisante ainsi qu'à la dénomination sociale et au logo de la société donatrice (art. 6.1.1).

Tableau 3.5 (suite)
Le Code de déontologie de R_x&D (2006)

Lorsque des sociétés appuient financièrement un organisme de bienfaisance ou organisme sans but lucratif par l'achat de une ou plusieurs tables à un souper bénéfice ou à tout autre événement mondain ou par l'achat de un ou plusieurs quatuors dans le cadre d'un tournoi de golf ou d'une activité semblable, les personnes invitées à prendre place à la table ou à faire partie du quatuor lors d'un tournoi de golf ne doivent pas être des professionnels de la santé (art. 6.1.2).

Les sociétés ne doivent jamais faire de don afin d'avoir accès à un professionnel de la santé (art. 6.1.3).

Cadeaux

Les sociétés membres de R_x&D ne doivent pas offrir à un professionnel de la santé (ou à un membre de son personnel clinique ou administratif) un cadeau – en espèces ou en nature – ou un article promotionnel, prix, récompense ou autre objet qui vise à se procurer un avantage personnel, familial ou pécuniaire (art. 7A.1.2).

Activités de représentation

Pour favoriser une plus grande interaction concernant leurs affaires, les membres peuvent fournir des repas ou des rafraîchissements simples et à prix modique aux professionnels de la santé. Les activités de représentation devraient avoir pour objectif dominant de créer un cadre adéquat à la tenue d'échanges convenables. Elles ne devraient jamais servir de principal moyen de rencontre de professionnels de la santé. Elles devraient constituer une occasion de poursuivre les discussions commerciales (art. 7B.1).

Bien qu'il soit possible d'offrir des rafraîchissements ou des repas simples et à prix modique lors des interactions, il est interdit d'offrir des billets ou des bons d'échange ou de rembourser les frais liés à l'événement en particulier ou à tout autre événement (art. 7B.1.6).

Représentants des compagnies pharmaceutiques

Les représentants pharmaceutiques exercent un rôle à la fois promotionnel et éducatif dans l'industrie des médicaments. En effet, c'est essentiellement par leur intermédiaire que le fabricant fait la promotion de ses produits auprès des professionnels de la santé et que ces derniers ont accès à l'information y afférents. Ce double rôle – parfois perçu comme conflictuel – a certes contribué à l'adoption de normes régissant les activités des représentants pharmaceutiques.

Les articles 8.1.1 à 8.2.7 CPC prévoient des normes quant à la qualification et au perfectionnement des visiteurs médicaux. Ainsi, dès son embauche, tout représentant doit recevoir une formation supervisée pour qu'il puisse se familiariser avec ses responsabilités et s'en acquitter (art. 8.2.1). Les membres de R_x&D doivent, de plus, organiser de temps à autre des cours de recyclage et encourager la poursuite d'études et le perfectionnement (art. 8.2.2). Les représentants doivent réussir dans les deux années qui suivent leur embauche le cours d'agrément du Conseil de formation pharmaceutique continue (CFPC) (art. 8.2.3).

Le *Code de déontologie* de R_x&D établit, en outre, certaines normes de conduite et de courtoisie. En effet, les représentants doivent, en tout temps, respecter les normes professionnelles et déontologiques les plus rigoureuses. Il faut que cela soit reflété à la fois dans leur conduite et dans leur tenue (8.2.4). Enfin, ils doivent fournir, sur les produits, des renseignements complets et conformes aux faits, en se gardant d'exagérer ou de communiquer de l'information trompeuse. Leurs exposés, précis et complets, ne doivent en aucun cas induire en erreur, même indirectement. Leurs déclarations doivent être précises et complètes (art. 8.2.5). Précisons que les représentants ne doivent, en aucun cas, verser de frais pour obtenir l'accès à un professionnel de la santé (art. 8.2.7).

Études cliniques après l'enregistrement (études cliniques de phase IV)

Les sociétés pharmaceutiques conduisent fréquemment des études cliniques après la délivrance par Santé Canada d'un avis de conformité d'une drogue nouvelle. Essentiellement, ces études visent à évaluer des données relatives à l'emploi clinique du médicament et concernant son innocuité, son efficacité, son bilan coût/efficacité, ses répercussions sur la qualité de la vie ou autres considérations d'ordre socioéconomique. Le *Code de déontologie* de R_x&D prévoit une dizaine de

Tableau 3.5 (suite)

Le Code de déontologie de Rx&D (2006)

principes visant ces études (art. 9.1.1 à 9.2.10). Ces principes renvoient notamment à l'objectif de l'étude clinique (art. 9.2.3), à la qualification du personnel médicocientifique qui conçoit, approuve et administre l'étude (art. 9.2.4), à la conduite de l'étude conforme à la loi, aux règlements et aux directives applicables à l'échelle fédérale et provinciale (comme par exemple l'approbation des CER et le respect des bonnes pratiques cliniques) (art. 9.2.5), au protocole de recherche (art. 9.2.6), à la conservation et l'évaluation scientifique des données recueillies (art. 9.2.7 et 9.2.8) et à la rémunération des chercheurs (art. 9.2.9 et 9.2.10).

Pris des médicaments

Toutes les sociétés membres de Rx&D doivent respecter les lois et les règlements fédéraux, provinciaux en vertu de la tarification en fonction du marché. Plus particulièrement, Rx&D appuie le principe du coût d'acquisition réel (art. 10.1 et 10.2).

Outils éducatifs

Bien que le *Code de déontologie* de Rx&D n'exclue pas la distribution d'outils éducatifs, les articles 11.1 à 11.3 constituent, en quelque sorte, un appel au bon jugement et au discernement. Leur justification doit supporter l'examen critique de l'opinion professionnelle et publique.

Études de marché

Les études de marché établissent des liens entre le consommateur, le client et le public, d'une part, et l'organisme qui met en marché, d'autre part, par le truchement de l'information – d'une information qui met en évidence et définit les possibilités et les problèmes en matière de marketing; qui engendre, peaufine et évalue les programmes de marketing; qui surveille le rendement des activités de marketing; qui améliore la compréhension du marketing comme processus. Toute étude de marché doit être conduite conformément aux articles 12.1 à 12.2.5 du *Code de déontologie* de Rx&D notamment quant au but des entrevues individuelles et collectives, au montant des honoraires offerts aux professionnels de la santé qui recueillent ou fournissent des renseignements pour les études de marché (art. 12.4) et au caractère confidentiel des renseignements sur le ou les participants (art. 12.2.5).

Comités consultatifs / consultants

Les membres de Rx&D peuvent chercher à obtenir des conseils de professionnels de la santé au sujet de la conduite de divers aspects de leur opération commerciale. À ces occasions, les professionnels de la santé jouent le rôle de consultants et offrent aux membres des conseils, des connaissances et leur expertise (art. 13.1). Lors de la conclusion de telles ententes, trois principes reproduits à l'article 13.3 du *Code de déontologie* de Rx&D doivent guider les membres de Rx&D.

Protection des renseignements sur les patients

Toutes les sociétés membres de Rx&D doivent respecter les lois et règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux concernant la protection des renseignements sur les patients (art. 14.1).

Les plaintes et l'appel*Généralités*

Les plaintes d'infraction aux dispositions du *Code de déontologie* de Rx&D doivent être adressées par écrit au Comité d'examen des pratiques de l'industrie ou CEPI (art. 15.1). Le CEPI peut imposer une amende aux sociétés membres ayant commis une infraction au *Code de déontologie* de Rx&D. Le montant de l'amende est établi en fonction du nombre d'infractions commises dans chaque période de 12 mois. La publication de l'infraction dans *Actualités Rx&D* est aussi prévue. Enfin, un appel peut être interjeté (art. 15.6 et s.).

Tableau 3.6

Le Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue (2003)**Généralités**

Nous avons vu que les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D) consacrent un chapitre aux règles relatives à l'enseignement médical continu dans le *Code de pratiques de commercialisation*.

En mai 1995, le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ) publiait le *Guide d'éthique sur les relations entre les organisations médicales et les sociétés commerciales* relativement à l'éducation médicale continue. Le CEMCQ est un organisme de concertation créé en 1975, à la suggestion du Collège des médecins, par les organismes intéressés par la formation médicale. Il s'agit d'un organisme sans but lucratif ayant pour mission de promouvoir et de favoriser l'éducation médicale continue au Québec. Dans cette perspective, il a notamment pour mandat de favoriser les échanges de développements de consensus en vue d'une harmonisation des actions prises par les organismes intéressés à l'enseignement médical continu (p. 4). Le CEMCQ regroupe les représentants de différents organismes dont le Collège des médecins du Québec, le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec et le Groupe de travail en formation professionnelle continue de R_x&D.

Afin d'unifier les règles relatives à la collaboration entre les organismes médicaux et les sociétés commerciales, R_x&D et le CEMCQ ont élaboré communément et adopté le *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue (2003)* (ci-après CEIEMC).

Le champ d'application*Activités et programmes d'EMC*

L'adoption du CEIEMC par R_x&D, le CEMCQ et les organismes qui en sont membres implique, de la part des intervenants, un engagement à en respecter les diverses conditions (p. 11). Celles-ci s'appliquent aux activités et aux programmes d'éducation médicale continue tels qu'ils sont définis aux pages 4 et 5 du CEIEMC.

Les principales normes**A) Les principes directeurs***Généralités*

Les principes directeurs qui régissent les divers aspects de l'éducation médicale continue portent sur le but et le contenu des activités et des programmes d'éducation médicale continue ainsi que sur les objectifs des intervenants et leur indépendance.

But des activités et des programmes d'éducation médicale continue

Le CEIEMC reconnaît que les activités et les programmes d'éducation médicale continue constituent un moyen privilégié d'assurer la diffusion des connaissances et des découvertes dans le domaine de la recherche clinique et pharmaceutique. Toutefois, il précise notamment que ceux-ci ne doivent en aucun temps être orientés vers l'intérêt de l'organisme médical responsable de l'activité, des organismes, des personnes-ressources ou des sociétés commerciales, que ce soit réellement ou en apparence (p. 4).

Contenu des activités

Le contenu des activités et des programmes d'éducation médicale continue doit être objectif, équilibré et conçu de façon à ce que les diverses hypothèses et opinions reconnues puissent être exposées. Des règles quant au choix du contenu du programme, des personnes-ressources et du matériel sont prévues au CEIEMC. En outre, les partenaires doivent s'engager à séparer clairement les activités d'éducation médicale continue des autres types d'activités (p. 7).

Tableau 3.6 (suite)

Le Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue (2003)*Objectif des intervenants*

L'objectif des intervenants en éducation médicale continue (à l'exception des participants) est clairement défini. Outre les principes généraux quant à la qualité des activités et des programmes, ceux-ci doivent permettre aux participants d'acquérir, de maintenir ou de perfectionner des connaissances, des habiletés ou des aptitudes qui ne servent pas à des fins promotionnelles ou commerciales (p. 7).

Indépendance et désintéressement

Les intervenants en éducation médicale continue (à l'exception des participants) doivent éviter d'introduire, dans la planification, la réalisation et la gestion des activités et des programmes d'éducation médicale continue, des éléments qui risquent de mettre en péril leur indépendance ou de les placer en situation de conflit d'intérêts, notamment par des avantages personnels, des honoraires dont le montant se situe au-delà de ceux habituellement versés, des gratifications ou des cadeaux. Avant d'accepter de prendre part à une activité ou à un programme d'éducation médicale continue, les personnes ressources doivent effectuer certaines démarches relatives au conflit d'intérêts. En outre, des règles quant à la présentation de renseignements et la participation à des activités de formation médicale continue ayant un caractère de promotion déguisée, sont introduites au CEIEMC (p. 7).

B) Le partenariat*Généralités*

Lorsqu'une société commerciale ou un organisme de tierce partie met sur pied une activité ou un programme d'éducation médicale continue, elle doit raisonnablement tendre à le faire en partenariat avec un organisme médical. Ce partenariat est basé sur des valeurs communes concernant la santé et sur un respect mutuel. Autant que faire se peut, les partenaires doivent mettre à contribution leur expertise et leurs ressources organisationnelles au moment de la conception et de l'organisation de l'activité ou du programme (p. 8).

But du partenariat

Le but principal des activités et des programmes d'éducation médicale continue étant l'amélioration de la performance des médecins, l'aspect éducatif doit être la base du partenariat (p. 8).

Modes de fonctionnement

Lorsqu'il y a un partenariat, les ressources requises de chaque partenaire pour la planification, la réalisation et la gestion d'une activité ou d'un programme d'éducation médicale continue doivent faire l'objet d'une entente entre les partenaires. Une comptabilité transparente doit être adoptée, permettant d'être informés des sources de revenus et de l'allocation des dépenses (p. 8).

Activités sociales

Les activités sociales accompagnant les activités ou les programmes d'éducation médicale continue peuvent servir à accroître les apprentissages en favorisant les échanges informels entre les participants et les experts, que ce soit sur la formation elle-même ou sur des intérêts professionnels communs. Le CEIEMC souligne toutefois que lorsque des activités sociales et des activités éducatives sont offertes au cours d'un même événement, celui-ci pourra porter l'« étiquette » d'éducation médicale continue seulement si les activités éducatives sont prédominantes. De plus, le coût relatif aux activités sociales (à l'exception des repas) doit être entièrement à la charge des participants. Ces activités doivent alors être raisonnables (p. 8).

Tableau 3.6 (suite)

Le Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue (2003)*Octrois et honoraires*

Des octrois et des honoraires peuvent être versés aux personnes-ressources d'une activité ou d'un programme d'éducation médicale continue. Ceux-ci ne doivent pas être liés à d'autres personnes, notamment au conjoint ou aux membres de la famille de ces personnes ressources, aux médecins participant à une activité ou à un programme d'éducation médicale continue, à leur conjoint ou aux membres de leur famille.

Évaluation de l'activité

Le formulaire d'évaluation d'une activité ou d'un programme d'éducation continue doit comprendre la question suivante : « L'activité respectait-elle le Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue ? »

Les participants – l'intégrité, l'indépendance et le désintéressement

Certaines règles imposées aux participants à une activité ou à un programme d'éducation médicale continue sont prévues au CEIEMC relativement, notamment, au jugement critique et aux possibilités de conflit d'intérêts. Notons que les participants doivent refuser toute rémunération et tout remboursement, total ou partiel, de leurs frais de transport et d'hébergement ; ils doivent également refuser tout cadeau (p. 8-9).

La procédure de soumission et les plaintes*Plainte concernant une société membre de R_x&D*

Toute plainte relative à une infraction au CEIEMC qui concerne une compagnie de recherche membre du R_x&D doit être adressée par écrit au Comité des pratiques de commercialisation de R_x&D. Les sociétés membres du R_x&D qui auront été déclarées en infraction au CEIEMC se verront imposer des pénalités. Une amende de 5 000 \$, 10 000 \$ et 15 000 \$ sont respectivement prévues pour les 1^{re}, 2^e et 3^e infractions au cours d'une même période de douze mois. En outre, on précise dans les trois cas la publication de l'infraction dans les bulletins *Actualités R_x&D* et *L'Organisateur d'éducation médicale continue*. Le respect de la décision du Comité des pratiques de commercialisation de R_x&D est une condition d'appartenance à R_x&D (p. 12).

Un recours à l'arbitrage est prévu (p. 13). Dans ce cas, un conseil d'arbitrage est constitué et sa décision est sans appel. Le respect de la décision du Conseil d'arbitrage est une condition d'appartenance à R_x&D.

Plainte concernant un organisme médical

Toute plainte relative à une infraction au CEIEMC qui concerne un organisme doit être adressée par écrit au Comité de l'éducation médicale continue du Collège des médecins du Québec. Les organismes médicaux adhérant au CEIEMC qui auront été déclarés en infraction se verront imposer des pénalités qui y sont prévues soit, pour la première infraction, une lettre de mise en garde, pour la deuxième (à l'intérieur d'une période de douze mois), une réprimande et, pour la troisième (à l'intérieur d'une période de douze mois), une deuxième réprimande et l'envoi d'une recommandation au Comité d'admission à l'exercice du Comité d'éducation médicale continue afin qu'il évalue la possibilité de retirer l'agrément de l'organisme médical déclaré en infraction. Dans ces trois cas, on prévoit également la publication de l'infraction dans les bulletins *L'Organisateur d'éducation médicale continue* et *Actualités R_x&D*.

Si l'une des parties en cause n'est pas d'accord avec la décision rendue par le Comité d'éducation médicale continue du CMQ, un recours à l'arbitrage est possible. Dans ce cas, un conseil d'arbitrage est constitué. La décision de celui-ci est sans appel.

À l'instar du droit pénal fédéral, le droit civil québécois consacre l'obligation d'information imposée au fabricant de médicaments. À bien des égards, celle-ci se rapproche de l'obligation civile de qualité et de sécurité. Nous en dégageons 10 principes d'interprétation :

1. le fabricant n'est pas tenu d'informer les usagers éventuels de ses produits quant à des faits de connaissance générale ;
2. l'étiquette doit non seulement être présente, mais elle doit être complète, claire et non équivoque ;
3. on peut penser que le devoir d'information comporte également celui de transmettre et de rendre accessibles ces renseignements par des moyens adéquats ;
4. la gravité, la fréquence et le contexte des risques sont des facteurs à considérer dans l'examen du contenu de l'obligation d'information du fabricant ;
5. l'intensité de l'obligation varie selon la nature des produits (le médicament étant un produit potentiellement dangereux) ;
6. le fabricant doit mettre en garde l'utilisateur contre les effets cumulatifs d'une utilisation prolongée et apparemment inoffensive de certains produits ;
7. le fabricant peut écarter sa responsabilité s'il démontre que le défaut ne pouvait être connu compte tenu de l'état des connaissances au moment où il a été fabriqué, distribué ou fourni et qu'il n'a pas manqué à son devoir d'information lorsqu'il a eu connaissance de ce défaut (1473 C. c.Q.) ;
8. une norme de divulgation accrue pour le fabricant par rapport au médecin ;
9. le fabricant doit mettre à jour les informations à transmettre à l'utilisateur ;
10. la qualité de l'utilisateur et l'intervention d'un intermédiaire compétent entre le fabricant et l'utilisateur peuvent influencer l'étendue de l'obligation et la transmission des renseignements⁶¹.

61. Pour une présentation plus détaillée de ces principes d'interprétation, voir Mathieu Gagné, *Le droit des médicaments*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2005, p. 357-371.

4. LE PRIX DE VENTE DES MÉDICAMENTS PAR LE FABRICANT

L'État exerce un contrôle étroit sur le prix de vente des médicaments. Ce contrôle s'exerce tant au plan fédéral que provincial, suivant divers procédés d'action étatique. D'abord, c'est une loi du domaine de la propriété intellectuelle qui assure la vente des médicaments (brevetés) à des prix non excessifs. Puis, une loi qui relève des assurances de personnes garantit le prix de vente des médicaments par les fabricants reconnus. Enfin, une loi sur les services de santé régit l'achat des médicaments par les établissements de santé⁶².

Suivant la *Loi sur les brevets*, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (ci-après appelé «CEPMB») – un organisme quasi judiciaire créé en 1987 – doit s'assurer que les prix exigés par les fabricants de médicaments brevetés ne soient pas excessifs⁶³ (voir le tableau 3.7). Pour ce faire, le CEPMB tient compte de différents facteurs tels que le prix de vente des médicaments de la même catégorie thérapeutique sur le marché canadien⁶⁴.

Au Québec, le régime universel d'assurance médicaments organise le contrôle du prix de vente des médicaments⁶⁵. Ce contrôle se superpose à celui prévu à la *Loi sur les brevets*. Il a été instauré en 1997 et garantit une couverture de base à tous les résidents du Québec⁶⁶. Seuls les médicaments inscrits à la liste de la RAMQ sont couverts par le régime général d'assurance médicaments. Le ministre ne peut prendre en considération pour l'inscription à la liste qu'un médicament dont il a reconnu le fabricant⁶⁷. Afin d'être «reconnu» par le ministre, le fabricant doit notamment s'engager à respecter le prix de vente garanti défini en annexe d'un règlement adopté conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments*⁶⁸ (ci-après appelé le «PVG»). Conformément à cet engagement, le PVG ne doit pas être supérieur à tout prix de vente consenti par le fabricant pour le même médicament en vertu des autres programmes provinciaux d'assurance

62. Ajoutons que les fabricants doivent également respecter les diverses lois qui gouvernent le commerce en général telle la *Loi sur la concurrence*, L.R.C. (1985), c. C-34.

63. *Loi sur les brevets*, L.R.C. (1985), c. P-4, art. 80 à 87.

64. *Ibid.*, art. 85(1).

65. *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01.

66. La *Loi sur l'assurance médicaments* a été adoptée le 19 juin et sanctionnée le 20 juin 1996; *Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 1996, c. 32. Certaines de ses dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} août, d'autres le 1^{er} septembre et l'ensemble le 1^{er} janvier 1997.

67. Le ministre peut toutefois inscrire à la liste un médicament dont il n'a pas reconnu le fabricant, si ce médicament est unique et essentiel; *Loi sur l'assurance médicaments*, précitée, note 65, art. 60(2).

68. *Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments*, R.R.Q., 1981, c. A-29.01, r. 1.1, art. 1(1).

Tableau 3.7

Facteurs de détermination des prix excessifs

Pour décider si le prix d'un médicament en vente sur le marché canadien est excessif, le CEPMB tient compte des facteurs suivants dans la mesure où des renseignements sur ces facteurs sont disponibles :

- le prix de vente du médicament sur un tel marché ;
 - le prix de vente de médicaments de la même catégorie thérapeutique sur un tel marché ;
 - le prix de vente du médicament et d'autres médicaments de la même catégorie thérapeutique à l'étranger ;
 - les variations de l'indice des prix à la consommation ;
 - tous les autres facteurs précisés par les règlements.
-

Si, après avoir tenu compte de ces facteurs, il est incapable de décider si le prix d'un médicament vendu sur un marché canadien est excessif, le Conseil peut tenir compte des facteurs suivants :

- les coûts de réalisation et de mise en marché ;
 - tous les autres facteurs précisés par les règlements ou qu'il estime pertinents.
-

Le CEPMB a adopté des directives afin de compléter les facteurs établis par la loi. Ces directives posent les limites suivantes :

- les prix de la plupart des nouveaux médicaments brevetés ne peuvent être supérieurs au prix le plus élevé des autres médicaments utilisés pour soigner la même condition ;
 - les prix des médicaments brevetés constituant une découverte ou apportant une amélioration substantielle par rapport aux médicaments existants ne peuvent être supérieurs à la médiane des prix pratiqués dans les autres pays industrialisés ;
 - la majoration des prix des médicaments brevetés ne doit pas être supérieure à l'indice des prix à la consommation ;
 - les prix des médicaments brevetés pratiqués au Canada ne doivent jamais être supérieurs à tous les autres prix pratiqués dans le monde.
-

médicaments⁶⁹. De plus, il doit être diminué de la valeur de toute réduction consentie par le fabricant sous forme de rabais, ristourne ou prime, et de tout bien accordé à un acheteur par le fabricant à titre gratuit.

Quant à l'achat des médicaments par les établissements de santé, il présente une certaine flexibilité. Outre la règle du « prix le plus bas⁷⁰ », on procède à des appels d'offres pour les médicaments génériques et on applique de plus en plus

69. Une étude menée par la RAMQ à l'automne 2003 confirme qu'effectivement le prix des médicaments au Québec est généralement égal au prix des médicaments de quatre autres régimes publics provinciaux au Canada ou moindre que ceux-ci ; Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004*, Tome II, Québec, décembre 2004, p. 37.

70. La règle du « prix le plus bas » prévoit que, lorsqu'il y a plus d'un fabricant pour un même médicament (dénomination commune, même forme et même teneur), le remboursement par l'assureur public se fait selon le prix le plus bas. Cette règle ne peut donc s'appliquer que s'il y a présence d'au moins un médicament générique en sus du médicament innovateur ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Projet de politique intitulé : Politique du médicament – Document de consultation*, Québec, p. 26.

la règle du «prix de référence». Cette règle prévoit la substitution obligatoire d'un médicament donné pour un médicament non identique, qui est moins cher, mais qui a le même effet thérapeutique⁷¹.

5. L'ASSURANCE SUR LES MÉDICAMENTS ET LES SERVICES QUI Y SONT ASSOCIÉS

Plusieurs lois du domaine de la santé garantissent la prestation de certains services à la population et la fourniture de différents produits pharmaceutiques. Il en est ainsi de la *Loi sur l'assurance maladie*, de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de la *Loi sur l'assurance médicaments*. Dans certains cas, ces lois établissent également le modèle de rétribution des professionnels de même que le cadre de remboursement des produits assurés. Compte tenu de ses particularités, nous présenterons brièvement le régime universel d'assurance médicaments prévu à la *Loi sur l'assurance médicaments*.

Jusqu'au 1^{er} janvier 1997⁷², la *Loi sur l'assurance maladie*⁷³ établissait les modalités du programme public d'assurance médicaments. Ce programme, instauré en 1971⁷⁴, visait essentiellement les personnes âgées de 65 ans et plus et celles détenant un carnet de réclamation de la Sécurité du revenu. La *Loi sur l'assurance médicaments* remplace les dispositions de la *Loi sur l'assurance maladie* en ce qui a trait aux médicaments et aux services pharmaceutiques⁷⁵ et instaure un régime d'assurance médicaments universel et obligatoire. Ainsi, depuis 1997, la population du Québec doit être couverte par une assurance médicaments de base. En fait, chaque citoyen bénéficie d'une protection et peut se procurer les médicaments requis par son état de santé, peu importe sa situation financière.

Le régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. À cette fin, il prévoit une protection de base à l'égard du coût des services pharmaceutiques et des médicaments

71. Voir à ce sujet Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004*, op. cit., note 69. Voir également Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Projet de politique intitulé: Politique du médicament – Document de consultation*, précité, note 70, p. 14-16, 17-22 et 29-30.

72. La *Loi sur l'assurance médicaments*, précitée, note 65, a été adoptée le 19 juin et sanctionnée le 20 juin 1996; *Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, précitée, note 66.

73. *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., c. A-29.

74. *Loi modifiant la Loi de l'assurance maladie et la Loi de la Régie de l'assurance maladie*, L.Q. 1971, c. 47, art. 2.

75. Voir à cet égard, Y. Gariépy, *Le pharmacien et la législation pharmaceutique*, *Manuel de référence*, 4^e éd., Mont-Royal, Les Éditions Le Griffon d'argile, 2003, p. 32.

et exige des personnes ou des familles qui en bénéficient une participation financière tenant notamment compte de leur situation économique⁷⁶. La protection prévue au régime général est assumée par la RAMQ (régime public) ou par les assureurs en assurance collective ou les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé (régime collectif), selon ce que prévoit la *Loi sur l'assurance médicaments*⁷⁷.

De façon générale, les personnes âgées de 65 ans et plus (possibilité d'exercer un choix), les prestataires de l'assistance-emploi (et les autres détenteurs d'un carnet de réclamation) et celles qui n'ont pas accès à une assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux (régime collectif) sont couvertes par la RAMQ.

Toute personne qui a les qualités requises pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux (régime collectif) doit y adhérer, du moins pour les garanties du régime général. Dans ce cas, elle doit, en outre, pourvoir à la couverture de ses enfants, de son conjoint et des personnes atteintes de déficience fonctionnelle domiciliées chez elle.

Selon les données disponibles, 3,2 millions de personnes sont couvertes par le régime public, tandis que 4,3 millions de personnes sont couvertes par des régimes collectifs. La portion publique du régime est financée à même les crédits alloués à cet effet et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance des médicaments. Le coût total des médicaments et des services pharmaceutiques dispensés à l'ensemble des personnes couvertes par le régime public a atteint 2 819,1 millions de dollars au cours de l'année se terminant le 31 mars 2005, soit une hausse de 7,0 % par rapport à l'exercice précédent⁷⁸.

L'évolution à la hausse du coût total du régime public n'est peut-être pas exclusive à celui-ci. En effet, il semble qu'elle soit comparable aux variations du coût enregistrées dans les régimes collectifs de même que dans les autres régimes publics canadiens. En ce sens, bien qu'il constitue un acquis pour l'ensemble de la population québécoise qui dispose d'une mesure de protection sociale permettant

76. *Loi sur l'assurance médicaments*, précitée, note 65, art. 1 et 2.

77. *Ibid.*, art. 3.

78. Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction des communications, *Rapport annuel de gestion 2003-2004 de la Régie de l'assurance maladie du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, p. 87-88.

un accès à tous aux traitements essentiels⁷⁹, le régime d'assurance médicaments est compromis par cette augmentation rapide des coûts et la pression qu'elle exerce sur le financement⁸⁰. Différentes solutions ont toutefois été envisagées afin de faire face à la croissance des coûts tout en assurant un accès raisonnable aux médicaments⁸¹.

6. LA PRESCRIPTION, L'ADMINISTRATION, LA PRÉPARATION ET LA VENTE DES MÉDICAMENTS (MÉDECINS, PHARMACIENS ET AUTRES)

Au Québec, les activités professionnelles sont régies par un modèle d'autoréglementation contrôlée dont le *Code des professions*⁸² constitue la pièce maîtresse. Ce modèle résulte, en fait, d'un démembrement du pouvoir étatique et repose sur le constat que les professionnels sont mieux outillés pour évaluer la qualité des services à rendre. Le *Code des professions* et les différentes lois professionnelles désignent donc les personnes habilitées à prescrire ou administrer des médicaments de même que celles habilitées à les préparer et les vendre. Ces professionnels, qui interviennent dans la distribution des médicaments et à qui l'on confie l'exécution de tels actes, élaborent, en outre, des normes professionnelles qu'ils sont aussi appelés à sanctionner suivant le processus disciplinaire établi au *Code des professions*. Ces normes s'ajoutent à celles prévues en droit civil – et qui servent de fondement aux poursuites en dommages et intérêts.

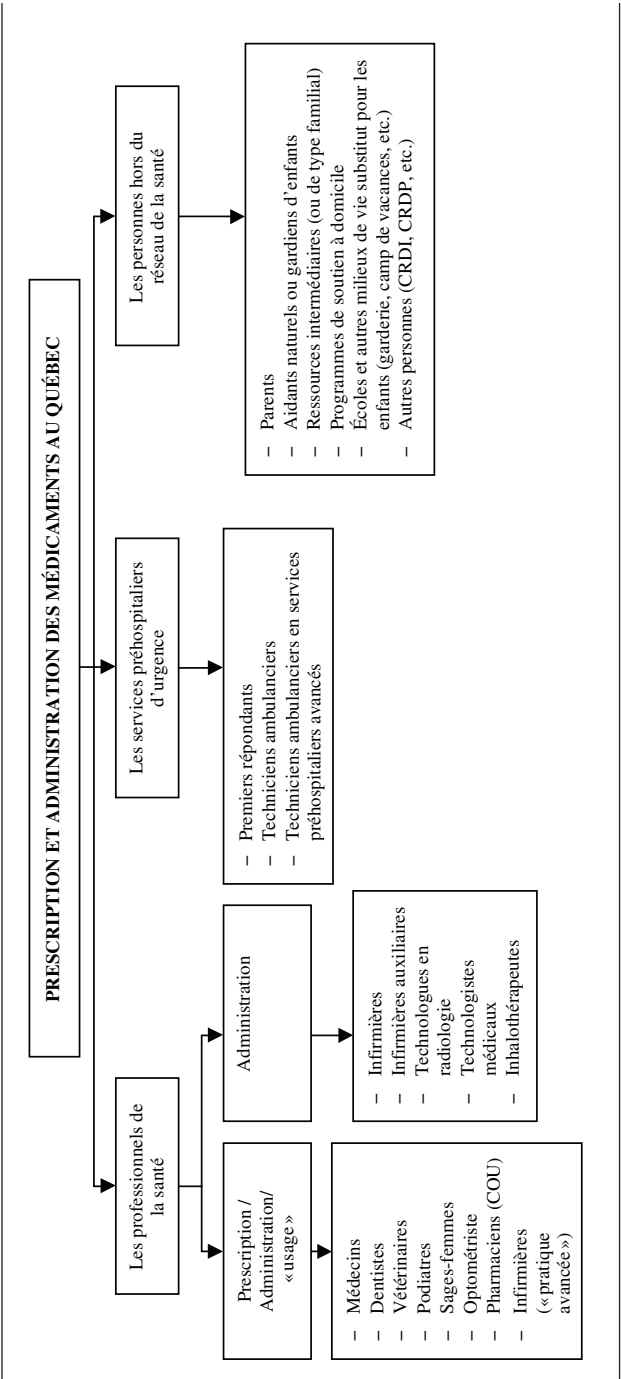
79. Il semble généralement admis que l'instauration du régime est considérée comme un progrès puisqu'il a permis de faire des gains importants sur le plan de l'accessibilité et de l'équité générale; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications, *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, p. 1-2.

80. Dans son rapport déposé à l'Assemblée nationale en décembre 2004, le vérificateur général dresse un portrait inquiétant des coûts et de la gestion du régime public; Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004*, *op. cit.*, note 69, p. 17-48.

81. Voir par exemple ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*, *op. cit.*, note 79. Parmi les solutions avancées, certaines ont été adoptées telles que la révision des critères de décision pour l'inscription des médicaments sur la liste de la RAMQ; *Loi modifiant la loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2002, c. 27, art. 20. Toutefois – et tel que le souligne le Vérificateur général du Québec –, le Conseil du médicament n'examine toujours pas les nouveaux critères adoptés; Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004*, *op. cit.*, note 69, p. 36. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Projet de politique intitulé: Politique du médicament – Document de consultation*, précité, note 70.

82. *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26.

Figure 3.2
Prescription et administration des médicaments au Québec



On associe spontanément la prescription de médicaments à l'acte médical. Bien que le médecin demeure le principal prescripteur, celui-ci n'est toutefois plus le seul à revendiquer les habilités nécessaires pour prescrire et administrer des médicaments. Le nouveau partage des activités professionnelles dans le secteur de la santé, introduit en 2003, en est une illustration. On assiste en fait à un véritable élargissement des actes de prescription et d'administration des médicaments (voir la figure 3.2), lequel affecte les monopoles d'exercices qui sous-tendent le modèle des professions.

Bien que d'autres professionnels puissent exécuter certains actes reliés à la préparation et la vente de médicaments, l'exercice de telles activités constitue un élément fondamental à la pratique de la pharmacie. De fait, les modalités et les conditions de vente des médicaments sont établies suivant cinq catégories de médicaments (les annexes – voir le tableau 3.8).

Malgré ce qui précède, on ne peut associer le rôle du pharmacien exclusivement à la préparation et à la vente de médicaments. De fait, la *Loi sur la pharmacie* tient compte de son rôle accru et place au premier plan l'acte pharmaceutique qui consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments : « L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé⁸³. » Il va donc sans dire que le rôle du pharmacien ne se limite pas à celui d'un « simple technicien⁸⁴ » ou d'un « exécutant⁸⁵ ». Il doit respecter les règles de son art et agir conformément aux standards de pratique généralement reconnus. Sa responsabilité civile peut être engagée s'il ne respecte pas ces standards et cause ainsi un dommage à autrui⁸⁶.

CONCLUSION

Les normes qui régissent le parcours des médicaments sont multiples et émanent de diverses sources, soit plus particulièrement de la loi, de l'administration publique et de l'autorégulation. D'ailleurs, leur valeur contraignante n'est pas uniforme et parfois leur juridicité même peut être contestée. Pourtant, ces normes se confondent ultimement dans un ensemble normatif dont l'exploration pourrait révéler la

83. *Loi sur la pharmacie*, L.R.Q., c. P-10, art. 17.

84. J.-P. Ménard et D. Martin, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais inc., 1992, p. 110 et C. Beaudouin, *L'acte de substitution dans le droit pharmaceutique québécois et la responsabilité du pharmacien*, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke, 1997, p. 15-17.

85. *Brochu c. Auger*, [1981] C.S. 971, p. 975.

86. *Laberge v. Rocheleau*, (1930) 68 C.S. 202.

Tableau 3.8
Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments (c. p-10, r. 8.2)*

Annexe	Catégorie	Conditions et modalités de vente	Obligations du pharmacien
I	Médicaments destinés aux humains et vendus sur ordonnance (art. 1a/1 ^o).	Ne peuvent être vendus au public que : – sur ordonnance (art. 7, 8 et 14), – par un membre de l'OPQ (art. 3), – dans une pharmacie (art. 4). Doivent être conservés dans une section non accessible au public (art. 5).	– Constituer un dossier pour chaque patient. – Inscrire la vente au dossier constitué. – Procéder à une étude pharmacologique du dossier. – Communiquer les renseignements appropriés au bon usage du médicament (art. 9).
II	Médicaments destinés aux humains et vendus sous contrôle pharmaceutique (art. 1a/2 ^o).	Ne peuvent être vendus au public que : – par un membre de l'OPQ (art. 3 et 15), – dans une pharmacie (art. 4). Doivent être conservés dans une section non accessible au public (art. 5).	– Constituer un dossier pour chaque patient. – Inscrire la vente au dossier constitué. – Procéder à une étude pharmacologique du dossier. – Communiquer les renseignements appropriés au bon usage du médicament (art. 9).
III	Médicaments destinés aux humains et vendus sous surveillance pharmaceutique (art. 1a/3 ^o).	Ne peuvent être vendus au public que : – par un membre de l'OPQ (art. 3 et 15), – dans une pharmacie (art. 4). Peuvent être conservés dans une section accessible au public pourvu qu'elle soit sous le contrôle et la surveillance constante d'un pharmacien (art. 6).	– Prendre les mesures nécessaires afin que l'information concernant les précautions et les contre-indications relatives à l'usage du médicament soient fournies au client (art. 10).
V	Médicaments destinés aux animaux et vendus sous surveillance professionnelle (art. 1a/5 ^o).	Ne peuvent être vendus au public que : – par un membre de l'OPQ ou un membre de l'Ordre professionnel des médecins vétérinaires du Québec (art. 11 et 16).	En vertu des principes généraux régissant l'exercice de la profession, le pharmacien doit s'assurer que les mesures nécessaires soient prises afin que l'information concernant les précautions et les contre-indications relatives à l'usage du médicament soient fournies au client.

* Se rajoutent à toute autre condition, modalité ou obligation prévues par un autre règlement.
 Version révisée du Tableau-résumé de l'Ordre des pharmaciens en tournée provinciale (septembre-octobre 1998).

présence d'autres sources normatives. On peut envisager, par exemple, l'existence de normes implicites – plus ou moins structurées – qui dictent ou qui guident nos rapports avec les médicaments. Cette exploration impose toutefois d'écarter la conception traditionnelle du droit centrée sur l'État. En effet, libérées des carcans trop restrictifs d'un droit exclusivement étatique, les perspectives de découverte deviennent bien réelles.

BIBLIOGRAPHIE

- Baudouin, J.-L. (1980-1981). « L'expérimentation sur les sujets humains : un conflit de valeurs », *McGill Law Journal*, vol. 26, p. 810.
- Baudouin, J.-L. et P. Deslauriers (2003). *La responsabilité civile*, 6^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- Baum, D.J. (1986). « Self Regulation and Antitrust : Suppression of Deceptive Advertising by the Publishing », *Syracuse Law Review*, vol. 12, p. 289.
- Beaudoin, C. (1997). *L'acte de substitution dans le droit pharmaceutique québécois et la responsabilité du pharmacien*, Essai de maîtrise, Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Bernard, C. (1966). *Introduction de la médecine expérimentale (1865)*, Paris, Éditions Garnier-Flammarion, ouvrage initialement publié en 1865.
- Bernardot, A. et R.P. Kouri (1980). *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit, Université de Sherbrooke, n^o 450.
- Bourgeault, G. (1989). « La bioéthique : son objet, sa méthode, ses questions, ses enjeux », *Éthica*, vol. 1, n^o 1, p. 74-76.
- Callahan, D. (1995). « Bioethics », dans W.T. Reich (dir.), *Encyclopedia of Bioethic*, 2^e éd., New York, Prentice-Hall, vol. 1, p. 247-256.
- Chaubard, C. et X. Chaubard (1987). *La toxicomanie en droit français*, thèse de doctorat, Université de Bordeaux I.
- Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (2004). *Dans l'armoire à pharmacie : premier rapport sur la dimension santé des médicaments sur ordonnance*, Ottawa, avril, Recommandation 1.
- Corriveau, C. (1985). *La responsabilité du fabricant de produits pharmaceutiques en droit québécois*, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Corriveau, C. (1986). « Devoirs et obligations du fabricant de produits pharmaceutiques », 1 *Canadian Journal of Women and the Law* /Rjfd 472.
- Cotnoir, M. (1995). *La mise en marché du médicament en droit pharmaceutique canadien*, Montréal, Éditions Thémis.
- Delfosse, M.-L. (1993). *Expérimentation médicale sur l'être humain : construire les normes, construire l'éthique*, Bruxelles, ERPI.
- Dillemann, G. (1979). « La définition des drogues », *Les informations pharmaceutiques*, Bulletin Ordre, juin, p. 223, 793, 794.

- Direction des produits thérapeutiques (1998). Avis numéro 98-023155 intitulé : *Précisions sur certains aspects de la notification des effets indésirables des médicaments*, Ottawa, Santé Canada, 21 septembre.
- Direction des produits thérapeutiques (2001). *Lignes directrices à l'intention de l'industrie pharmaceutique canadienne concernant la notification des effets indésirables des médicaments commercialisés (à l'exception des vaccins)*, Ottawa, Santé Canada, 1996.
- Direction des produits thérapeutiques (2004). Feuillet d'information intitulé : *Déclaration des effets indésirables par les professionnels de la santé et les consommateurs*, Ottawa, Santé Canada.
- Direction générale des produits de santé et des aliments (2002). Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments, *Lignes directrices concernant la notification volontaire des effets indésirables des médicaments par les professionnels de la santé*, Ottawa, Santé Canada, 1^{er} janvier.
- Direction générale des produits de santé et des aliments (2003). *Lignes directrices à l'intention des promoteurs d'essais cliniques, demande d'essais cliniques*, Ottawa, Santé Canada.
- Direction générale des produits de santé et des aliments (mai 2004). *Utilisation des renseignements sur les effets indésirables des produits de santé*, Ottawa, Santé Canada, avril 2002. Document d'information.
- Doucet, H. (1991). «Droit et éthique en bioéthique, essai de clarification», *Cahiers de recherche éthique*, vol. 16, Montréal, Fides, p.129-142.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche, guide pour les chercheurs en sciences de la santé*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, coll. «Paramètres».
- Dunau, M. (1990). «La profession pharmaceutique – le monopole pharmaceutique – généralités – contenu et limite», dans J.-M. Auby (dir.) et F. Coustou, *Droit pharmaceutique*, Paris, Litec, Farc. II.
- Durand, G. (1999). *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Montréal, Fides.
- Forget, D. (1989). *Le fonctionnement des organismes d'autoréglementation de la publicité au Canada*, Montréal, Université de Montréal. Mémoire de maîtrise en science de la communication.
- Forster, H.P. (1999). «Legal Trends in Bioethics», *Journal of Clinical Ethics*, vol. 10, n° 2, p. 156-165.
- Gagné, M. (2001). «L'expérimentation humaine : l'intégration des règles bioéthiques en droit québécois», *Cahier de droit*, vol. 42, p. 1125-1158.
- Gagné, M. (2005a). *L'État et la régulation des médicaments : un dialogue normatif*, Québec, Université Laval, Faculté des études supérieures. Thèse de doctorat.
- Gagné, M. (2005b). *Le droit des médicaments*, Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- Gariépy, Y. (2003). *Le pharmacien et la législation pharmaceutique, Manuel de référence*, 4^e édition, Mont-Royal, Les Éditions Le Griffon d'argile.
- Hynds, X.T.I. et R.A. Guarino (1987). «The Management of Clinical Studies», dans R.A. Garino, *New Drug Approval Process*, vol. 30, p. 202.
- Inspectorat de la direction générale des produits de santé et des aliments (2002). *Stratégie d'inspection des essais cliniques (01-118529-18)*, Ottawa, Santé Canada, janvier.

- Inspectorat de la direction générale des produits de santé et des aliments (2004). *Rapport sommaire des inspections d'essais cliniques réalisées en 2003 et 2004*, Ottawa, Santé Canada, 14 décembre.
- Isambert, F.-A. (1986). « Révolution biologique ou réveil éthique ? », *Éthique et biologie*, Cahier STS n° 11, Paris, CNRS, p. 9-41.
- Jobin, P.-G. (2001). *La vente*, 2^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- King, N.M.P. (1995). « Experimental Treatment: Oxymoron or Aspiration », *Hastings Center Report*, vol. 25, n° 4, p. 6-15.
- Kopp, S.W. et H.K. Bang (2000). « Benefit and Risk Information in Prescription Drug Advertising: Review of Empirical Studies and Marketing Implications », *Health Marketing Quarterly*, vol. 17, n° 3, p. 39-56.
- Kouri, R.P. et S. Philips-Nootens (1996-1997). « L'expérimentation et les soins innovateurs : l'article 21 C.c.Q. et les affres de l'imprécision », 27, *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke R.D.U.S.* 89, p. 109-110.
- Leroux, T. (1991). « Réflexions éthiques et juridiques suscitées par la réalisation d'essais cliniques en milieu hospitalier québécois », dans *Développements récents en droit de la santé*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- Leroux, T. et M. Giroux. (1993). « La protection du public et les médicaments : les obligations du fabricant », 24 *R.G.D.*, p. 309-312.
- Ménard, J.-P. et D. Martin (1992). *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- Molloy, D.W., S.D. Smith et R.M. Jubelius (1999). « The Ideal Detail Program – Comprehensive, Up-to-date Drug Detailing », *Health Law in Canada*, vol. 19, n° 4, p. 89-95.
- Motolsky, B. (1980). *La publicité et ses normes : les forces en présence*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Neelankavil, J.P. et A.B. Stridsberge (1980). *Advertising Self-Regulation: A Global Perspective*, New York, Hastings House.
- Ost, F. et M. Van De Kerchove (1991). « De la scène au balcon. D'où vient la science du droit ? », dans F. Chazel et J. Commaille (dir.), *Normes juridiques et régulation sociale*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, p. 67-80, coll. « Droit et Société ».
- Pappworth, M.H. (1967). *Human Guinea Pigs: Experimentation on Man*, Londres, Routledge and Kegan.
- Potter, V.R. (1970). « Bioethics: The Science of Survival », *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 14, p. 127-153. Repris dans V.R. Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Rocher, G. (1994). « Le défi éthique dans un contexte social et culturel en mutation », *Philosopher*, vol. 16, p. 11-26.
- Rocher, G. (1996). « La bioéthique comme processus de régulation sociale : le point de vue de la sociologie », dans Guy Rocher, *Études de sociologie du droit et de l'éthique*, Montréal, Éditions Thémis, p. 261-276.

- Roughend, E.E., A.L. Gilbert, K.J. Harvey (1998). «Self-Regulatory Codes of Conduct : Are they Effective in Controlling Pharmaceutical Representative Presentation to General Medical Practitioners ?», *International Journal of Health Services*, vol. 28, n° 2, p. 269-279.
- Rouzioux, J.M. (1978). *Les essais de nouveaux médicaments chez l'homme*, Paris, Masson, coll. «Médecine légale et de toxicologie médicale» n° 103.
- Santé Canada (2000). *Lignes directrices concernant la déclaration des effets secondaires associés aux vaccins*, Ottawa, Santé Canada, volume 26S1, février.
- Sarrut, J. et L. Morrican-Sarrut (1994). *Dictionnaire permanent bioéthique et biotechnologies*, Montrouge, Éditions législatives, s.v. «Bioéthique».
- Sgreccia, E. (1999). *Manuel de bioéthique, Les fondements de l'éthique biomédicale*, trad. fr. par R. Hivon, Montréal, Wilson & Lafleur.
- Soutol, E. (1991). *Les essais cliniques à l'hôpital*, Rennes, Éditions ENSP.
- Spilker, B. (1987). *Méthodologie des études cliniques*, Paris, Doin Éditeurs.
- Spilker, B. (1991). *Guide to Clinical Trials*, New York, R. Rawn Press.
- Trudel, P. (1989). «Les effets juridiques de l'autoréglementation», 19, *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke R.D.U.S.* 247, p. 259-260.
- Watin, M. (1983). *La publicité*, Montréal, Pauline et Médiapaul.
- Wilson, K. (1980). «The Liability of Pharmaceutical Manufacturers for Unforeseen Adverse Drug Reactions», *Fordham Law Review*, n° 48, p. 735-742.
- Young, F.E. (1987). *Investigational New Drug, Antibiotic, and Biologic Drug Product Regulations ; Treatment Use and Sale, Final Rule*, Federal Register, vol. 52, n° 53, article 312.21, mars.

L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT, DE LA CHAÎNE AU RÉSEAU

Enjeux stratégiques et managériaux

Anne-Laure SAIVES
Robert H. DESMARTEAU
Mehran EBRAHIMI

Le 4 décembre 2003, *The Economist* titrait «Big Trouble for Big Pharma: Why Big Pharma urgently needs a new business model¹ ?». Presque un an plus tard, le même hebdomadaire annonçait une situation encore plus problématique pour l'industrie avec un titre éloquent: «From Bad to Awful²». Dans les pays de l'OCDE, où le secteur pharmaceutique représente déjà plus de 15 % des dépenses totales de santé et où il en coûte plus de un milliard de dollars canadiens aux

-
1. «Gros trouble pour la grande pharma. Pourquoi la grande pharma a un urgent besoin d'un nouveau modèle d'affaires» (notre traduction).
 2. «De mauvaise à terrible» (notre traduction), 25 novembre 2004, *The Economist*, Londres et New York.

grandes compagnies pharmaceutiques pour introduire un nouveau médicament sur le marché, la perspective d'amélioration de l'efficacité de l'industrie, en déficit d'innovation, devient un incontournable défi.

À la question « Pour chacune des industries suivantes, pensez-vous qu'elle sert globalement bien ou mal ses consommateurs³ ? », un sondage toujours rapporté dans *The Economist* montre que les réponses des Américains ont fortement évolué depuis 1998. Alors que 50 % environ de la population adulte américaine interrogée avait une bonne opinion des compagnies pharmaceutiques en 1998 – à savoir une perception équivalente à celle qu'ils avaient envers les banques ou les hôpitaux –, le pourcentage d'opinions favorables a diminué en 2005 pour atteindre moins de 20 %, soit une baisse de popularité que seules les compagnies pétrolières ont connue, avec encore plus d'ampleur sur la même période.

Enfin, en 2005, les déterminants de cette descente aux enfers se précisent : « *Pressure from investors, buyers, regulators, doctors and patients is already forcing the world's leading drug makers to question the way they do business* » (*The Economist*, 18 juin 2005). Dans ce chapitre, construit en trois temps, nous montrerons d'abord comment la métaphore qui traduit le modèle d'affaires⁴ dominant dans le secteur industriel de la conception, la production et la vente de médicaments (la « *Big pharma* », en quête de « *blockbusters* ») est fondée sur un modèle économique industriel en pleine évolution depuis une quinzaine d'années. Nous exposerons ensuite les arguments stratégiques explicatifs de la situation dans laquelle se trouve l'industrie du médicament en décortiquant les discours sur son modèle d'affaires actuel. Enfin, dans la dernière partie, nous ferons valoir qu'à l'ère contemporaine de l'économie du savoir, la *chaîne de valeur* industrielle du médicament (au sens Porterien, 1985, 1993)⁵ doit être pensée différemment. Du passage stratégique de la *chaîne de valeur* de l'entreprise à l'*organisation en réseau* dans un *système de valeur* (Parolini, 1999) découlent de nouveaux enjeux en termes de management.

3. « *Do you think each of the following generally does a good or bad job of serving its consumers ?* » (*The Economist*, « Prescription for Change », 16 juin 2005, p. 4).

4. « The Way to do Business », *The Economist*, 18 juin 2005.

5. « Les activités faisant l'objet de concurrence dans une industrie donnée peuvent être classées en catégories dans ce que j'appelle la *chaîne de valeur*. Toutes les activités de la chaîne de valeur contribuent à créer de la valeur pour le client. Une première distinction sommaire s'établit entre les activités principales, qui s'inscrivent dans la continuité de la production, de la commercialisation, de la distribution et de l'après-vente du produit, et les activités de soutien : moyens de production, technologie, ressources humaines et autres fonctions d'ordre infrastructurel. [...] La chaîne de valeur est un système d'interdépendances, un réseau d'activités liées les unes aux autres. » (Porter, 1993, p. 43-44.)

1. LA CRÉATION DE VALEUR PAR L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT : DU MODÈLE INDUSTRIEL AU MODÈLE FINANCIER

1.1. DÉTOURS HISTORIQUES : ORIGINES DE L'INDUSTRIALISATION DU MÉDICAMENT AU QUÉBEC

L'industrie du médicament est constituée depuis une quinzaine d'années d'au moins deux principaux acteurs : l'industrie pharmaceutique classique et l'industrie des biotechnologies. L'industrie pharmaceutique classique a émergé en Europe avec la première révolution pharmacologique dès la fin du XVIII^e siècle. Selon l'historien italien Sironi (2005), elle est issue de la rencontre des nouveaux savoirs en biologie⁶ – et surtout de l'identification par Virchow (1855) de la cellule comme cible thérapeutique – avec les savoir-faire des chimistes capables, en plus d'extraire des molécules naturelles, de synthétiser artificiellement et en quantités industrialisables des « médicaments chimiques » destinés à « réparer » ces cibles thérapeutiques. Dans le champ économique, en observant différents cycles économiques de la fin du XVIII^e au milieu du XX^e siècle, J.A. Schumpeter (1883-1950) a renouvelé les théories économiques classiques du capitalisme. Il a identifié, d'une part, la figure de « l'entrepreneur » et, d'autre part, « l'innovation » à caractère technique, organisationnelle ou commerciale comme moteurs de la croissance économique. C'est dans cette perspective théorique que l'industrialisation de la production pharmaceutique s'est opérée. Elle a pris différentes formes selon les pays (Sironi, 2005). Alors que, dès la première moitié du XIX^e siècle, l'Allemagne capitalisait sur la diversification des applications de son savoir-faire industriel en chimie, en Italie, en Angleterre, comme en France, quelques pharmaciens entreprenants, historiquement préparateurs des remèdes thérapeutiques, sont devenus les pionniers de cette industrie en mettant à profit certaines de leurs connaissances chimiques, de leurs inventions techniques (procédés de fabrication) ou de leurs idées commerciales (transformation des laboratoires jouxtant leur pharmacie ou conversion des drogueries en usines) dans des établissements pharmaceutiques. Durant la seconde moitié du XIX^e siècle, l'industrie s'est également propagée aux États-Unis sous la poussée de la conquête de nouveaux marchés.

De la même manière, l'industrie pharmaceutique n'est pas nouvelle au Québec et au Canada. Le rôle joué par le Québec, en particulier dans le domaine des soins de santé, remonte au début du XVII^e siècle, avec la fondation du premier hôpital canadien à Montréal, l'Hôtel-Dieu en 1639. Au cours du XIX^e siècle, les universités montréalaises ont commencé à enseigner la médecine. C'est la fondation d'une filiale de Wyeth and Brother de Philadelphie à Montréal en 1883,

6. « Médecine expérimentale » de C. Bernard (1813-1878), « théorie des germes » de L. Pasteur (1822-1895), « microbiologie » de R. Koch (1843-1910) et « pathologie cellulaire » de R. Virchow (1821-1902).

puis la fondation par Charles Frosst de sa firme en 1899, qui marquent la naissance de l'industrie au Québec en particulier. Les pénuries de médicaments en provenance d'Europe durant la Première Guerre mondiale et l'appel du marché ont ensuite motivé le développement des activités de production et d'innovation pharmaceutiques à Montréal (Québec) comme au Canada.

Ce modèle d'industrialisation rapide s'est renforcé avant la Seconde Guerre mondiale avec l'émergence des premiers médicaments issus des biotechnologies (par fermentation et culture cellulaire), qui marque la naissance de l'industrie biopharmaceutique (c'est-à-dire du couple industrie pharmaceutique et industrie de la biotechnologie appliquée à la santé humaine). Alors que s'installaient au Québec nombre de compagnies étrangères d'origine souvent européenne (Ciba, Rhône-Poulenc, Roche, Schering, Sandoz, etc.), Ayerst a établi en 1925 le premier laboratoire biologique pharmaceutique du Canada à Montréal. Si l'industrie biopharmaceutique canadienne atteint la célébrité en 1922 avec les laboratoires Connaught qui produisent pour la première fois de grandes quantités d'insuline⁷, le Québec est également au centre de nombreux travaux importants en recherche biomédicale. Ainsi, entre autres, les travaux célèbres de Hans Selye dans le domaine du stress ont été menés à l'Université McGill à Montréal à partir de 1932, de même que les études sur la tuberculose d'Armand Frappier, fondateur en 1938 de l'Institut de microbiologie et d'hygiène de Montréal (rebaptisé Institut Armand-Frappier en 1975) et les explorations sur les mécanismes du cerveau de Wilder Penfield (fondateur en 1934 de l'Institut neurologique de Montréal). Les institutions fondées alors par ces pionniers comptent parmi les socles de la grappe industrielle québécoise (ou encore biocluster) des sciences de la vie.

À ces institutions de recherche biologique s'ajoutent de nouveaux maillons avec la troisième génération des biotechnologies⁸ poussée par les découvertes de Watson et Crick en génétique, consacrées en 1953. La biologie moléculaire est désormais capable de manipuler l'information génétique contenue dans la double hélice de l'ADN du noyau cellulaire. Les entreprises de biotechnologies, inventrices de ces technologies nouvelles, deviennent des partenaires incontournables

7. Ce traitement décisif pour le diabète a été découvert la même année par F.G. Banting et C.H. Best à l'Université de Toronto.

8. Les nouvelles biotechnologies – ou biotechnologies modernes – font référence à la troisième génération de biotechnologies. 1^{re} génération : pharmaceutique ; p. ex. : pénicilline, 1942, fondée sur la théorie microbienne, soit le développement de composés pharmaceutiques pour combattre les maladies infectieuses ; 2^e génération : biopharmaceutique ; p. ex. : insuline, 1982, hormone de croissance humaine, 1985, vaccin contre l'hépatite B, Interféron, 1986, facteur VIII, 1989, fondée sur la théorie du remplacement/substitution et la théorie de l'ADN recombinant ; 3^e génération : phar-maco-génomique (génomique fonctionnelle, protéomique), pour le développement de traitements de maladies génétiques complexes (p. ex. : *Herceptin* pour le cancer du sein), et une médecine à la fois préventive et personnalisée.

de l'industrie pharmaceutique classique pour la recherche de nouveaux médicaments. Il s'agit maintenant non seulement de tester des médicaments-candidats avec des technologies de moins en moins soumises au hasard de la découverte (criblage à haut débit), mais de caractériser de nouvelles cibles potentielles et de nouveaux circuits biologiques du gène à la protéine défectueuse à remplacer par le biais des technologies génomiques et protéomiques.

Sous l'impulsion de stratégies gouvernementales successives ciblées visant, entre autres, à promouvoir le développement des sciences de la vie et des biotechnologies localement (Picard, 1986), la région de Montréal est aujourd'hui internationalement reconnue comme un cluster de biotechnologie. Une pièce maîtresse du dispositif de recherche biotechnologique québécois a d'ailleurs vu le jour en 1987, lorsque le Conseil national de recherche a fondé l'Institut de recherche en biotechnologie (IRB). Au tournant du ^{xxi}e siècle, Génome Québec est venu compléter ce dispositif en matière de recherche en génomique et protéomique.

Cela dit, dès le début du siècle dernier, l'émulation résultant de la présence de deux réseaux universitaires distincts (francophone, anglophone; Saives et Desmarteau, 2005) et de services de santé adaptés (multiethniques) a significativement contribué à l'avènement de Montréal comme centre de recherche de calibre international dans les sciences de la vie et de la santé (Germain et Rose, 2000)⁹ et a conduit plusieurs entreprises de fabrication de produits pharmaceutiques à venir s'y installer. De plus, les lois successives sur les brevets en 1987 puis en 1993, allongeant à 7 puis à 20 ans la durée des brevets pharmaceutiques canadiens, ont été très favorables au développement des activités de recherche et développement pharmaceutique et biotechnologique.

La grappe biopharmaceutique du Québec, mondialement reconnue, est aujourd'hui composée d'une grande diversité d'acteurs interreliés (depuis les entreprises pharmaceutiques, les entreprises de biotechnologie, les entreprises de recherche clinique à contrat, les entreprises de manufacture à façon, les entreprises de capital-risque, les fournisseurs de services spécialisés, les institutions de recherche publiques, les structures de développement local, etc.). Elle a ainsi atteint aujourd'hui une relative maturité (Saives et Desmarteau, 2005). Les créations

9. «**Montréal is the primary health and life-sciences research center in Canada** [...] *The city has a large and closely integrated complex of university hospitals and specialized research centers, some of which are among the world leaders in several fields of clinical research and practice [...] This research network's capacity to produce leading-edge specialists is enhanced by the unique access to both French – and English-language international networks of medical expertise.*» (Germain et Rose, 2000, p. 139; nous soulignons.)

d'entreprises de biotechnologie ou d'établissements privés de recherche pharmaceutique y sont actuellement moins fréquentes que les restructurations. Cela n'est pas sans lien avec l'évolution récente de la structure de l'industrie.

Le profil de l'industrie mondiale présente en effet toutes les caractéristiques d'un oligopole où la compétition est féroce. Selon IMS Health, par le jeu de la concentration, et après moult fusions ou acquisitions, 10 firmes pharmaceutiques se partagent près de la moitié des parts du marché mondial estimé à plus de 600 milliards de dollars en 2005 (Pfizer, GlaxoSmithKline, Sanofi-Aventis, Novartis, Johnson & Johnson, AstraZeneca, Merck & Co., Roche, Abbott, Bristol-Myers Squibb). Les jeux de fusion/acquisition opérés dans l'industrie se répercutent à l'échelle planétaire. L'annonce en juillet 2003 de la fermeture des laboratoires de recherche de BioChem Pharma¹⁰, fleuron de la recherche biomédicale sur le sida (3TC) au Québec, acquis par la compagnie pharmaceutique britannique Shire à peine deux ans plus tôt, marque un tournant dans les modalités de développement de cette industrie. Dans le contexte contemporain de la globalisation des marchés et de la financiarisation des entreprises, les restructurations (entre entreprises pharmaceutiques, entre entreprises pharmaceutiques et entreprises de biotechnologie, ou encore, entre entreprises de biotechnologie, etc.) sont de mise au sein de l'industrie biopharmaceutique mondiale déclarée en crise. Quid de la pérennité de la création de médicaments dans ce contexte ? Pour répondre à cette question, il faut explorer plus avant la transformation qui a eu lieu entre le modèle industriel de développement de l'industrie, fondé sur la construction des fabriques de médicaments et la conquête géographique des marchés occidentaux, et un nouveau modèle de création de richesse : le modèle financier.

1.2. RAPPEL ÉCONOMIQUE : L'ÈRE DE L'ÉCONOMIE FINANCIÈRE

Aujourd'hui comme hier, le secteur pharmaceutique ne laisse personne indifférent. Il est facile de diaboliser ces entreprises «qui font des profits énormes au détriment des malades et de la société». Nombreux sont ceux qui glorifient ces mêmes entreprises pour les rendements extraordinaires qu'elles offrent aux actionnaires, et qui contribuent à l'enrichissement de la collectivité par la même occasion. Ce débat est passionné, il l'a toujours été. Pour mieux comprendre les enjeux et cerner davantage la complexité qui entoure ce secteur d'activité, nous avons choisi de faire ici un rappel historique sur l'évolution récente du capitalisme. Le capitalisme, en tant que système (socio)économique, a comme unité fondamentale l'entreprise. Cela signifie que les changements majeurs dans les systèmes économiques bouleversent fondamentalement ces unités constitutives que sont les entreprises. Plus précisément, depuis plus de trois décennies, nous sommes témoins d'une

10. Entreprise de biotechnologie fondée en 1986 par les Dr Belleau, Bellini et Dionne, à l'origine du célèbre traitement 3TC/Épivir contre le VIH/sida.

série de changements, tantôt rapides tantôt lents, qui métamorphosent le comportement de l'ensemble des acteurs sur la scène économique et politique. L'industrie pharmaceutique s'inscrit dans la mouvance de ces mêmes changements.

À la fin des années 1970, une rupture idéologique se produit lentement, causée et renforcée par une crise économique importante coïncidant avec l'arrivée au pouvoir de Margaret Thatcher en Grande-Bretagne et de Ronald Reagan aux États-Unis. Cette nouvelle situation se caractérise par ce que certains auteurs qualifient de crise du capitalisme d'État. Ce dernier, qui avait connu ses heures de gloire dans les années 1950 et 1960, n'était plus en mesure de stimuler la croissance sans recours à des solutions artificielles et provisoires, à savoir l'inflation et la dette. Le chômage progresse à un taux très élevé, les investissements des entreprises pour l'acquisition des biens et de la technologie diminuent, bref, une morosité générale s'installe aux États-Unis et dans une partie de l'Europe (en Grande-Bretagne, en France, etc.). Les perspectives d'investissement pour les particuliers, notamment dans les titres des entreprises (actions), étaient très sombres. La Bourse américaine s'était enlisée pendant la stagflation et rien ne laissait entrevoir une reprise de l'économie américaine. *Business Week* est allée, au début de l'été 1982, jusqu'à afficher à sa une que « les actions étaient mortes ». Pourtant, les mois qui ont suivi ont donné tort aux rédacteurs de la prestigieuse revue d'affaires. L'indice Dow Jones qui ne s'établissait qu'à 776 points au mois d'août 1982 a grimpé à 2 722 points seulement cinq ans plus tard et, en 1997, seulement quinze ans plus tard, même après avoir absorbé le grand krach de 1987, il se hissait à plus de 8 000 points. Que s'est-il passé entre-temps pour qu'un tel engouement s'empare des marchés financiers ? Avant 1980, sans trop entrer dans les détails, la valeur d'une action sur le parquet de la Bourse se déterminait directement à partir des résultats financiers de l'entreprise (le profit par action) mais aussi sur la base de la valeur globale de l'entreprise divisée par le nombre d'actions en circulation. Au début des années 1980, une nouvelle approche idéologique marque le début de l'ère de la *financiarisation* de la majorité des économies industrialisées. C'est alors que les penseurs de l'École de Chicago avancent une théorie qui a fait, semble-t-il, bien du chemin. Sous l'intitulé global de « théorie économique du marché du contrôle des entreprises » (*The Market for Corporate Control*), cette école considère que le contrôle (autrement dit la *gouvernance*) des firmes est tout simplement un marché, sur lequel s'affrontent des concurrents, des équipes rivales, prêts à payer plus ou moins cher pour acquérir le droit de prendre le contrôle. Désormais, il y a deux façons de créer de la richesse : la première, par les activités traditionnelles de l'entreprise, qui consiste à produire un bien ou un service, et la seconde, en vendant et en achetant les titres de l'entreprise (actions) comme une marchandise. Cette deuxième activité basée essentiellement sur une logique spéculative, largement soutenue par des théories néoclassiques en économie et en finance, s'avère très rentable pour les investisseurs. Une partie importante des capitaux en circulation dans le système économique sont dès lors

orientés vers des marchés spéculatifs de titres financiers. La logique spéculative prenant de plus en plus de place, elle ne se limite plus aux titres des entreprises et s'étend à une multitude de produits financiers dont certains, complètement détachés du secteur productif. Les deux chefs d'États (M. Thatcher et R. Reagan), très ouverts à cette orientation idéologique, facilitent ce virage en promulguant des lois et en modifiant les réglementations précédentes. La vague fut considérable, influençant un grand nombre de pays, traditionnellement opposés à cette idéologie économique. Même la France, sous la présidence du socialiste François Mitterrand, s'est engagée dans une très profonde transformation de son système financier et a modifié par la même occasion, comme beaucoup de pays industrialisés, la nature de son capitalisme. En moins de quinze ans, nous sommes passés d'une économie du guichet (la mobilisation du capital se fait par l'intermédiaire de l'État ou des banques) plutôt refermée sur elle-même à une économie libéralisée des marchés privatisés, libéralisant ainsi la circulation des capitaux. Cette évolution a dynamisé l'économie, stimulant l'orientation de nombreux capitaux vers les marchés financiers et de fait provoquant une forte disponibilité de capitaux par rapport aux besoins des entreprises à l'époque. L'accessibilité des capitaux s'est également accélérée à une plus grande échelle au plan national et international.

Cette économie nouvelle porte néanmoins en elle les germes de certaines dérives. Désormais, les entreprises se financent majoritairement sur les marchés financiers en procédant aux émissions d'actions massives. Mais, pour faciliter ces émissions d'actions, l'entreprise doit soigner son image, modifier son modèle de gestion pour rassurer les marchés financiers. Nous nous trouvons alors dans deux mondes parallèles ; l'un comprenant les activités traditionnelles de l'entreprise et l'autre, la cote de l'entreprise sur le marché, ce qui est essentiellement indiqué par le prix auquel l'action est transigée ; prix où la valeur de l'action détermine aussi la capitalisation de l'entreprise. Autrement dit, plus le prix de l'action est élevé, plus la valeur de l'entreprise est grande. Toutefois, il faut souligner que le montant de ce prix n'est pas nécessairement fonction des bons résultats de l'entreprise dans le cadre de ses activités de production. Il peut y avoir des mouvements purement spéculatifs qui ont une très grande influence sur la valeur des actions, comme les rumeurs, l'annonce des licenciements des employés, de projets d'acquisition ou de fusion. Tous ces éléments (effets d'annonce) sont pratiquement en dehors de l'univers productif réel de l'entreprise mais influencent grandement l'entreprise et son système de management.

Un autre phénomène qui a pris de l'ampleur dans les sociétés industrialisées, c'est l'apparition et la croissance des fonds (fonds de pension, fonds d'investissements, etc.). Au lieu de petits actionnaires dispersés sans véritable pouvoir économique, les fonds représentent un contre-pouvoir important au regard des décisions stratégiques des entreprises. Très puissants par la quantité des capitaux qu'ils peuvent mobiliser, ces fonds acquièrent des blocs importants d'actions et peuvent détenir ainsi un pouvoir important au plan de la gouvernance de l'entreprise.

Ce rapport de force peut néanmoins être pernicieux dans le contexte de systèmes de rémunération des dirigeants basés sur la valeur des actions sur le marché. En effet, une partie de la rémunération des dirigeants repose aujourd'hui sur les actions de l'entreprise (*stock options*). Naturellement, plus le prix de l'action est élevé, plus grande est la rémunération des dirigeants. Ce système peut encourager les dirigeants à valoriser les choix stratégiques qui, à court terme, ont une incidence positive sur le prix de l'action, plus que sur les stratégies de long terme ayant une incidence sur le fonctionnement véritable de l'entreprise.

L'une des conséquences de ce fonctionnement financier dont nous pointons quelques dérives réside dans le fait que l'entreprise peut aussi devenir un lieu d'investissement pour les investisseurs anonymes, qui ne connaissent pas l'entreprise, ni ses contraintes, ni ses spécificités, ni son historique. Ils peuvent alors exposer l'entreprise au risque de quêtes opportunistes de fructification rapide dans la grande majorité des pays du monde. Ces investisseurs cherchent à maximiser la valeur de leur investissement très rapidement, indépendamment de l'incidence sur le fonctionnement réel de l'entreprise. Dans la mesure où les gestionnaires ne peuvent plus ignorer la volonté de ces investisseurs, les choix managériaux sont très majoritairement orientés vers la satisfaction des investisseurs. Plus de 50 % des actionnaires en Amérique du Nord ne conservent leurs actions qu'une seule journée (Mintzberg, 2004)¹¹. Ce pourcentage augmente considérablement dans des délais inférieurs à trois mois. Cela signifie que la perspective temporelle d'un gestionnaire qui doit satisfaire ses actionnaires n'est que de quelques mois. Inévitablement, on entre dans une logique contradictoire dont l'issue est incertaine pour l'entreprise. Comment concevoir des projets dont les résultats ne se réalisent qu'à moyen et à long terme, alors que le rendement qu'on exige de l'entreprise n'est qu'à très court terme ?

Cette contradiction devient encore plus paralysante dans les secteurs économiques où le temps est un élément indispensable en matière de recherche et développement, d'innovation et de création de connaissances nouvelles, autrement dit, dans tous les secteurs de l'*économie du savoir*¹². Ce phénomène est accentué par le fait que, généralement, les secteurs technologiques et hautement technologiques sont des secteurs qui ont besoin de beaucoup de capitaux, ce qui a comme conséquence une dépendance plus grande à l'égard des marchés financiers.

11. *Magazine Finance*, vol. 6, n° 4, mars 2004.

12. Dans l'économie du savoir, Castells (1996, p. 54) affirme que « pour la première fois dans l'histoire, l'esprit humain est une force de production directe, et pas simplement un élément décisif du système de production ».

Les secteurs pharmaceutique et biotechnologique n'échappent pas à cette contradiction, bien au contraire, et ce, pour deux raisons : d'une part, les délais de mise au point des nouveaux médicaments sont de plus en plus longs (on parle de dix à quinze ans), et cette durée n'a rien d'attrayant pour les marchés financiers ; d'autre part, les montants des capitaux nécessaires pour développer un médicament sont très importants (plus d'un milliard de dollars, suivant les estimations). Ajoutons à cela le caractère risqué du processus du développement des médicaments, qui fait en sorte que certains investissements de taille n'aboutissent pas nécessairement à des produits qui peuvent être vendus sur le marché. En conséquence, la logique financière influence encore plus le management des entreprises pharmaceutiques, ce qui se traduit par une gestion des expertises et des savoirs dans l'entreprise au gré des impératifs financiers. Par exemple, lors des fusions ou des acquisitions, dans le cadre d'une décision très souvent motivée par des raisons financières, on élimine, sous prétexte de rationalisation et de concentration des activités, une partie importante des employés et des savoirs associés à ces individus. Dans le cas de certaines fusions importantes, parfois, plusieurs dizaines de milliers d'employés sont sacrifiés. Si cela se traduit souvent positivement dans l'évolution du cours de l'action pour les actionnaires, cela est souvent dommageable pour l'entreprise en termes de perte des savoirs. Selon Tabatoni, « les processus d'innovation sont souvent continus ; ils ont une « mémoire », et sont le fruit d'une série d'actes, [d']expérimentations, ou d'expériences novatrices passées, qu'une nouvelle idée révèle comme utiles » (2005, p. 13). Mais le jeu des fusions/acquisitions, par le biais des licenciements massifs, affaiblit cette mémoire, ferment de la créativité.

Dans cette perspective financière dominante de l'économie, l'entreprise devient un instrument dans la main des spéculateurs, et cela peut avoir une grande incidence sur la productivité de la recherche, sur la satisfaction des employés, sur la capacité de l'entreprise à créer des connaissances, etc. Nous ne pouvons nous empêcher de citer un des plus grands économistes du siècle dernier, J.M. Keynes, qui résume bien notre pensée : « Les spéculateurs peuvent être aussi inoffensifs que des bulles d'air dans un courant régulier d'entreprises. Mais la situation devient sérieuse lorsque l'entreprise n'est plus qu'une bulle d'air dans le tourbillon spéculatif¹³. »

13. John Maynard Keynes, *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*, traduit de l'anglais par Jean de Largentaye (1942), Paris, Éditions Payot, livre 4, chapitre 12, 1936, p. 173.

1.3. LE MODÈLE INDUSTRIEL FINANCIARISÉ DE L'INDUSTRIE BIOPHARMACEUTIQUE : INCIDENCES ET LIMITES

Intéressant donc de constater quelle est la métaphore¹⁴ utilisée par la presse économique pour décrire la *chaîne de valeur* biopharmaceutique – chaîne de valeur au sens de Porter (1985, 1993) –, à savoir la « Big Pharma » en quête de « *blockbusters* ». Cette métaphore de la « Big Pharma » véhicule une conception industrielle claire.

- L'exploitation des économies d'échelle et d'envergure reliées à la production de masse de produits-vedettes (« *blockbusters* »)¹⁵ pour entretenir la valeur de l'entreprise (de grande taille et multinationale) aux yeux des investisseurs. Le médicament devient ainsi bien de consommation de masse et non bien d'exception. Intéressant de constater que les budgets promotionnels consacrés à certains *blockbusters* au moment de leur lancement aux États-Unis dépassaient largement en valeur ceux des produits alimentaires et égalent ou dépassent ceux des principaux biens de consommation de masse actuels¹⁶.
- L'exploitation des outils de normalisation (gestion de la qualité) et de standardisation de la production comme de la recherche et développement pour augmenter la productivité et la qualité totale des processus de l'entreprise pour une efficience maximale du rendement.
- L'intégration et l'exploitation de capacités d'innovation pour le développement et la mise en marché de produits nouveaux : les dépenses consacrées à la recherche-développement dans l'industrie ont ainsi triplé au Canada

14. La métaphore permet de penser par ressemblance et substitution (Pesqueux, 2002). De plus, le décalage inhérent à l'utilisation de la métaphore suppose en amont l'existence d'un modèle. « Le glissement ainsi opéré conduit au dédoublement de la référence et offre donc un pouvoir de re-description à partir de cette image dédoublée. Il permet ainsi de sortir de la tautologie [...] et invite à penser par ce qui est différent » (Pesqueux, 2002, p. 23).

15. Un « *blockbuster* » est réputé générer plus de 500 millions de dollars, voire un milliard de dollars de ventes chaque année.

16. « PepsiCo a dépensé 125 millions \$US pour faire la publicité de son produit-vedette, Pepsi – c'est moins que le plus médiatisé des médicaments, *Vioxx*, avec des dépenses publicitaires directes au consommateur de 160 millions \$US. *Vioxx* dépasse aussi la bière Budweiser, dont le budget était de 146 millions \$US en 2000, et était proche du modèle automobile le plus médiatisé – Saturn de GM – avec des dépenses de 169 millions US\$ en 2000. Le budget publicitaire du *Vioxx* est l'équivalent des dépenses de la compagnie Dell (160 millions \$US) pour ses meilleures marques d'ordinateurs. Chacun des 7 médicaments les plus publicisés dépassent le budget de Nike de 78,2 millions \$US pour ses modèles de chaussures les plus vendeurs. Chacun des 15 médicaments les plus vendus correspondent à des dépenses publicitaires qui dépassent les dépenses de Campbell's de 58 millions de \$US pour ses soupes » (notre traduction, NIHCM, 2001, p. 5).

en 10 ans (entre 1991 et 2001) selon l'Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D). Certains critiques considèrent néanmoins que la bureaucratisation du processus d'innovation entraîne la diminution de la créativité réelle. L'innovation y serait plus *incrémentale* (production de « médicaments successeurs », variations sur le modèle de produits existants) que *radicale* (découverte de médicaments véritablement « novateurs ». Pignarre (2004, p. 65) dénonce plus globalement pour sa part la dérive tautologique, autoréférentielle de l'industrie biopharmaceutique où la maladie se définit comme étant ce que le médicament soulage. Le panel de malades s'élargit alors au fi des comités d'experts qui définissent les maladies et les seuils auxquels doivent être pris les médicaments. Cette dérive serait véritablement mercantile aujourd'hui alors que la conception de la santé s'oriente du « bien-être » vers le « confort » et participe de la prolifération des médicaments de « confort » dans les pays riches (Pignarre, 2004, p. 144) ¹⁷.

Cette métaphore sous-entend un modèle et véhicule une image qui n'est pas propre à l'industrie pharmaceutique mais plutôt au modèle économique en vigueur et dominant aujourd'hui. Au tournant de l'économie financière et de l'économie du savoir s'est ajoutée à la quête du *maxima de rendement* (productivité industrielle) celle du *rendement maximal* (financier). Ce modèle serait aujourd'hui en crise. L'évolution vers le « toujours plus » (de rendement financier) devient de plus en plus difficilement tenable. Elle est antagonique avec l'économie du savoir dont les ressorts intangibles et difficilement mesurables sont le capital humain et une logique d'ouverture ; où la temporalité de la création de connaissances tout comme le caractère aléatoire de l'invention et de l'innovation peuvent difficilement être assujettis à la prévisibilité de résultats mesurables, attendue des modèles financiers de revenus.

Tabatoni (2005) insiste ainsi sur la complexité des processus d'innovation : « Le processus d'innovation vise une performance incertaine qui se découvre par sa recherche. Il est toujours un *pari* et un fort engagement personnel, exposés à la "bonne fortune". [...] [Les processus d'innovation] se déroulent dans un contexte d'incertitude, et combinent des motivations de raison et d'affectivité » (Tabatoni, 2005, p. 10-11). Pour les sociologues de l'innovation, « l'innovation laisse découvrir toutes les incertitudes qui l'entourent et surtout l'impossibilité de s'appuyer sur des critères ou des procédures indiscutables pour prendre les innombrables décisions qui la font avancer » (Akrich *et al.*, 1988a, p. 15). « L'innovation ne ressemble en rien à un processus linéaire, en une série d'étapes obligées allant par exemple

17. Cette dénonciation se fait aujourd'hui de plus en plus sur la place publique, en particulier en Amérique du Nord sous le vocable de « *disease mongering* ». Voir aussi M. Angell, « Excess in the Pharmaceutical Industry », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, n° 12 (7 décembre 2004), p. 1451-1453.

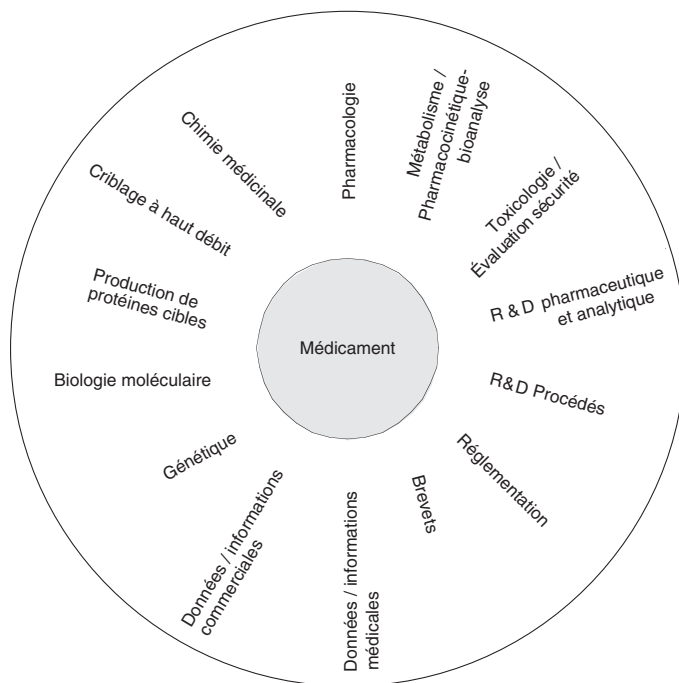
de la recherche fondamentale au développement» (Akrich *et al.*, 1988a, p. 5). C'est plus souvent un phénomène de couplage (Freeman, 1984) des deux éléments que sont la technologie et le marché qui évoluent de façon imprévisible.

L'illusion du contrôle absolu également véhiculée par ce modèle ne résiste pas non plus à la désacralisation du mythe de la qualité totale où l'objectif (0 risque, 0 défaut) est largement soupçonné d'irréalisme par les acteurs de plus en plus éduqués de la chaîne du médicament ou révélé par les débats récents sur les limites des preuves existantes d'efficacité par les essais cliniques.

La grande entreprise pharmaceutique intégrée doit donc aujourd'hui faire l'apprentissage de nouvelles formes de désintégration pour partager les risques intangibles et non mesurables de la création des connaissances scientifiques aussi variées qu'avancées, nécessaires à la création de médicaments (voir la figure 4.1).

Figure 4.1

Une représentation de la multidisciplinarité des tâches et des connaissances concourant à la création d'un médicament (2003)*



* D'après P. Walker, VP Discovery AZ R&D Montréal, « Biotech – Pharma Synergies », BIOMEDEX 2003.

À l'instar de Pesqueux (2002), il s'agit de faire évoluer la métaphore en amont du modèle d'entreprise, de celle de la *chaîne* (de valeur) à celle du *réseau* (de valeur).

2. DE LA MÉTAMORPHOSE RÉTICULAIRE POUR COMPRENDRE LE MODÈLE D'AFFAIRES DES ENTREPRISES BIOPHARMACEUTIQUES

2.1. BILAN DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE SELON LES ANALYSTES ÉCONOMISTES ET FINANCIERS

De nombreux rapports stratégiques sur le secteur pharmaceutique ou sur les secteurs industriels des sciences de la vie touchant à la santé humaine ne cessent depuis plusieurs années de rapporter les défis et les enjeux majeurs auxquels se trouvent confrontées, d'une part, les firmes de l'industrie pharmaceutique et, d'autre part, les firmes de biotechnologie, partenaires des premières dans l'aventure contemporaine très complexe de la conception de médicaments. Dans un contexte de crise de confiance généralisée, le *modèle d'affaires* de la « Big pharma » est questionné par les investisseurs. Deux types de menaces sont fréquemment énoncées : celles qui relèvent de l'évolution du processus de recherche-développement et celles qui relèvent d'évolutions réglementaires. Parmi les premières : le déficit de productivité de la R-D et du processus d'innovation des entreprises pharmaceutiques, la faible évolution du nombre de cibles thérapeutiques exploitables par les entreprises pharmaceutiques ; parmi les secondes : la diminution des périodes d'exclusivité liées aux brevets et la compétition des médicaments d'origine par les médicaments génériques, et, enfin, plus globalement, l'augmentation faramineuse des coûts de la R-D avec, entre autres, la mise en application des réglementations sur les essais cliniques (la réalisation de l'ensemble des phases d'essais cliniques pour la validation d'un médicament coûterait en moyenne de 880 millions à 1,7 milliard de dollars américains selon les sources¹⁸, et demanderait jusqu'à 12 à 15 années d'efforts). À cela s'ajoutent, en particulier en contexte canadien, les défis liés à la régulation du prix des médicaments et à l'accessibilité du médicament (à travers son remboursement par des régimes d'assurance publics ou privés). Enfin, une crise de confiance de plus en plus médiatisée entre l'industrie (et ses pratiques commerciales), les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens) et les pouvoirs publics doit être endiguée.

Ainsi, on constate d'un côté que la croissance du secteur pharmaceutique dans les pays occidentaux s'essouffle. IMS Health annonçait le 21 mars 2006 une baisse du taux de croissance des ventes de médicaments dans les principaux marchés américains et européens (de 7 % en 2004 à 5,7 % en 2005), et que, de

18. Voir notamment Boston Consulting Group, 2001 ; Bain & Co., 2003.

l'autre, de moins en moins de petites PME de biotechnologie trouvent les ressources, en particulier financières, pour pérenniser leur projet d'innovation initial ; de fait, leur modèle d'affaires est régulièrement remis en question. La révolution « génomique » des années 1990-2000 a entraîné la prolifération de jeunes *start-ups* prestataires de services technologiques avancés de découverte de cibles thérapeutiques ; ces savoir-faire technologiques se sont aujourd'hui banalisés dans le processus de découverte biopharmaceutique. Aussi, l'attractivité de ces firmes aux yeux des investisseurs a considérablement diminué dès lors qu'elles tardent à faire la transition vers la création de leur propre pipeline de produits pharmaceutiques¹⁹. Ce paragraphe tiré de *The Economist* résume bien l'énigme économique de la rencontre entre biosciences et marché (*Voyage of Discovery*, 27 mars 2003).

GENOMICS tells you only so much about a protein. It needs to be backed up with other sorts of -omics, too. There is, for example, proteomics (cataloguing and analysing all the kinds of protein molecule actually produced in an organism). There is TRANSCRIPTOMICS (logging the intermediary molecules, known as messenger RNAs, that carry information from the DNA in the nucleus to the rest of the cell). There is GLYCOMICS (doing the same for carbohydrate molecules, which often affect the way a protein works) and METABOLOMICS (studying the small molecules that are processed by proteins). There is even BIBLIOMICS, which mines the published scientific literature for unexpected connections between all of the above. But, as Sydney Brenner, who won last year's Nobel prize for medicine, once wryly observed, in biotechnology the one -omics that really counts is economics.

Certains analystes vont jusqu'à prédire, faute de changements majeurs, le « déclin » et la disparition à court ou moyen terme de ces deux types d'acteurs « traditionnels » de l'industrie du médicament²⁰ que sont donc les entreprises pharmaceutiques intégrées et les *start-ups* de biotechnologie.

19. « *The roots of the current glut of technology-based companies lie in the great biotech capital explosion in the late 1990s, fuelled in large part by enthusiasm about the potential to unravel the human genome. Venture capitalists, enamoured with all forms of technology, funded an oversupply of firms pumping out possible drug targets. Prices for the technology began to plummet, and in a few years cutting-edge technologies became low-profit commodities* », S. Warner, « *Biotechs Change to Stay Alive* », *The Scientist*, vol. 17, n°4 (24 février 2003).

20. « On peut dire que l'industrie pharmaceutique traditionnelle est morte » (Léonard Mazzoni, cité par Philippe Pignarre, 2004, p. 177). « Malheureusement, au lieu de dégager une voie directe de la pathologie à la cause ultime de la maladie, l'exploration des mystères du gène a ouvert de nouveaux labyrinthes dont nul ne peut prédire quand et comment on en sortira. Il est donc tout à fait possible que l'autre voie de sortie qui avait été imaginée par les industriels simultanément aux fusions – la constitution de petites sociétés de biotechnologie – ne réussisse pas à constituer un relais pour l'invention de nouveaux médicaments. Ces sociétés [...] pourraient elles-mêmes être emportées par la vague du déclin et une grande partie d'entre elles disparaître » (P. Pignarre, 2004, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Éditions La Découverte / Poche, p. 188).

Sur quel *modèle d'affaires* sous-jacent repose cette analyse ? Reprenons la notion même de *modèle d'affaires*. Nombre de définitions et d'instrumentations *ad hoc* du « *business model* » (modèle d'affaires) ont récemment proliféré. Ces dernières proviennent d'abord et souvent des gestionnaires et des praticiens qui, avec l'avènement de l'ère réseau (Magretta, 2002) et de la nouvelle économie fondée sur les nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC), ont éprouvé le besoin d'outils de réassurance des investisseurs dans leur démarche nouvelle de financement de projets risqués et de leurs *start-ups* « dotcom » par les marchés boursiers.

Hamermesh *et al.* (2002, p. 1) proposent de circonscrire la nature d'un modèle d'affaires comme « *a summation of the core business decisions and trade-offs employed by a company to earn a profit* ». Dans cette conception, un modèle d'affaires est une construction dans l'action, constituée d'une série de compromis, négociés par la firme sur la base de compétences clés, orientés en fonction d'une stratégie et porteurs d'une finalité de profit. Un bon modèle d'affaires serait d'abord un bon outil de narration (*good story*) sur la façon dont fonctionne l'entreprise. Magretta (2002, p. 4) évalue la performance d'un modèle d'affaires à sa capacité de répondre aux quatre questions canoniques de Drucker : 1) Qui est le client ? 2) Que valorise le client ? 3) Comment fait-on de l'argent dans cette activité ? et 4) Quelle est la logique économique sous-jacente qui explique que l'entreprise sait fournir de la valeur pour les clients à un coût approprié ?

2.2. À LA QUESTION « QUI EST LE CLIENT DE LA "BIG PHARMA" ? », UN TRIO CLASSIQUE S'IMPOSE : LE PRESCRIPTEUR, LE PAYEUR ET FINALEMENT LE PATIENT

Qu'ils soient leaders d'opinion (experts) ou leaders d'information (professeurs) sur les médicaments, les médecins participent les premiers à la « socialisation » des médicaments au sein des milieux professionnels et dans le grand public en général. Aussi, les médecins ont-ils traditionnellement été les premiers visés par les services commerciaux des entreprises pharmaceutiques du fait de leur double rôle à la fois d'intégrateur des connaissances sur les médicaments nouveaux et de prescripteur incontournable de ces nouvelles molécules dans les systèmes occidentaux de soins de santé prenant partiellement en charge les frais médicaux.

Mais ces frais ne cessent d'augmenter pour différentes raisons, à savoir : l'importance toujours croissante, avec le vieillissement de la population, des médicaments pour des traitements de maintien par rapport aux médicaments pour des traitements aigus, ainsi que l'apparition des médicaments issus des biotechnologies, dont les coûts moyens des ingrédients sont presque trois fois plus élevés²¹.

21. Estimation annoncée par le cabinet Normandin Beaudry, lors de la table ronde sur « L'avenir du médicament », le 2 septembre, lors du 1^{er} Congrès international interdisciplinaire sur le médicament, tenu à Montréal, du 30 août au 2 septembre 2005.

Il est largement connu que l'augmentation du coût de ces systèmes de soins de santé devient le cauchemar récurrent de nombres d'administrations publiques. Maintes solutions d'équilibration de ce coût entre sphères publique et privée sont discutées et le payeur (au Québec : RAMQ et/ou assurances privées) devient un acteur (ou encore une partie prenante) de plus en plus important du calcul économique et stratégique de la « Big Pharma ».

De plus, sous le coup du triple impact *a)* de la prolifération de médicaments sans ordonnance (par désinscription des listes de remboursement ou autre), *b)* de la médiatisation de plus en plus directe des médicaments auprès du grand public grâce à la publicité, en particulier aux États-Unis, et enfin *c)* de l'encouragement à la substitution des médicaments d'origine par les génériques, d'autres professionnels de la santé, en particulier les pharmaciens, sont ciblés par les firmes pharmaceutiques.

Quant au patient, il a lui aussi évolué. Vieillissant, demandeur de thérapies pour des cibles encore mal connues et mal maîtrisées, de plus en plus informé, il devient un « consommateur » actif, que ce soit individuellement, dans sa relation avec ses prescripteurs, ou collectivement, au sein de groupes de pression. Ces derniers sont des interlocuteurs de plus en plus écoutés de l'industrie. La prolifération dans les grandes firmes des fonctions d'interface avec les pouvoirs publics comme avec les patients (comme les fonctions affaires gouvernementales, relations publiques, relations avec les groupes d'intervention, relations avec les groupes de patients, etc.) en est le témoin indéniable.

De plus, une nouvelle réponse à la question « qui est le client ? » s'impose à l'ère de l'économie du savoir. Depuis 1990, avec l'avènement de la troisième génération des sciences du génome (génomique, protéomique, etc. – BIO, 2003 ; Lacetera, 2001), poussé par les progrès de l'informatique et des nanosciences, le mode d'évolution des connaissances scientifiques dans les domaines du vivant est de plus en plus *complexe, accéléré et transdisciplinaire* (Saives, Desmarteau et Seni, 2005), avec un rythme grandissant de substitution par rupture/intégration de nouvelles technologies (voir la diversité des savoirs requis pour la conception d'un médicament à la figure 1). De fait, dans les secteurs de haute technologie, c'est-à-dire des secteurs dont la croissance repose sur l'innovation technologique, et selon l'approche *Knowledge-based* (KBV, Grant, 1996), une ressource stratégique des entreprises contemporaines est le savoir, ou, plus précisément, la capacité d'absorber (Cohen et Levinthal, 1990) et de scruter les connaissances circulant au sein de réseaux de collaboration et d'innovation (Powell, 1998 ; Powell *et al.*, 1996). Pour penser davantage la dimension réticulaire en termes stratégiques, Chesbrough (2003) propose le concept d'« *open innovation* », où la dynamique de l'innovation « ouverte » est bidirectionnelle : « *Open innovations means that valuable ideas can come from inside or outside the company and can go to market from inside or outside the company as well* » (Chesbrough, 2003, p. 43).

Selon de nombreux auteurs (Pisano, 1994 ; Powell, 1996, 1998 ; Chesbrough, 2003 ; Catherine *et al.*, 2003), l'innovation biopharmaceutique est largement entrée dans cette nouvelle logique. Elle résulte en particulier d'interactions et de coopérations entre différents types d'acteurs ; et le lieu de l'innovation réside dans l'échange des savoirs entre les membres d'un *réseau dédié*. Ce réseau s'intègre au sein d'un *système d'activités créatrices de valeur* (Parolini, 1999) plus ou moins ancré localement, comme dans le cas des grappes industrielles ou bioclusters.

C'est pourquoi Chesbrough (2003, p. 64) insiste sur la nécessité d'ajouter une dimension réticulaire à la conception d'un modèle d'affaires (le « *value network* » ou *réseau de valeur* de l'entreprise). Le modèle d'affaires « ouvert » d'une entreprise peut alors être défini comme le design d'un *système stratégique* qui articule des compétences distinctives dans une *chaîne de valeur en réseau* avec des partenaires choisis (universités, firmes, fournisseurs) pour offrir des produits ou des services valorisés par des clients dans un marché donné à des coûts globaux appropriés (Desmarteau et Saives, 2006).

Ainsi, la création de valeur repose sur une nouvelle rationalité stratégique de recherche et développement où la firme conjugue une capacité d'innovation structurée en interne avec un panier dense de ressources exogènes, à savoir : une qualité et une quantité de savoirs et d'idées circulant par l'entremise d'une main-d'œuvre experte au sein d'infrastructures de formation et de recherche universitaires de pointe, au sein de nombreuses entreprises d'essaimage, poussées par des capitaux de risque actifs et appliquant une logique stratégique de codéveloppement plus coopérative ou coalitionnelle (Hamdouch et Depret, 2003, 2001 ; Baumol, 2002 ; Baum *et al.*, 2000) que compétitive. Concrètement, partant de savoirs limités du fait de l'explosion des connaissances, une entreprise organise ses capacités de R-D non seulement pour mieux identifier, comprendre, sélectionner et capter la richesse des savoirs externes (Leonard-Barton, 1998 ; Cohen et Levinthal, 1990) afin de créer de nouveaux systèmes technologiques inimitables (Teece, 1998), mais aussi pour créer des sources additionnelles de revenus et de profits tirés de la vente à tout moment d'extrants de recherche à d'autres firmes les utilisant dans leurs propres systèmes (Chesbrough, 2003, p. 53 ; Andrew et Sirkin, 2003, p. 5).

Il n'y a dès lors pas une seule source de *profit* reliée aux revenus de ventes au « client » final, mais une multitude d'occasions de *création de valeur* engendrées par la commercialisation de connaissances aux différents stades intermédiaires de la conception d'un médicament auprès de moult partenaires. Le « client » de l'entreprise peut ainsi être à la fois le partenaire de R-D de l'entreprise sur un projet spécifique, son concurrent sur un marché différent, son client sur d'autres ingrédients ou technologies, etc. Ces transactions intermédiaires prennent diverses formes contractuelles. La plupart des leaders pharmaceutiques qui possèdent un centre de R-D au Québec annoncent plusieurs centaines de partenariats, d'alliances

et de collaborations de R-D dans le monde. Par exemple, Astra-Zeneca (6^e firme mondiale en 2005 en termes de parts de marché mondiales) affiche plus de 300 liens de la sorte. Axcan, entreprise pharmaceutique québécoise de taille plus petite, annonce plus d'une cinquantaine de partenariats actifs, résultat d'un exercice lourd de veille puisque pour un projet de partenariat retenu, une centaine de projets ont pu être étudiés. Dans le même esprit, Aitken *et al.* (2000, p. 83) rapportent qu'en 1998, près du quart des 55 principaux *blockbusters* sur le marché ont été développés sous licence. De même, Hamdouch et Depret (2001, p. 202) constataient à l'analyse des 20 premiers pipelines de l'industrie pharmaceutique (c'est-à-dire le nombre de produits en développement dans le portefeuille des principales firmes pharmaceutiques mondiales) que 41,6 % des produits étaient développés sous licence.

Il ne s'agit donc plus d'exploiter ou encore « d'emprisonner » les idées pour les faire fructifier uniquement à l'interne mais de scruter les « opportunités protéiformes » de leur valorisation ainsi que de s'approprier des savoirs à l'externe. C'est ici que la métaphore de l'*organisation en réseau* (Pesqueux, 2002) prend tout son sens. Nous reviendrons sur les conséquences managériales d'une telle forme d'organisation par la suite.

2.3. QUEL RÉSEAU DE BÉNÉFICES « CLIENTS » ?

Quant à la question de savoir ce que valorise le(s) client(s), les réponses convergent. Trois bénéfices interreliés sont invariablement évoqués par le triptyque prescripteur/payeur/patient : la *sécurité*, l'*efficacité* et le *prix* (*accessibilité*) du médicament²².

À titre d'introduction sur ce point, sur le mode de la distinction opérée par Laplantine (1989) entre la maladie telle qu'elle est perçue par le patient (*trouble*), par le médecin (*pathologie*) et par la rencontre médecin/patient/société (*maladie*), nous pouvons dissocier le médicament tel qu'il est vécu par le patient (*remède*), le médicament tel qu'il est prescrit par le médecin (*traitement*) et le médicament comme vecteur de définition culturel de la maladie à la croisée des discours des médecins/patients/payeurs (*molécule thérapeutique coûteuse*). Nous pourrions y ajouter le médicament tel qu'il est pensé par l'actionnaire (un *produit plus ou moins financier*). Au médecin traditionnel s'est substitué un technologue-clinicien gardien de l'*efficacité* et de la *sécurité* du médicament à travers son implication croissante dans les processus d'essais cliniques et son implication incontournable dans le protocole de « socialisation » (Pignarre, 2004, p. 169) du

22. Voir sur ce point l'analyse du projet de politique du médicament du MSSS et l'analyse des mémoires déposés à son sujet dans Saives, Levy et Garnier (2006). « La politique du médicament et les discours générés », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 2, n° 2, été 2006, dossier inédit « Les enjeux du médicament », p. 53-55.

médicament auprès des utilisateurs sans lequel ce dernier n'a pas d'existence. Le payeur met pour sa part en débat le contrôle (la *discipline*) des prix au regard du coût sociétal. Nombre de nouveaux produits thérapeutiques seraient ainsi mis en marché à des prix très élevés que leur efficacité ne justifie pas toujours par rapport aux produits existants sur le marché²³. Enfin, le consommateur, de plus en plus averti, questionne non seulement l'efficacité mais tolère de moins en moins de compromis sur la *sécurité* de ces remèdes (la multiplication des recours collectifs en témoigne). Cette convergence des valeurs pour les « clients » n'est pas sans conséquences sur les décisions stratégiques des entreprises et en particulier sur celles de leurs actionnaires.

2.4. COMMENT FAIT-ON DE L'ARGENT DANS CETTE ACTIVITÉ ?

En effet, pour l'actionnaire, le médicament est un produit financier sur lequel il est possible de spéculer à tous les stades de sa conception. Les rendements attendus de cette spéculation sont énormes au regard des contraintes réelles des entreprises industrielles pour lesquelles le médicament est un produit techno-économique. Pour dégager les rendements attendus, l'industrie utilise les moyens traditionnels de rationalisation de sa production, de sa R-D et de ses ventes.

En intégrant d'abord des technologies modernes de chimie combinatoire ou de *screening* à haut débit, l'industrie a tenté de rationaliser la productivité de la recherche de candidats. À ce sujet, nul n'est sans connaître le bilan « alarmiste » rapporté par l'industrie elle-même sur ce point. Le taux de mise en marché de nouvelles entités chimiques est trop bas par rapport au nombre de produits qui devraient être commercialisés pour maintenir les taux de croissance actuels de l'industrie (selon le modèle « *blockbuster* »). Les connaissances sur les cibles thérapeutiques que les promesses de la génomique et de la pharmaco-génomique devaient décupler tardent à s'opérationnaliser, et le nombre de cibles thérapeutiques connues a peu évolué.

Les cycles de vie des produits mis en marché sont de plus en plus courts pour amortir les investissements en R-D à cause de la compétition de plus en plus rapide des génériques²⁴. On estime à deux mois et moins le délai au-delà duquel un produit innovant perd 80 % de sa valeur après l'introduction du substitut générique sur le marché.

23. Voir par exemple pour la France l'article « L'année 2005 du médicament: la dérégulation s'accroît », *La Revue Prescrire*, Tome 26, n° 269 (février 2006), p. 140-150.

24. « *Prior to 2002, analysts typically estimated a branded drug would lose 80 % of its volume to generics within one year of patent expiration. In August 2001, Eli Lilly's anti-depressant drug Prozac (\$2 billion in 2001 sales) went off patent and lost 70 % of its volume in 45 days.* » (Bradley et Weber, 2 avril, 2004, HBS.)

Par ailleurs, pour certains, le *blockbuster* fait, figure de mythe puisque moins de 4 % des produits pharmaceutiques vendus génèrent des ventes de plus de 500 millions de dollars (PhRMA, 2003). Le mythe pourrait néanmoins être durable selon certains analystes : Aitken (IMS Health, 2006) prédit ainsi la croissance du nombre des *blockbusters* pour les années à venir (94 recensés en 2005 contre 36 en 2000) en raison de la croissance des marchés des produits innovants actuels²⁵.

Dès lors, l'industrie pharmaceutique est une activité d'orchestration de la recherche et développement mais surtout de la vente de médicaments, à une échelle mondialisée. Sa compétence distinctive réside aujourd'hui avant tout dans sa capacité globalisée d'interfaçage avec les professions médicales et cliniques pour imposer massivement ses produits. Selon un ancien cadre commercial d'une grande multinationale pharmaceutique située à Montréal :

Les compétences distinctives des pharmas, c'est le marketing, la mise en marché, la commercialisation, comme on veut. Ils ont un réseau [...] Ils peuvent voir en deux mois 10 000 médecins, 4 000 pharmaciens, 2 000 hôpitaux, ils ont une puissance. Ils ont aussi la capacité de dépenser pour le succès commercial [...] Avant on pouvait assister à différentes stratégies pour différents pays. Parfois, on pouvait avoir cinq, six noms de médicaments différents. La mise en marché en France doit être basée sur l'innocuité, au Canada c'était l'efficacité... Aujourd'hui, les lancements de produits se font à l'échelle de la planète et en même temps. Ils vont uniformiser le prix [...] C'est vraiment centralisé (octobre 2005).

Cette capacité commerciale s'exprime surtout sur les produits existants²⁶ faute de pouvoir mettre en marché plus de produits de plus en plus coûteux à développer, et dans la perspective de contrer la concurrence des génériques de plus en plus menaçante. Selon le *Wall Street Journal* (2002), Astra Zeneca aurait ainsi consacré plus d'un demi-milliard de dollars (américains) en une année en dépenses promotionnelles pour imposer le *Nexium*, le successeur du *blockbuster* *Prilosec* tombé dans le domaine public après l'expiration de son brevet²⁷.

25. <www.imshealth.com>, consulté le 4 mai 2006.

26. Selon IMS Health, en 2005, la croissance de l'industrie pharmaceutique s'explique surtout par l'accroissement de l'espérance de vie de la population, l'augmentation de la richesse, le lancement de nouveaux produits et les nouvelles applications trouvées à des produits existants. En effet, 40 % de la croissance des marchés est due à l'introduction de nouveaux produits en 2005 (dont 30 nouvelles entités chimiques lancées dans des marchés clés). Pour comparaison, le *pipeline* des produits en développement clinique en 2005 comprenait 2 300 produits, dont environ 200 (en oncologie, pour les maladies cardiovasculaires, les maladies infectieuses et le sida, et pour l'arthrite et la douleur) sont prometteurs, ayant atteint au moins la phase III du développement clinique.

27. G. Harris, «As a Patent Expires, Drug Firm Lines Up Pricey Alternative», *Wall Street Journal* (Eastern edition), New York, 6 juin 2002, p. A.1.

L'année 2006 risque à ce titre d'être une année charnière avec la tombée dans le domaine public de nombreux brevets de médicaments « vedettes » avec un risque de perte de revenus de 23 milliards de dollars (dont 18 aux États-Unis)²⁸ au profit des fabricants de génériques. Globalement, les ventes de génériques dans les principaux marchés (États-Unis, Canada, France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni et Japon) sont estimées à 55 milliards de dollars américains et seraient appelées à doubler d'ici cinq ans (IMS Health, 2006).

2.5. QUELLE EST LA LOGIQUE ÉCONOMIQUE SOUS-JACENTE EXPLIQUANT QUE L'ENTREPRISE SAIT FOURNIR DE LA VALEUR POUR LES CLIENTS À UN COÛT APPROPRIÉ ?

Bien que les pressions institutionnelles entraînent un questionnement de plus en plus prégnant du modèle d'affaires des entreprises biopharmaceutiques, il faut remarquer qu'elle demeure l'une des industries les plus profitables, à tout le moins pour ses principaux leaders puisque les 10 plus grandes firmes pharmaceutiques mondiales dégagent une marge de profits de plus de 17 % là où la plupart des autres industries cotées en Bourse dégagent souvent des marges de l'ordre de 3 ou 4 %²⁹. Les multinationales pharmaceutiques ont en effet procédé à différents choix stratégiques pour pérenniser leurs profits : renforcement de leur portefeuille de propriétés intellectuelles avec l'obtention de brevets sur des composés chimiques, sur des procédés de fabrication, sur des modifications de formules de produits existants ; amélioration des méthodes de délivrance des médicaments, conversion de médicaments de prescription en produits sans ordonnance, de vente libre, pour toucher un plus large marché ; et finalement, défense en cours de leurs brevets menacés d'expiration pour tenter d'étendre leur période d'exclusivité (Bradley et Weber, 2004)³⁰.

Néanmoins, selon JSB Intelligence (2005), dans le contexte contemporain de la complexité de l'économie du savoir, l'avenir de l'industrie tient à sa capacité à se transformer en modèle réseau :

28. Voir les chiffres d'IMS Health rapportés dans le cahier « Économie » du journal *Le Devoir*, samedi 22 et dimanche 23 avril 2006, p. C3.

29. Voir par exemple M. McCoy, « Pfizer's Troubles Pull Down Drugmakers », *Chemical & Engineering News*, vol. 83, n° 47, 21 novembre 2005, p. 42 ; ou M. Angell, 2004, *op. cit.*

30. « *To help offset these losses and/or delay the introduction of generics, big-pharma companies began taking a number of steps. [...] These steps included obtaining patents on component chemicals, manufacturing methods, and product extensions / formula modifications ; improving drug-delivery methods ; converting drugs to over-the-counter status ; and finally, turning to the courts to fight patent infringement in a process that could extend the period of branded exclusivity for 30 months* » (Bradley et Weber, 2 avril 2004, HBS).

The new pharma model is based on the network approach and pharmas are supplementing their in-house research with licensing activity, creating a network of research companies working on a contract basis. Presently, 20-25 % of research is done through contract companies and this figure is expected to increase to 50 % in the near future. Pharma companies will be more like marketers, and venture capitalists, and integrators in the future (JSB Intelligence, 2005, p. 28).

Quels sont les enjeux managériaux d'une telle transition ?

3. ENJEUX MANAGÉRIAUX POUR L'ORGANISATION-RÉSEAU DANS LA CHAÎNE DU MÉDICAMENT

S'interroger sur la *nouvelle économie* marquée par la révolution technologique que sont le développement et l'utilisation globalisée des nouvelles technologies d'information et de communication (Internet), « c'est s'interroger à la fois sur un phénomène de société et une nouvelle posture de l'organisation matérialisée par le réseau » (Pesqueux, 2002, p. 197). Le réseau (métaphore essentiellement technologique) incarné par Internet participe d'une nouvelle représentation de l'économie et de la société, à savoir celle de l'image d'une économie *construite sur des flux* et celle d'un *renouveau des relations sociales* aussi bien dans la société que dans les organisations (Pesqueux, 2002, p. 198). Mais nombre de développements consacrés à Internet (et à l'approche technologique de ces technologies fluidisant la circulation de l'information) souffrent d'un manque notoire : l'absence de la dimension sociale. Pour Pesqueux, « le masquage idéologique de l'organisation en réseau ne serait-il pas le passage du thème du “vivre dans” (comme fondement politique de la philosophie des lumières) au “vivre avec” (comme fondement politique de la version contemporaine d'une philosophie libérale où les catégories du libéralisme politique viendraient recouvrir celles d'un libéralisme économique) ? » (2002, p. 208).

3.1. LES ARGUMENTS DE LÉGITIMATION DE L'ORGANISATION RÉSEAU

Dans l'hypothèse d'un scénario coopératif et démocratique du rapport salarial postfordiste, Coriat énonçait « au centre des relations nouvelles à construire, cette “affinité” et cette solidarité essentielle entre la “qualité” du travail [pour nous, celui des travailleurs du savoir] et celle des produits. Cette propriété de la valeur d'usage du travail à se muer en choses utiles et bonnes, après des décennies de négation systématique, assure[rait] son grand retour et comme sa revanche » (1990, p. 283). Mais le chaos créatif et la confiance afférents à cette relation de travail restent à créer ou à maintenir de façon pérenne dans nos sociétés occidentales.

Car la perméabilisation des frontières entre la firme et son environnement³¹, entre le « dehors » et le « dedans », et la difficulté de la gestion du réseau qui réside dans les questions de la localisation des décisions et de l'efficacité des processus décisionnels (Pesqueux, 2002, p. 212) se manifestent plus souvent par un renforcement du *contrôle* (surtout par les NTIC ou [...]) au détriment de la *confiance*.

Comment transposer ce « vivre avec » dans et aux frontières de l'organisation contemporaine de l'industrie biopharmaceutique ? Depuis les penseurs du siècle des lumières, le progrès technologique a servi comme modèle du progrès en général, y compris du progrès social. En effet, on peut constater qu'à chaque période historique, une nouvelle technique détermine la société et vice versa. Notre époque, qualifiée « d'économie du savoir », n'échappe pas à cette règle, dans la mesure où ce concept – « la nouvelle économie » – s'impose de manière très forte. Il détermine l'organisation des entreprises, et plus encore ; la société dans son ensemble et la technologie associée intimement à cette période historique est incontestablement la technologie Internet (ou encore NTIC [nouvelles technologies d'information et de communication]). Deux figures symbolisent cette technologie : les réseaux et les flux. « Nouvelle économie et réseau seraient en effet la matérialisation supposée de ce qui constituerait la révolution industrielle de notre époque » (Pesqueux, 2002, p. 197).

Ainsi le réseau devient non seulement un modèle de l'organisation technologique, mais également un modèle pour concevoir l'entreprise et son interaction avec les autres parties prenantes de la société. Le modèle très « rigide », « lourd » et « statique » de l'entreprise traditionnelle est remis en cause devant le besoin d'accéder à une flexibilité, à une fluidité et à un très grand dynamisme, qualités qui serviront ensuite à légitimer ce modèle plus organique comme l'idéal d'un progrès social et économique.

Pesqueux (2002), s'appuyant sur les travaux de Foucault (et notamment sur son œuvre *Surveiller et punir*, 1989), décortique l'introduction de cette métaphore du *réseau* dans le champ de l'étude des organisations en transposant l'idée du passage d'une logique de l'*emprisonnement*³² (plus fermée) à une logique de

31. La flexibilisation des formes de travail se manifeste de plus en plus avec l'émergence d'une main-d'œuvre de professionnels à tous les niveaux de la chaîne de valeur biopharmaceutique. On observe à un niveau mésoéconomique l'explosion d'activités de services spécialisés et de prestations de conseil en recherche clinique, commercialisation, réglementation, etc. Cette externalisation de certaines forces créatives est largement liée aux restructurations de l'industrie. Elle n'est pas sans conséquences sur le sentiment d'appartenance organisationnelle et la définition de la « finalité commune » de l'industrie.

32. Étymologiquement, le réseau a pour sens littéral un « filet » et au sens figuré « un ensemble de choses abstraites qui emprisonnent peu à peu l'individu » (vers 1240). (*Dictionnaire historique de la langue française*, 1998, Paris, Le Robert.)

surveillance (plus réticulaire). Le réseau comme forme nouvelle d'organisation fondée sur la circulation de *flux de connaissances* (entre autres) et la restauration des *relations sociales* est une « modalité invisible » de surveillance. Du point de vue d'une firme nodale, il est à la fois instrument de détection des opportunités de l'environnement et modalité de surveillance par les autres acteurs du réseau des pratiques des firmes nodales. Nous rejoignons là l'idée d'ouverture dans le processus d'innovation décrit récemment par Chesbrough (2003).

L'organisation réseau posséderait selon Pesqueux (2002) au moins deux caractéristiques propres : « elle ne contiendrait pas de hiérarchie en elle-même mais une structure d'échange et de circulation [...] ; elle permet de construire aussi une représentation commune à des organisations hétérogènes mais caractérisées par une forte dispersion et interconnexion dans l'espace ». Sa justification pour les gestionnaires repose sur des arguments forts dont la facilitation de la genèse du profit par la variabilisation des coûts fixes et une « meilleure réponse aux aspirations générales des salariés en leur offrant des lieux plus proches d'identification organisationnelle tout comme le motif d'une "excitation" organisationnelle continue » (Pesqueux, 2002, p. 219-220). Comme forme d'organisation flexible, elle permet d'intégrer les trois idées « du changement permanent, d'un espace-temps toujours remodelé ; et d'une innovation organisationnelle permanente » (Pesqueux, 2002, p. 209).

Mais une représentation commune émerge-t-elle effectivement de l'industrie ou encore de la chaîne du médicament actuellement ? Le réseau exige l'aplatissement, la décentralisation et l'éclatement des organisations, à l'image du réseau informatique. Cela permet à l'entreprise en réseau, dit-on, de réagir plus rapidement aux aléas du marché, de faire circuler les informations pertinentes de façon transversale, de mieux entendre le client, de saisir ses besoins, etc., pour consolider ou améliorer la position concurrentielle de l'entreprise. En faisant la promotion de cette organisation de l'entreprise et de la société dans son ensemble, on élève peu à peu cette vision du monde au rang de vérité sans toutefois questionner sa finalité. Un réseau (social ou socioéconomique) peut-il exister sans finalité ? Sinon, laquelle ? Peut-il survivre sans l'adhésion volontaire des membres ? Flexibilité signifie-t-elle l'existence de finalités communes ?

Il est important de comprendre que les entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques font face à des défis importants quant à la baisse de la productivité de la recherche. Autrement dit, elles ne sont plus en mesure de mettre sur le marché des nouvelles molécules à un rythme soutenable. Un des arguments avancés par l'industrie, c'est la longue durée nécessaire à l'élaboration des médicaments. D'une part, on est conscient dans cette industrie que les horizons temporels sont éloignés et, d'autre part, que le management financiarisé agit avec les mêmes horizons que les marchés financiers. Cette contradiction conduit vers le renforcement de la flexibilité et, potentiellement, vers l'affaiblissement des

liens, sans toutefois réaliser que c'est essentiellement dans les liens (interindividuels et interorganisationnels) solides et durables que les individus peuvent mobiliser, partager leurs connaissances (Nonaka et Takeushi, 1997). «Au lieu de suivre la trajectoire d'une flèche guidée, les changements institutionnels prennent des directions différentes et contradictoires» (Sennett, 2000, p. 65). Les entreprises réseaux sont désormais marquées par *la croissance des liens faibles*, dans un contexte où le discours managérial n'a jamais prôné davantage l'engagement, la valeur du capital intellectuel, la loyauté, etc. La disparition de la notion de long terme est peut-être banale en théorie, mais elle est lourde de conséquences en organisation. L'absence d'ancrage dans le long terme «est un principe qui corrode la confiance, la fidélité et l'engagement mutuel [...] ces liens sociaux mettent du temps à se développer et s'enraciner lentement dans les fissures et les crevasses des institutions. Le cadre temporel restreint des institutions modernes empêche la confiance informelle de mûrir» (Sennett, 2000, p. 27). Et ce, à une période historique où nous avons le plus besoin de cet engagement, puisque nous sommes dans la logique de la fructification de la pensée, et non dans celle de la création de la valeur par l'exploitation des forces des bras d'ouvriers peu ou mal qualifiés. Un détour par d'autres systèmes de management et notamment de gestion des connaissances (scandinave, japonais, etc.) suffirait pour convaincre que le questionnement ne relève pas seulement de l'utopie.

Penser l'organisation en réseau suppose aussi de penser la double connotation du réseau à la fois filet de surveillance et ensemble de bornes contraignantes (système de régulation). Il faut questionner le mécanisme principal de *contrôle* à l'œuvre dans un réseau, à savoir la *discipline*, dans le cas de notre industrie. Pour Sironi (2005), pour «éviter le pire» avec les risques inhérents aux médicaments, il est important d'assurer une création constante de connaissances scientifiques, une grande attention médicale, un contrôle social soigné et un engagement politique précis.

À quelle discipline se soumettent les acteurs du *réseau du médicament*, et qui la dicte? Nous ne pouvons manquer de souligner ici et dans ce sens la nécessité de penser le pilotage plus global de ce système, c'est-à-dire sa gouvernance. Pour Boissin *et al.* (2002, p. 29):

La question du gouvernement d'entreprise dépasse les relations entre actionnaires et dirigeants. Elle recouvre l'ensemble des mécanismes qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et d'influencer les décisions stratégiques des dirigeants d'entreprises. Ainsi définissons-nous la gouvernance des entreprises comme l'ensemble des mécanismes de contrôle, d'influence et d'orientations des décisions stratégiques des dirigeants.

C'est alors que le défi premier d'une gouvernance biopharmaceutique devient l'optimisation du retour pour l'actionnaire *par* la satisfaction des intéressés légitimes (ou parties prenantes), voire par le questionnement des règles de son inscription dans le social (Capron et Quairel-Lanoizelée, 2004).

CONCLUSION : « SURVEILLER ET PUNIR » OU « VEILLER ET PRÉVENIR » ?

Tout au long de ce chapitre, nous avons essayé de montrer, dans un discours volontairement simplifié par rapport à la complexité de l'objet, les dimensions multiples et complexes de l'univers du management de façon générale et de celui des entreprises pharmaceutiques en particulier. Dans l'univers du médicament, les acteurs sont nombreux, les intérêts sont souvent divergents, des rapports de forces sont permanents. Notre objectif n'était pas de fournir un portrait complet de ce milieu, mais seulement de révéler les enjeux du management. Ce dernier est exposé aujourd'hui à de multiples paradoxes. Les impératifs de l'économie ont changé, ce qui oblige les entreprises à s'adapter à cette nouvelle réalité. Ce changement se concrétise par un déplacement d'une économie industrielle basée sur la production massive des biens tangibles de consommation, vers une économie dont le moteur est le savoir, la connaissance. Ce virage est également accompagné d'un autre phénomène marquant qui est la financiarisation de l'économie. Cela signifie que le rendement calculé sur la base des principes de la finance devient la règle du jeu et un outil d'évaluation de l'efficacité des entreprises. Les enjeux du management tiennent alors dans la capacité des entreprises et de leurs gestionnaires à faire face à ces paradoxes. Gérer à la fois dans le court terme et le long terme, établir des liens stratégiques avec des partenaires tout en étant flexible, mobiliser les employés à être plus engagés et plus créatifs sans la réciproque.

Nous l'avons répété à plusieurs reprises, le processus du développement du médicament est de plus en plus long et coûteux. Les gestionnaires sont continuellement confrontés à des choix qui ne peuvent, dans leur essence même, satisfaire tous les acteurs concernés en même temps. Pour simplifier, constatons que n'étant pas dans la même perspective temporelle, les deux intérêts, l'un financier, inscrit dans le temps maximaliste et expéditif de la fructification, l'autre inscrit dans l'échelle de temps d'une vie/carrière professionnelle (pour un gestionnaire de R-D par exemple), ne peuvent pas être satisfaits en même temps. Un cercle vicieux peut même s'enclencher quand certaines décisions stratégiques (comme des opérations de fusion/acquisition) sont prises aux dépens des employés qui sont eux-mêmes, dans une économie du savoir, au cœur des processus de création de connaissances nouvelles, qui font la recherche, mettent au point de nouveaux médicaments. Les écarter du processus cogni-productif de l'entreprise peut réduire la productivité de la recherche, et donc hypothéquer la mise en marché de nouveaux médicaments, risquer la diminution des ventes, des revenus, causant ainsi la sanction des marchés financiers, et ainsi de suite.

On a proposé de multiples solutions pour faire face à ces paradoxes. L'une d'elles : revoir notre conception de l'organisation. L'organisation réseau a ainsi émergé récemment comme la solution pour concilier tous ces paradoxes. Mais le réseau, dans sa seule conception technique, héritée des technologies de l'information, risque de renforcer ces paradoxes. Nos gestionnaires se trouvent plus que

jamais dans des situations contradictoires, avec des outils managériaux qui leur donnent l'illusion de réduire, voire de faire disparaître ces contradictions (par exemple, les approches organisationnelles récentes du « *knowledge management* » répètent à l'envi combien la machine informatique comme lieu de stockage d'informations soutient mais ne remplace pas l'individu créateur de connaissances). Dans le champ du management, une contradiction négligée a toujours signifié un niveau du risque élevé.

Comme le précise R. Sennett: « La pierre angulaire du management moderne, c'est que des réseaux desserrés sont plus ouverts à une réinvention décisive que les hiérarchies pyramidales de l'ère fordiste. Les liens entre les nœuds sont plus lâches; vous pouvez en retirer une partie, du moins en théorie, sans détruire d'autres parties. Le système est fragmenté » (2000, p. 63). Un système fragmenté est fragilisé et perméable aux risques.

Une productivité de recherche décroissante, des médicaments générant beaucoup de revenus qui tombent dans le domaine public à la suite de l'expiration des brevets, les retraits des médicaments-vedettes causés par des essais cliniques discutables, la pression des marchés financiers à exiger toujours des rendements plus élevés, l'épuisement des chercheurs envers les exigences croissantes des dirigeants, constituent plus que jamais tous les ingrédients nécessaires pour des risques très élevés. Est-il arrivé le temps de concevoir autrement notre façon de faire des médicaments ?

Pour Pesqueux (2002), « le thème du réseau recouvre le besoin d'ajustement entre la flexibilité de la coordination et la flexibilité des systèmes de production ». Il offrirait ainsi une issue opérationnelle à la relecture des modes de coordination. Le réseau est alors vu comme le passage d'une coordination par le contrôle à une régulation par la coopération. « Il offre alors une issue à deux sous-thèmes du contrôle par la coopération :

- la confiance (le réseau comme vecteur de la confiance et donc stimulant la confiance comme élément de régulation);
- l'existence d'une finalité commune (la finalité émergente qui n'a plus besoin d'être décrétée »; Pesqueux, 2002, p. 220).

Il s'agit alors de penser ces deux thèmes à l'échelle du *réseau socio-économique de la santé* au-delà des frontières de l'organisation de l'entreprise pharmaceutique.

Devant la complexité des arbitrages entre acteurs (Bréchet et Desreumaux, 1998), les défis managériaux consistent à trouver les mécanismes d'ajustement à la construction de finalités communes, par la voie de la démocratie technique (Callon *et al.*, 2001), comme celle du partage déployée en Europe pour s'accorder

sur la philosophie de l'innovation, débattre de la division de la richesse³³ (et des risques), enrayer le cycle incertitude/soupçon/présomption/besoin de la preuve qui mine le système par la restauration de proximités entre acteurs, par l'articulation des débats technique et social, bref dans les termes récents des anthropologues : par la réhumanisation (Piron, 2003) du système socioéconomique.

BIBLIOGRAPHIE

- Aitken, M., S. Baskaran, E. Lamarre, M. Silber et S.A. Waters (2000). «A License to Cure», *The McKinsey Quarterly*, n° 1, p. 80-89.
- Akrich, M., M. Callon et B. Latour (1988a). «À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement», *Annales des Mines, Gérer et Comprendre*, juin, p. 4-17.
- Akrich, M., M. Callon et B. Latour (1988b). «À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : L'art de choisir les bons porte-parole», *Annales des Mines, Gérer et Comprendre*, septembre, p. 14-29.
- Andrew, J.P. et H.L. Sirkin (2003). «Innovating for Cash», *Harvard Business Review*, septembre, p. 9.
- Baker, A. (2003). «Biotechnology's Growth-Innovation Paradox and the New Model for Success», *Journal of Commercial Biotechnology*, vol. 9, n° 4, p. 286-288.
- Baum, J.A.C., T. Calabrese et B.S. Silverman (2000). «Don't Go it Alone : Alliance Network Composition and *Startups*' Performance in Canadian Biotechnology», *Strategic Management Journal*, vol. 21, n° 3, p. 267-294.
- Baumol, W. (2002). *The Free-Market Innovation Machine. Analysing the Growth Miracle of Capitalism*, Princeton, Princeton University Press.
- Biotechnology Industry Organization – BIO (2003). «Biotechnology : A New Link to Hope», *Editors' and Reporters' Guide 2003-2004*, Washington D.C., <www.bio.org>.
- Boissin, J.-P. et al. (2002). «Structure de gouvernance dans les PME high-tech ; caractéristiques des dirigeants, structure de contrôle et croissance de l'entreprise», *Rapport au Commissariat général du Plan*, convention 1999/9, décembre.
- Bradley, S.P. et J. Weber (2004). «The Pharmaceutical Industry : Challenges for the New Century», *Harvard Business School*, n° 9-703-89.
- Bréchet, J.-P. et A. Desreumaux (1998). «La valeur en sciences de gestion : représentations et paradoxes», dans J.-P. Bréchet (dir.), *Valeur, marché et organisation*, Actes des XIV^{es} Journées nationales des I.A.E, Nantes, Tome 1, p. 27-52.
- Callon, M., P. Lascoumes et Y. Barthe (2001). *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.

33. Voire d'une division des profits avec la réappropriation par les universités des fruits de la recherche savante et l'instauration des systèmes de gouvernance adéquats selon Pignarre (2004, p. 138).

- Capron, M. et F. Quairel-Lanoizelée (2004). *Mythes et réalités de l'entreprise responsable*, Paris, La Découverte, coll. « Alternatives économiques ».
- Castells, M. (1996). *La société en réseaux*, Paris, Fayard.
- Catherine, D., F. Corolleur et R. Coronini (2003). « Les fondateurs des nouvelles entreprises de biotechnologies et leurs modèles d'entreprise », *Revue internationale PME*, vol. 15, n° 2, p. 63-92.
- Chesbrough, H. (2003). *Open Innovation. The New Imperative for Creating and Profiting from Innovation*, Boston (MA), Harvard Business School Publishing.
- Cohen, W.M. et D.A. Levinthal (1990). « Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation », *Administrative Science Quarterly*, n° 35, p. 128-152.
- Compte-Sponville, A. (1998). « Philosophie de la valeur », dans J.-P. Bréchet (dir.), *Valeur, marché et organisation*, Actes des XIV^{es} Journées nationales des I.A.E., Nantes, Tome 1, p. 15-26.
- Coriat, B. (1990). *L'atelier et le robot*, Paris, Christian Bourgois Éditeur.
- Depret, M.-H. et A. Hamdouch (2000). « Innovation Networks and Competitive Coalitions in the Pharmaceutical Industry: The Emergence and Structures of a New Industrial Organization », *European Journal of Economic and Social Systems*, vol. 14, n° 3, p. 229-270.
- Desmarteau, R.H. et A.-L. Saives (2006). « Les TPE de biotechnologie sont-elles contre-nature ? Découvrir leur identité au Québec (Canada) en explorant leur modèle d'affaires », *Revue internationale PME*, vol. 19, n°1, p. 35-68.
- Drucker, P. (2001). « The Next Society », *The Economist*, 1^{er} novembre.
- Freeman, R.E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman.
- Germain, A. et D. Rose (2000). *Montréal, The Quest for a Metropolis*, Grant, John Wiley & Sons.
- Grant, R.M. (1996). « Toward a Knowledge-Based Theory of the Firm », *Strategic Management Journal*, vol. 17, p. 109-122.
- Hamdouch, A. et M.-H. Depret (2001). *Nouvelle économie industrielle de la pharmacie : structures industrielles, dynamiques d'innovations et stratégies commerciales*, Paris, Elsevier Eds.
- Hamdouch, A. et M.-H. Depret (2003). « Innovation, coopération préemptive et concurrence réticulaire : les nouvelles dynamiques des relations interfirmes », *Cahiers de la MSE*, vol. 113, 16 p.
- Hamermesh, R.G., P.W. Marshall et T. Pirmohamed (2002). « Note on Business Model Analysis for the Entrepreneur », *Harvard Business School*, 22 janvier, réimpression 9-802-048, 14 p.
- JSB Intelligence (2005). *Emerging Business Models in the Pharmaceutical Industries – Strategic Analysis of the Market, Future Revenue Models and Key Players*.
- Lacetera, N. (2001). « Corporate Governance and the Governance of Innovation: The Case of Pharmaceutical Industry », *Journal of Management and Governance*, vol. 5, p. 29-59.
- Laplantine, F. (1989). « Anthropologie de systèmes de représentations de la maladie », dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, p. 297-318.

- Leonard-Barton, D. (1998). *Wellsprings of Knowledge*, Boston, Harvard Business School Press.
- Magretta, J. (2002). «Why Business Models Matter», *Harvard Business Review*, mai, vol. 80, n° 5, p. 86-92.
- Maynard Keynes, John (1936). *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*, traduit de l'anglais par Jean de Largentage (1942), Paris, Payot.
- NIHCM (2002). «Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation», dans I. Nonaka et H. Takeushi (1997). *La connaissance créatrice : la dynamique de l'entreprise apprenante*, Paris, De Boeck.
- Nonaka, I. et H. Takeuski (1997). *La connaissance créatrice : la dynamique de l'entreprise apprenante*, Paris, De Boeck.
- Parolini, C. (1999). *The Value Net*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Pesqueux, Y. (2002). *Organisations : modèles et représentations*, Paris, Presses universitaires de France.
- PhRMA (2003). *Pharmaceutical Industry Profile 2003*, Washington, D.C.
- Picard, L. (1986). *Rapport du comité consultatif au comité ministériel sur le développement de la région de Montréal*, Gouvernement du Canada. Comité ministériel sur le développement de la région de Montréal, novembre.
- Pignarre, P. (2004). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte, coll. «Poche, Essais».
- Piron, F. (éditrice invitée) (2003). «Déhumanisation/Réhumanisation», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 3.
- Pisano, G.P. (1991). «The Governance of Innovation: Vertical Integration and Collaborative Arrangements in the Biotechnology Industry», *Research Policy*, vol. 30, n° 3, p. 237-250.
- Pisano, G.P. (1994). «Knowledge, Integration, and the Locus of Learning: an Empirical Analysis of Process Development», *Strategic Management Journal*, vol. 15, hiver, p. 85-100.
- Pisano, G.P. (2002). «The Life Sciences Revolution: A Technical Primer», *Harvard Business School Publishing*, n° 9-602-118, 6 août.
- Porter, M.E. (1985). *Competitive Advantage*, New York, Free Press.
- Porter, M.E. (1993). *L'avantage concurrentiel des nations*, Paris, InterÉditions.
- Powell, W.W. (1998). «Learning from Collaboration: Knowledge and Networks in the Biotechnology and Pharmaceutical Industries», *California Management Review*, vol. 40, n° 3, p. 228-240.
- Powell, W.W., K.W. Koput et L. Smith-Doerr (1996). «Interorganizational Collaboration and the Locus of Innovation, Networks of Learning in Biotechnology», *Administrative Science Quarterly*, vol. 41, p. 116-145.
- Saives, A.-L. et R.H. Desmarteau (2005). «Comprendre l'ancrage territorial d'une bio-industrie: le cas de la grappe biopharmaceutique de la région de Montréal (Canada)», *Revue internationale PME*, vol. 18, n° 2, p. 75-108.
- Saives, A.-L., R.H. Desmarteau et D. Seni (2005). «Vers un nouveau concept de bio-industries?», *Économies et sociétés*, AG., vol. 27, n° 5, p. 957-968.

- Sennett, R. (2000). *Le travail sans qualités*, Paris, Éditions Albin Michel.
- Sironi, V. (2005). « Les conceptions sociales et culturelles des médicaments : modèles historiques et anthropologiques de la thérapie », *Conférence plénière, 1^{er} congrès international interdisciplinaire sur le médicament*, Montréal, 30 août-2 septembre.
- Tabatoni, P. (2005). *Innovation. Désordre, Progrès*, Paris, Economica.
- Teece, D.J. (1998). « Capturing Value from Knowledge Assets : The New Economy, Markets for Know-How, and the Intangible Assets », *California Management Review*, vol. 40, n° 3, p. 55-79.

L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET SES RESPONSABILITÉS SOCIALES

Marie-France B. TURCOTTE
Jean PASQUERO

La responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) concerne le rôle de l'entreprise dans la société. Elle pose une question simple mais fondamentale : quelles obligations l'entreprise doit-elle assumer envers le reste de la société ? L'éventail des réponses possibles est large : Rémunérer les actionnaires ? Respecter la lettre des lois ? Leur esprit ? Les intérêts de chacune des parties prenantes internes et externes ? Faire preuve d'initiatives en faveur du bien commun ? En fin de compte, présenter une industrie comme socialement responsable ou non revient à porter un jugement sur la valeur de l'ensemble de ses contributions à la société.

Dans le cas de l'industrie pharmaceutique, ce jugement est particulièrement complexe puisqu'il porte à la fois sur le produit, les pratiques de gestion et la mission de l'industrie. D'un strict point de vue économique, la RSE concerne classiquement des enjeux tels que l'efficacité, la qualité et la sécurité des médicaments, leur production, leur distribution et la stratégie concurrentielle de chaque entreprise.

Le médicament s'insère toutefois dans le contexte plus général de la protection de la santé humaine qui, depuis l'avènement des États providence, présente en partie le caractère d'un bien public. À la différence de nombreuses autres industries, l'industrie pharmaceutique est liée à des enjeux qui dépassent sa simple relation au marché. Sa mission n'est pas seulement économique, elle est aussi sociale. «Soulager la souffrance» n'est pas une mission comme les autres. Elle touche à des valeurs fondamentales, elle relève d'enjeux de consommation collective, elle implique des fonds publics et des politiques particulières (González García et Tobar, 1997). Se pose alors la question de savoir qui sont ses véritables clients : les patients solvables, tous les patients, les États, ou encore d'autres parties prenantes ? En matière de RSE, l'industrie pharmaceutique fait ainsi face à une surabondance d'exigences économiques et sociales dans tous les aspects de sa gestion.

Ce sont ces attentes que nous proposons d'analyser dans ce chapitre. Nous examinerons tout d'abord en quoi les particularités de l'industrie pharmaceutique rendent complexe toute réflexion sur ses responsabilités sociales. Dans la deuxième partie, nous utiliserons deux cas pour démontrer comment les tendances socio-politiques de ces dernières années remettent en cause dans le monde le modèle d'affaires classique de l'industrie pharmaceutique. Dans la troisième partie, nous montrerons comment la prise en compte de la RSE débouche sur un nouveau contrat social entre l'industrie et la société. Dans la partie finale, nous illustrerons quelques défis de RSE propres à l'industrie pharmaceutique.

1. UNE INDUSTRIE PAS COMME LES AUTRES

L'industrie pharmaceutique ne ressemble à aucune autre. Ses défis sont à la mesure de son importance, tant économique que sociale. Elle présente ainsi tous les attributs d'une cible permanente pour la contestation. Les polémiques qu'elle suscite se retrouvent au centre des débats sur les obligations qu'elle devrait assumer à l'égard de la société, c'est-à-dire sur ses responsabilités sociales.

1.1. UNE INDUSTRIE MULTINATIONALE

L'industrie pharmaceutique est l'une des plus importantes du monde. Les multinationales dominent le marché et les 20 premières en détiennent plus de 65 %. Il n'est pas rare qu'une entreprise soit présente dans plus de 100 pays en même temps.

Les ventes mondiales de médicaments en 2001 s'élevaient à plus de 540 milliards de dollars canadiens. Les 10 premiers marchés en importance représentaient plus de 84 % de ce marché total (Gouvernement du Québec, 2003, p. 7). Ce sont les pays développés qui représentent la grande majorité du marché. Il

s'agit d'un marché en croissance, plus du fait de la croissance de la consommation par habitant que de celui de la population, car celle-ci stagne dans les pays développés (Gouvernement du Québec, 2003, p. 13).

En 2004, les ventes de médicaments de prescription au Canada ont dépassé les 18 milliards de dollars (Morgan, 2005, p. 1323). Le Québec ne représente qu'une faible part du marché mondial, environ 0,05 %, mais fournit 50 % des livraisons canadiennes (médicaments brevetés et génériques confondus). En partie grâce aux incitatifs du gouvernement, les entreprises y investissent de manière intensive en recherche et développement. Le taux d'investissement y est d'environ 15 % des ventes. C'est un taux comparable à celui des États-Unis et de la France, qui sont considérés comme des leaders dans le domaine (Gouvernement du Québec, 2003, p. 9).

1.2. UNE INDUSTRIE COMPLEXE

La « filière du médicament » est particulièrement complexe. Elle comprend plusieurs sous-secteurs industriels. Le gouvernement du Québec (2003) en énumère cinq : 1) les entreprises innovatrices intégrées, qui sont le moteur de l'industrie ; 2) les entreprises de fabrication et de produits génériques, qui sont les spécialistes de la production et de la productivité ; 3) les biotechs-santé, qui œuvrent dans deux grands domaines d'activité : la découverte de médicaments et le développement d'outils pour la recherche en santé ; 4) les entreprises de recherche contractuelle, qui se spécialisent dans les études précliniques et cliniques ; 5) les fabricants d'ingrédients actifs, qui utilisent des procédés chimiques ou biologiques.

La chaîne est en fait beaucoup plus longue. En amont, il faut ajouter les universités et les centres de recherche qui effectuent la recherche fondamentale. Par exemple, le gouvernement américain dépense 20 milliards de dollars par an dans la recherche fondamentale. En aval, la distribution implique de nombreuses catégories d'intervenants : les distributeurs (pharmacies, cliniques, hôpitaux), et les intermédiaires, qui comptent, d'une part, les médecins qui prescrivent les médicaments et, d'autre part, les régimes d'assurances (privés ou publics), et parfois même des fondations qui paient pour les médicaments. Ces tiers payeurs exercent des contrôles sur le marché, « soit sur le prix des médicaments, soit sur les modalités de remboursement, pour limiter l'accroissement de leurs dépenses » (Gouvernement du Québec, 2003, p. 24).

1.3. UNE INDUSTRIE SOCIALEMENT ENCASTRÉE

Plus que d'autres, l'industrie pharmaceutique est socialement très encastrée (Granovetter, 1985, 1993). Les facteurs de cet encastrement sont multiples (Jommi, 2001). Tout d'abord, l'industrie pharmaceutique est économiquement stratégique :

innovation continue, haute technologie, emplois de haut niveau, achats massifs par le système public de santé, poste important dans les exportations. Ensuite, cette industrie répond à un besoin humain fondamental, la santé. Ce besoin est reconnu comme un droit par les organisations internationales comme l'ONU. Se pose alors le problème de la capacité de payer des citoyens plus pauvres. En dernier lieu, l'industrie affecte les intérêts d'une multitude de parties prenantes, qui entretiennent entre elles des relations économiques, sociales, politiques et éthiques d'une grande complexité. Ces intérêts entrent souvent en conflit. La liste des parties prenantes est virtuellement illimitée : patients, hôpitaux, États, partis politiques, collectivités locales, assureurs, syndicats, caisses de sécurité sociale, médecins, pharmaciens, fabricants de médicaments génériques, grossistes, laboratoires de recherche, universités, fondations, organisations internationales, ONG humanitaires, groupes de défense des droits des patients, défenseurs des animaux, des droits humains, contribuables, et d'autres encore.

Pour réguler ces relations, les États doivent se donner une politique pharmaceutique aux objectifs multiples et parfois contradictoires (Pasquero, 2003) afin de 1) garantir un accès équitable à des médicaments de qualité, c'est-à-dire conformes à des standards ; 2) maintenir la concurrence entre producteurs ; 3) limiter le prix des nouveaux médicaments tout en assurant aux entreprises un retour sur investissement suffisant pour favoriser l'innovation ; 4) promouvoir l'industrie pharmaceutique comme industrie stratégique pour le développement économique ; 5) contrôler les dépenses publiques en médicaments.

Les fonctions de réglementation¹ supposent des interactions avec divers partenaires (par exemple les fabricants, vendeurs, consommateurs, professionnels de la santé, chercheurs et pouvoirs publics), dont les intérêts économiques, sociaux et politiques peuvent différer, ce qui rend la mise en œuvre de la réglementation délicate du double point de vue politique et technique (OMS, 2003, p. 2).

Les entreprises pharmaceutiques n'agissent donc pas en vase clos. C'est à l'intérieur de ce cadre à la fois incitatif et contraignant que chacune doit gérer ses relations avec l'ensemble de ses partenaires.

1. Nous faisons dans ce texte la différence entre « régulation » et « réglementation », deux faux amis de l'anglais « *regulation* ». La régulation (*society-level regulation*) comprend l'ensemble des mécanismes par lesquels une société coordonne les différents sous-systèmes qui la composent, rendant compatibles leurs activités et leurs objectifs. La réglementation (*government regulation*) est simplement l'ensemble des règles (lois, normes, décrets) qu'un État impose à chaque secteur économique, voire à certaines entreprises particulièrement importantes. Elle fait partie des outils de la régulation sociale et économique d'une société.

1.4. UN MODÈLE D'AFFAIRES UNIQUE

Quel est le modèle d'affaires de l'industrie, c'est-à-dire le principe économique sur lequel elle assure sa prospérité ? C'est celui du produit-vedette (*blockbuster* ou *megabrand*)². Toute la recherche est orientée vers la découverte du médicament nouveau qui monopolisera le marché pour une pathologie donnée. Des milliers de molécules sont ainsi étudiées, et abandonnées, avant que n'émerge la possibilité d'un traitement inédit³. En cas de succès, le nouveau médicament bénéficiera de la protection d'un brevet, qui lui assurera un flux continu de revenus élevés sur une longue période. Les capitaux nécessaires pour une découverte rentable sont énormes, et les risques d'échec, très élevés. La recherche se concentre donc sur les pathologies les plus rentables, qui sont celles que l'on retrouve dans les pays développés.

Un brevet est un droit exclusif d'exploitation, réservé à son détenteur, pour une durée assez longue mais limitée (par exemple, vingt ans), et restreinte à un territoire déterminé (généralement un pays). Le contenu de l'invention brevetée est toutefois public, et peut donc être copié. À l'expiration du brevet, le médicament tombe dans le domaine public, à moins que le détenteur n'ait réussi à faire breveter des modifications significatives au produit original, ce qui en prolonge la protection. Entre-temps, toute copie non autorisée est une contrefaçon, et traitée en conséquence par la loi. Le détenteur du brevet est cependant libre d'accorder une licence d'exploitation à un ou plusieurs tiers, moyennant des redevances. C'est ce que l'on appelle une licence volontaire.

Il existe toutefois une exception à la protection d'un brevet. Dans certaines conditions, les autorités peuvent décider d'obliger le détenteur d'un brevet à en céder contre son gré le droit, complet ou partiel, d'exploitation à des tiers, en contrepartie de redevances. C'est ce que l'on appelle une licence obligatoire. Ce genre de licence est évidemment perçu très négativement par l'industrie pharmaceutique, car elle s'en prend au cœur de son modèle d'affaires.

L'industrie est de plus divisée en deux camps : les détenteurs de produits d'origine, brevetés, et les fabricants de génériques, c'est-à-dire de copies légales. En règle générale, les génériques sont moins chers que les produits d'origine, car

-
2. Dans le jargon du métier, le *blockbuster* génère plus de 750 millions de dollars de ventes mondiales annuelles, et le *megabrand* plus de 1,5 milliard. Dans une industrie qui vend des milliers de produits, une cinquantaine de *megabrands* assure près de la moitié des ventes mondiales. Ce sont les produits-vedettes qui rapportent l'essentiel des profits et financent la recherche. Plus des deux tiers des médicaments brevetés vendus font difficilement leurs frais.
 3. On estime à 1,5 milliard de dollars le coût nécessaire pour amener un nouveau médicament sur le marché, dont 75 % consacrés aux produits abandonnés (Gouvernement du Québec, 2003, p. 67). On parle d'une seule molécule finalement commercialisée sur 10 000 découvertes (*ibid.*, p. 90).

les fabricants n'ont pas à en supporter les frais de recherche. Il se trouve que les deux camps sont insatisfaits des politiques gouvernementales sur les brevets pharmaceutiques, l'un se plaignant de leur protection insuffisante, l'autre de leur protection abusive.

1.5. UNE INDUSTRIE FORTEMENT CONTESTÉE

L'industrie pharmaceutique fait également l'objet de fortes polémiques. Prenons l'exemple de la brochure que l'organisation non gouvernementale (ONG) « altermondialiste » ATTAC⁴ consacre à ce qu'elle appelle « le complexe médico-industriel » (Salomon, 2003). L'allusion est claire : dès le départ, cette dénomination évoque tout ce que l'on reproche au « complexe militaro-industriel », tant dénoncé en son temps aux États-Unis. La brochure d'ATTAC reconnaît sans peine l'importance irremplaçable de l'industrie pharmaceutique pour le bien-être humain, selon un argumentaire proche de celui de l'industrie elle-même. Très vite, cependant, elle s'en prend vigoureusement à ses pratiques de gestion. Le procès est conduit selon six points de vue : « éthique et moral » ; « juridique » ; « idéologique » ; « économique » ; « politique et social » ; et finalement « médical et scientifique ». Chacun de ces points de vue se concentre sur l'écart apparent entre les responsabilités sociales que devrait idéalement assumer l'industrie et la réalité observable de son comportement. Par souci de concision, nous ne retiendrons ici que les arguments évoqués dans le point de vue « éthique et moral » (p. 14-22).

Que reproche ATTAC à l'industrie pharmaceutique ? Tout d'abord d'abuser de la « pharmalangue », version particulière de la « novlangue » brocardée par George Orwell dans sa satire *1984* (Orwell, 1982). La comparaison est amère, puisque la nouvelle d'Orwell, écrite en 1948, visait directement le totalitarisme du *Big Brother* communiste⁵. La pharmalangue, c'est le double langage d'un discours prétendant se fonder sur les valeurs humaines de la santé, mais qui cache en fait des pratiques étroites de rentabilité.

La brochure d'ATTAC dénonce ensuite une série de pratiques qu'elle considère comme particulièrement répréhensibles : la mise en marché de « médicaments mal étudiés », suivie de retraits en cas de catastrophe ; la « médiocrité des études scientifiques » ; les « conflits d'intérêts » en recherche qui se retournent

4. ATTAC (Association pour la taxation des transactions pour l'aide aux citoyens) est une ONG présente dans plus de 35 pays qui propose une critique permanente des grandes entreprises et du retour des conceptions dites « néolibérales » des politiques économiques nationales et mondiales.

5. Ce livre est à l'origine du fameux slogan « *Big Brother is watching you* ». La novlangue (*Newspeak*) est une langue volontairement aseptisée, imposée par les autorités au nom du bien commun et d'une certaine idée du bonheur, d'où ont été retirées toutes les possibilités d'une pensée critique.

contre le bien commun (par exemple, les chercheurs externes présentés par l'industrie comme indépendants, mais qui en réalité sont rémunérés par les laboratoires); la mise en coupe de la recherche au service de la seule rentabilité plutôt que des besoins réels des populations; la diffusion des seuls résultats favorables aux pharmaceutiques; le non-respect des règles éthiques concernant les essais cliniques sur les êtres humains (en particulier dans le tiers-monde); «l'information truquée» remise aux médecins par les visiteurs médicaux, formatée dans une logique avant tout commerciale alors que l'industrie prétend que sa communication ne s'appuie que sur des «preuves scientifiques»; le lobbying auprès des États et des organismes internationaux au mépris de l'intérêt public.

Ce diagnostic débouche sur une conclusion prévisible, mais passablement incriminante: «les anomalies sont fréquentes» et «les risques encourus par le public sont élevés». Le «complexe» ne mérite donc pas la confiance qu'il réclame. Nous sommes ici au cœur de la problématique de la responsabilité sociale de l'entreprise.

Que faire pour contrer ces dérives présumées? La brochure n'est pas avare de suggestions. Elle présente même une alternative au modèle d'affaires actuel de l'industrie pharmaceutique. En conformité avec les principes d'action classiques des organisations contestataires, cette alternative consiste à opposer à l'industrie une véritable «stratégie de reconquête du système de santé», une «démarche stratégique d'endiguement» mobilisant tous les acteurs, internes comme externes au système. Le modèle proposé est emprunté à l'informatique partagée, celui de la communauté ouverte de développement du logiciel Linux, le système d'exploitation concurrent de l'omniprésent Windows. Dans un tel modèle, la recherche pharmacologique serait ouverte et ses résultats prendraient le statut d'un bien public gratuit. Les laboratoires se contenteraient de brevets uniquement pour protéger la partie fabrication de la filière des médicaments.

La liste de griefs énumérée plus haut n'est pas exhaustive, puisqu'elle se poursuit selon cinq autres «points de vue». Au total, l'industrie pharmaceutique en sort passablement écorchée. On aurait tort toutefois de penser que la brochure d'ATTAC représente une position isolée. Dans de nombreux milieux, dont certains de plus en plus influents, l'industrie a mauvaise presse. Elle n'agit pas à la hauteur des attentes du public C'est dans ce contexte que se situe le questionnement sur ses responsabilités sociales.

2. LA REMISE EN CAUSE DU MODÈLE D'AFFAIRES DE L'INDUSTRIE

Avec la contestation, le défi de l'industrie pharmaceutique consiste à maintenir sa légitimité, c'est-à-dire à gérer efficacement un portefeuille de relations contradictoires avec une multitude de parties prenantes, dont les plus contestataires sont

de mieux en mieux organisées. Ces relations s'inscrivent dans des changements institutionnels – économiques, sociaux, politiques, éthiques – à l'échelle planétaire. Des règles de fonctionnement acceptables hier, ou qui étaient acceptées faute d'information adéquate, peuvent être condamnées aujourd'hui ; des règles encore acceptables aujourd'hui seront peut-être condamnées demain. Cette évolution est liée à l'émergence de nouvelles conceptions sur les responsabilités sociales de l'entreprise, et appelle de nouvelles formes d'action. Les dynamiques à l'œuvre ne sont pas des « irritants » passagers. Elles débouchent sur une remise en cause du modèle d'affaires de l'industrie.

Pour illustrer la complexité de ces dynamiques, nous présentons deux controverses très médiatisées qui ont ébranlé la légitimité de l'industrie pharmaceutique. Chacune est le sujet d'une vaste documentation internationale. La première porte sur les pratiques entourant la commercialisation du lait maternisé dans le tiers-monde, une polémique qui traîne depuis plus de trente ans. La seconde, plus récente, fait toujours l'objet d'une brûlante actualité ; elle concerne le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la lutte contre le sida dans le tiers-monde.

2.1. LE CAS DU LAIT MATERNISÉ : LA CONTESTATION DES PRATIQUES DE GESTION

Le cas de Nestlé et du lait maternisé offre un exemple classique de dérapage en matière de responsabilité sociale, à tel point qu'il fait l'objet d'un enseignement régulier dans les facultés de gestion. Nestlé n'est pas seule en cause, mais la problématique s'est désormais fixée sur ce nom. L'affaire est étudiée par de nombreux auteurs (Sethi, 1994). Nous nous fondons sur la version de Kunt *et al.* (1981).

Dans les années 1970, plusieurs grandes pharmaceutiques cherchaient à développer le marché du lait maternisé pour nourrisson dans les pays en développement (Asie du Sud, Afrique et Amérique latine). Leur stratégie de vente reposait sur l'utilisation d'un corps d'« infirmières du lait », qui rendaient visite aux nouvelles mamans dans les maternités ou à domicile, pour leur vanter les mérites du lait maternisé.

Si Nestlé employait de véritables infirmières (environ 200), certains concurrents peut-être moins scrupuleux faisaient appel à du personnel non diplômé. Dans tous les cas toutefois, ces agentes de marketing direct étaient vêtues comme des infirmières, sans que leur affiliation à une compagnie pharmaceutique ne soit clairement identifiée. Elles faisaient la promotion du produit comme étant supérieur à l'allaitement naturel et distribuaient des échantillons gratuits⁶.

6. Il faut savoir que l'usage du lait maternisé dans les premières semaines peut compromettre la capacité de la mère d'allaiter le nourrisson par la suite, soit parce que l'enfant s'habitue au biberon, soit parce que le processus de lactation de la mère est interrompu.

Des organisations caritatives locales repérèrent cette nouvelle approche de marketing, qu'elles dénoncèrent aussitôt non seulement comme une imposture, mais aussi comme un mensonge et un risque pour la santé des nourrissons. Des associations internationales prirent rapidement le relais de la cause. Elles diffusèrent les résultats d'une étude réalisée par un comité de l'ONU démontrant, d'une part, la supériorité nutritive du lait maternel et, d'autre part, son moindre coût. Elles s'insurgèrent également contre les risques que pouvait représenter la consommation du lait maternisé en poudre lorsqu'il est préparé avec de l'eau contaminée, un problème endémique du tiers-monde engendrant de graves diarrhées, voire la mort de l'enfant. C'est toute l'industrie qui était remise en cause par ces critiques, mais comme Nestlé dominait le marché, elle en fut la cible privilégiée. Le scandale s'amplifia, enrichi et transformé de pamphlets en journaux. En 1973, un quotidien anglais faisait par exemple paraître un article intitulé « La tragédie de la nourriture pour bébé » et l'illustrait de photos d'enfants africains mal nourris et de tombes d'enfants. En 1974, une ONG britannique publiait un pamphlet sur le sujet intitulé « le tueur de bébés », tandis qu'une ONG suisse lançait un pamphlet au titre accusateur : « Nestlé tue des bébés ».

Pour couper court à cette dramatisation qu'elle jugeait non seulement nuisible à sa réputation mais aussi injuste et inacceptable, Nestlé poursuivit en justice l'ONG suisse. Elle obtint l'inverse de l'effet recherché. De nouveaux groupes se solidarisèrent avec cette ONG, et la controverse s'envenima. Un sommet mondial fut convoqué sur la question. Le comité conseil sur les protéines et les calories des Nations Unies recommanda que les gouvernements nationaux soutiennent activement l'allaitement maternel et que l'usage du lait maternisé soit limité aux situations de carence maternelle.

En 1975, l'industrie réagit par une initiative d'autoréglementation. Neuf producteurs de lait maternisé, dont Nestlé, formèrent une association, l'International Council of Infant Food Industries, qui établit un code d'éthique en matière de marketing. Ces producteurs s'engageaient à promouvoir l'allaitement maternel et à mentionner sur l'emballage de leurs produits la supériorité de l'allaitement maternel. Ils s'engageaient aussi à ce que leurs représentantes médicales – les « infirmières du lait » – portent des uniformes identifiant clairement leur compagnie d'origine et soient rémunérées sur une base de salaire plutôt que par commission.

Par la suite, Nestlé abandonna ses campagnes de publicité de masse sur le lait maternisé mais s'investit dans des programmes d'éducation sur l'alimentation des nourrissons. Ce changement de stratégie, qui tentait de calmer le jeu, ranima en fait le vieux problème du type d'information véhiculé par les représentants médicaux. Selon Norris *et al.* (2005), il y aurait dans les pays en développement un représentant pharmaceutique pour cinq médecins. Les représentants

constituent souvent la seule source d'information disponible pour les médecins. Certains y voient un avantage, dans la mesure où les représentants contribuent ainsi positivement à la formation des médecins.

Il n'en reste pas moins que le risque de dérapage, déjà vertement dénoncé dans les pays industrialisés, est indéniable. Des recherches récentes ont été menées par l'Organisation mondiale de la santé sur la perception qu'ont les médecins du discours des représentants médicaux. Elles ont montré que le même message, considéré suspect quand il soutient un argument de vente, peut apparaître légitime quand il est présenté dans le cadre d'activités de formation du personnel de la santé ou d'éducation des patients. La promotion médicale influence ainsi les médecins « bien plus qu'ils ne l'imaginent » [*much more than they realize*] (Norris *et al.*, 2005, p. 31) :

Increased promotion is associated with increased medicines sales, promotion influences prescribing more than doctors realise, and doctors rarely acknowledge that promotion has influenced their prescribing. Doctors who report relying more on promotion prescribe less appropriately, prescribe more often, and adopt new drugs more quickly (Norris *et al.*, 2005, p. 54).

La frontière est donc mince entre marketing et activité commerciale dite éducative, et le risque d'une confusion n'est pas exclu. Nestlé aujourd'hui se défend bien de se prêter à ce jeu. Sur son site Web, elle met en vedette les 16 principes qu'elle s'engage à suivre pour assurer une gestion responsable du lait maternisé⁷. Cette résolution témoigne sans doute qu'elle ne se sent toujours pas à l'abri. Après trente ans de débats autour de cette question, l'industrie pharmaceutique peine donc encore à faire accepter certaines de ses pratiques commerciales.

2.2. LE CAS DU TRAITEMENT DU SIDA : LA CONTESTATION DES DROITS DE PROPRIÉTÉ

Dans le cas du sida, la controverse tourne autour de l'exclusion effective d'une proportion importante de la population à l'accès aux médicaments. C'est le tiers-monde qui est le plus touché. Près de 95 % des 36 millions de personnes infectées vivent dans des pays en développement, et 70 % habitent l'Afrique subsaharienne (Barnard, 2002). Ni les patients ni leurs gouvernements n'ont les moyens d'acheter

7. La page consacrée au lait maternisé (*Infant Formula*) commence par une citation qui donne le ton : « *Breast-feeding is best for babies.* » Cette citation est tirée d'un traité écrit par Henri Nestlé, le fondateur de la compagnie, autour de 1867. Sur les 16 principes, 8 sont des injonctions positives et 8 des auto-interdictions. <www.nestle.com/Our-Responsibility/Infant_Formula/Charter/The+Charter.htm>, consulté en mai 2006.

les médicaments nécessaires pour enrayer l'épidémie. Les programmes de philanthropie en vigueur sont insignifiants par rapport à l'ampleur du problème (Vachani et Smith, 2004).

La polémique autour des pharmaceutiques commença en 2001, au cours d'une campagne de pressions menée par différentes ONG, parmi lesquelles Médecins sans frontières, Oxfam et le réseau d'ONG Treatment Action Campaign⁸. La stratégie de cette coalition consistait à forcer les pharmaceutiques à baisser le prix de leurs médicaments contre le sida en obtenant une réforme des ententes internationales sur les brevets pharmaceutiques. Elle s'attaquait donc aux fondements mêmes du modèle d'affaires des membres les plus actifs de l'industrie en recherche et développement.

Les activistes reconnaissaient sans difficulté l'importance de maintenir la protection de brevets et de pratiquer dans les pays industrialisés les prix élevés nécessaires au financement des investissements en recherche. Ils s'opposaient toutefois formellement à l'extension de ce modèle aux pays en voie de développement, pour deux raisons : les pharmaceutiques occidentales n'y menaient pratiquement pas de recherche ; une infime partie seulement des médicaments qu'elles avaient développés s'adressaient aux maladies propres à ces pays. Il était donc injustifiable de faire supporter à ces pays le coût d'activités dont ils ne bénéficiaient pas. Pour dramatiser leur hostilité aux prétentions de l'industrie, les contestataires se mirent à dissocier la notion de brevet de celles de progrès ou de santé, typique du discours des entreprises, pour l'associer à un ensemble de connotations particulièrement négatives (monopole, profits excessifs, prix prédateurs, accaparement, souffrance, voire mort). Le site de l'AIDS Healthcare Foundation affiche par exemple encore aujourd'hui la photo-choc d'une banderole où l'on peut lire, au sujet des brevets de l'industrie pharmaceutique, que « *Greed = Death*⁹ ».

Suivant une stratégie classique, les protestataires concentrèrent leurs efforts sur les entreprises leaders. La campagne menée par Oxfam toucha plus particulièrement Pfizer (américaine, numéro un mondial du médicament). Elle comprenait l'envoi de lettres de griefs, l'infiltration de réunions internes par des activistes et la diffusion d'un reportage très critique intitulé « *Dying for Drugs* » (Jones, 2003). La Fondation AIDS Healthcare, quant à elle, mena une campagne contre GSK (GlaxoSmithKline, britannique, numéro deux mondial) qui incluait plusieurs stratégies : 1) l'activisme actionnarial, en convainquant CalPERS, le gigantesque fonds de retraite des employés d'État de la Californie, de faire des pressions auprès de GSK pour qu'elle réduise ses prix ; 2) une poursuite contre GSK, pour

8. <www.maketradeair.com/en/index.php?file=05092003155328.htm>, consulté en mai 2006.

9. <www.aidshealth.org/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=174>, consulté en mai 2006.

avoir obtenu un brevet exclusif pour l'AZT (azidothymidine) alors que l'entreprise avait bénéficié de recherches financées par des fonds publics (la poursuite faisait valoir que le Michigan Center Foundation avait découvert l'AZT vingt-cinq ans auparavant alors qu'il recherchait des médicaments contre le cancer, mais l'avait mis de côté, n'ayant pas trouvé d'application); 3) une plainte contre GSK en Afrique du Sud, pour prix abusifs; 4) une poursuite pour publicité mensongère contre GSK en Californie; 5) diverses protestations et manifestations contre GSK (Liu *et al.*, 2003).

Le nœud du problème était la question des licences obligatoires. Une licence obligatoire est une procédure administrative légale, reconnue par l'article 31 de l'accord international sur les ADPIC (Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce)¹⁰, selon laquelle un gouvernement peut accorder d'office à un tiers l'autorisation d'exploiter un brevet donné sans la permission du détenteur de ce brevet. Cette autorisation peut couvrir aussi bien la production que la vente ou l'importation du produit visé. Les accords précisent cependant que les licences obligatoires ne peuvent être décrétées qu'en cas de force majeure, par exemple en cas de crise ou de catastrophe appréhendée dans le domaine de la défense ou de la santé.

Cette procédure d'exception ne manquait toutefois pas de précédents. L'Europe et les États-Unis y avaient plusieurs fois recouru. Dans le cas du sida, les groupes de pression et les gouvernements locaux devaient démontrer que l'épidémie en Afrique était une crise humanitaire, ce qui justifiait donc le recours à l'octroi de licences obligatoires. Ils cherchaient également à faire élargir le champ d'application de ces licences, alors que les pharmaceutiques tentaient d'en faire éliminer le principe même.

La bataille avait commencé en 1997, quand une loi du parlement d'Afrique du Sud conféra au ministère de la Santé le pouvoir de permettre l'importation de médicaments contre le sida produits sous licence dans un autre pays¹¹. En février 1998, l'Association des producteurs pharmaceutiques d'Afrique du Sud¹², qui regroupait les plus grands laboratoires de produits originaux du pays, répliqua par une poursuite en justice contre le gouvernement sud-africain. Elle alléguait que cette loi violait l'entente internationale sur les ADPIC et était anticonstitutionnelle parce

10. L'accord sur les ADPIC (Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) est un accord multilatéral signé dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et administré par elle. C'est le document international le plus complet à ce jour sur la protection de la propriété intellectuelle (en anglais : TRIPS, Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights).

11. Medicines and Related Substances Control Amendment Act, No. 90 of 1997 – Pour l'acte de recours en justice, voir <www.cptech.org/ip/health/sa/pharmasuit.html>.

12. *Pharmaceutical Manufacturers' Association of South Africa*. La poursuite regroupe 39 entreprises.

qu'elle accordait un pouvoir discrétionnaire exorbitant au ministre de la Santé. Cette poursuite fut très médiatisée dans le monde. La réputation de l'industrie en fut ternie. GSK, qui faisait partie du groupe demandeur, devint l'une des cibles privilégiées des campagnes des activistes.

Entre-temps, l'industrie s'était retrouvée devant une autre menace. En mars 2001, CIPLA, un grand manufacturier indien de médicaments génériques, offrit à prix réduits une trithérapie et d'autres traitements pour les malades atteints du sida à Médecins sans frontières et à certains pays en développement, dont l'Afrique du Sud. Les prix demandés étaient de cinq à dix fois moins élevés que ceux pratiqués dans les pays développés. L'offre était toutefois conditionnée à l'obtention d'une dérogation du gouvernement sud-africain¹³. CIPLA, qui depuis longtemps militait directement contre le modèle d'affaires des multinationales, se trouva vite des alliés parmi les activistes¹⁴.

La pression internationale devenait intenable. Certaines grandes pharmaceutiques commencèrent à pratiquer elles aussi des prix réduits en Afrique du Sud pour montrer leur bonne volonté. En avril 2001, six semaines après le début du procès, l'Association finit par lâcher prise. Elle mit fin au procès sans conditions en retirant sa plainte (Liu *et al.*, 2003). Elle accepta même de payer les frais de procès de ses opposants. L'issue du procès fut ressentie comme une humiliation pour l'industrie.

Pourtant, la position des grandes pharmaceutiques était confortée par la politique du gouvernement des États-Unis, qui avait toujours soutenu les détenteurs de brevets contre les empiètements des génériques. Les États-Unis sont en effet, et de très loin, le plus gros joueur mondial dans cette industrie. Ce sont eux qui ont le plus à perdre d'un affaiblissement de la protection des brevets¹⁵. En s'appuyant sur l'accord ADPIC, le gouvernement américain avait résolu d'imposer

13. «AIDS Drug Battle Deepens in Africa», <www.globaltreatmentaccess.org/content/press_releases/a01/030801_NYT_GENERICS.html>

14. CIPLA fut créée en 1935 en Inde. Elle réclame le droit pour les producteurs de génériques du tiers-monde d'exporter vers d'autres pays en développement sans producteurs pharmaceutiques les médicaments qu'ils produisent sous licence obligatoire. Son président s'en prend constamment aux grandes pharmaceutiques mondiales. Il les invite à revoir leur modèle d'affaires, c'est-à-dire à concéder des licences volontaires. Selon Dawkins (2005), ce leadership a permis à cette entreprise auparavant peu connue de gagner beaucoup de notoriété. Ajoutons que son antirétroviral contre le sida, le *Duovir*, est l'équivalent du médicament vedette de GSK, le *Combivir*. <www.actupparis.org/article1899.html>, consulté en mai 2006.

15. En 2001, les États-Unis représentaient environ 44 % des ventes mondiales de médicaments, et 50 % des budgets de recherche et développement mondiaux (Gouvernement du Québec, 2003, p. 7). Les prix y sont 60 % plus élevés que les prix moyens dans les autres pays industrialisés (p. 21).

par principe des sanctions commerciales aux pays qui permettraient la production ou l'importation non autorisées de médicaments génériques de marques protégées. Seuls étaient admissibles des cas exceptionnels.

Cette position de fermeté devait brutalement devenir insoutenable. En octobre 2001 survint en effet l'alerte à l'anthrax, à la suite des attentats du 11 septembre. Le gouvernement américain chercha alors à accumuler des stocks préventifs de Cipro, le meilleur antibiotique disponible pour combattre cette maladie. Très vite, il apparut que le détenteur du brevet et unique fabricant, l'allemande Bayer, ne pourrait pas assurer plus de 20 % des objectifs. Bayer refusa toutefois d'en partager la production avec des concurrents, craignant un effondrement des prix. La compagnie tenait à maintenir son monopole intact jusqu'à l'expiration de son brevet deux ans plus tard (le Cipro lui rapportait plus d'un milliard de dollars par an en temps normal rien qu'aux États-Unis). Les prix au détail s'envolèrent, le déchaînement public contre Bayer aussi (elle fut traitée de «profiteur de guerre»)¹⁶. Pour forcer la main de la compagnie, le gouvernement américain, comme la loi le lui permettait, la menaça alors d'autoriser la fabrication de copies conformes du Cipro par des concurrents aux États-Unis, s'il n'obtenait pas d'elle un substantiel rabais. Bayer finit par céder et diminua ses prix de 50 % pour les achats gouvernementaux.

Ce précédent américain inattendu modifia complètement la donne internationale. Même si dans le cas de l'anthrax, les États-Unis se réfugiaient derrière l'argument de la défense nationale, il leur était devenu difficile de continuer à s'opposer à ce que d'autres États utilisent eux aussi des procédures d'exception pour affirmer la primauté du droit à la santé sur le droit du brevet.

Par la suite, lors de la conférence ministérielle de l'OMC en novembre 2001 à Doha (Qatar), les pays en voie de développement disposant d'une industrie pharmaceutique obtinrent finalement le droit de fabriquer des copies moins coûteuses de médicaments protégés par des brevets – mais uniquement en cas de crise de santé publique. Les activistes qualifièrent toutefois cette victoire de «relative» car ces pays n'avaient pas obtenu pour autant le droit de réexporter leurs génériques vers les pays pauvres incapables de les produire (Motchane, 2002).

L'industrie changea alors de comportement. Merck (numéro trois mondial) intensifia son programme de prix réduits. Elle fut bientôt suivie par Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb et Abbott. GSK emboîta le pas. Comme chef de file officieux de l'industrie dans ce conflit, elle fit des représentations dans divers forums, notamment auprès de la Commission européenne, pour faire connaître sa nouvelle position. L'industrie acceptait maintenant le principe de

16. K. Singh, «War Profiteering: Bayer, Anthrax and International Trade», *Corp Watch*, 5 novembre 2001, <www.corpwatch.org/article.php?id=723>.

programmes de prix réduits pour les pays pauvres, à la condition qu'ils demeurent volontaires, et que des solutions soient trouvées au problème très plausible de la réimportation potentielle illicite vers les pays développés des médicaments vendus à bas prix dans les pays pauvres (Liu *et al.*, 2003).

Ce cas illustre bien comment les campagnes des ONG activistes et le revirement politique des États-Unis ont contribué à faire baisser les prix des médicaments contre le sida et à remettre en cause, au moins partiellement, le modèle d'affaires fondé sur les brevets exclusifs. Nous explorons dans la section suivante les termes du nouveau contrat social qui se met en place. Nous l'aborderons du point de vue des conditions de la légitimité de l'industrie.

3. INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET LÉGITIMITÉ : VERS UN NOUVEAU CONTRAT SOCIAL

Pour comprendre la notion de responsabilité sociale (RSE) dans le cas de l'industrie pharmaceutique, il faut la replacer au sein d'un cadre théorique plus général. Cette section montre en quoi la légitimité de l'industrie pharmaceutique dépend du respect qu'elle démontre envers les termes du contrat social implicite qui la lie à la société. Nous avons fait état précédemment des multiples critiques auxquelles l'industrie doit faire face, et du déficit de légitimité dont elle souffre. Pour aborder cette question, il n'est toutefois pas nécessaire de recourir aux théorisations critiques ou polémiques de l'entreprise. Nous aborderons plutôt la problématique de la responsabilité sociale à partir de l'interface entre l'entreprise et la société, en nous appuyant sur la théorie économique du bien-être collectif (*Welfare Economics*).

3.1. ENTREPRISE ET LÉGITIMITÉ

Toute industrie entretient avec le reste de la société un contrat implicite, qui régit les obligations des deux parties. Les termes de ce contrat varient avec le temps. C'est en les respectant qu'une industrie maintient sa légitimité, c'est-à-dire son droit de poursuivre ses activités commerciales.

Trois mécanismes assurent, à des degrés divers, la coordination entre les attentes réciproques des acteurs (Pasquero, 2002 ; 2004). Le premier mécanisme est le *marché* : l'entreprise répond aux besoins matériels des citoyens consommateurs en retour d'une rémunération. Ce mécanisme est fondé sur un calcul individuel. Tant que l'entreprise fournit des biens de qualité à des prix raisonnables, elle protège sa légitimité. Le deuxième mécanisme vient suppléer les insuffisances du marché. Il s'agit du *contrôle social*, qui rassemble tous les moyens par lesquels les acteurs extérieurs à l'entreprise peuvent, par l'intermédiaire de l'État ou des groupes de pression, influencer ses décisions vers une meilleure prise en compte

des objectifs qu'ils définissent comme socialement utiles. Ces demandes se manifestent sous la forme de lois ou de pressions sociales. L'entreprise qui s'y plie conforte normalement sa légitimité. Celle qui résiste crée un déficit de confiance envers son environnement qui, par effet cumulatif, peut finir par se retourner durablement contre elle. La logique de ce mécanisme est donc celle du pouvoir. Le troisième mécanisme est celui des valeurs partagées. Une entreprise dont les comportements sont conformes aux valeurs considérées comme supérieures par le reste de la société se gagne un capital de confiance qui lui donne une plus grande marge de manœuvre qu'à celle qui s'obstine à agir uniquement en fonction des seuls intérêts de ses actionnaires. La logique de ce mécanisme déborde largement le cadre des lois. C'est celle des convictions. L'équilibre atteint entre ces trois mécanismes forme la base du contrat social implicite qui lie l'industrie à son environnement.

Quel est alors le contrat implicite entre les entreprises pharmaceutiques et la société ? Pour plusieurs auteurs, il prend la forme particulière d'un traitement privilégié concernant la propriété intellectuelle (Vachani et Smith ; 2004). La société accorde aux pharmaceutiques un monopole sur leurs produits sous la forme de brevets exclusifs, en échange de la promesse que les importants profits générés par cet avantage favoriseront l'innovation et le développement de nouveaux médicaments qui sauveront des vies ou contribueront à la qualité de vie. En outre, la société s'attend à ce que l'industrie se comporte de manière responsable dans la façon dont elle s'acquitte de son rôle social, qui touche à l'un des fondements de la condition humaine.

Dans les deux cas que nous venons de rapporter, l'industrie pharmaceutique a fait preuve d'insensibilité envers chacune des trois composantes qui forment les piliers de sa légitimité (marché, contrôle social, valeurs partagées). Nous avons vu que la société (ici dans un contexte mondial) avait fini par lui imposer des conditions qu'elle avait du mal à accepter, et que le prestige de l'industrie en avait considérablement souffert. Un nouvel équilibre entre les composantes du contrat social a été atteint. Désormais, l'industrie pharmaceutique doit fonctionner dans le cadre d'un nouveau contrat.

3.2. MARCHÉ ET RÉGLEMENTATION : DES EXIGENCES CONTRADICTOIRES

La théorie économique du bien-être collectif (*Welfare Economics*) reconnaît la force du marché comme instrument d'allocation économiquement efficace des ressources disponibles dans une société. Elle concède cependant qu'un marché entièrement libre souffre de limites sérieuses : d'une part, il dégénère naturellement vers l'inefficacité et l'abus des consommateurs ; d'autre part, il ne saurait assurer seul l'atteinte d'objectifs sociaux considérés comme prioritaires par les acteurs

sociaux. Ces défauts ont reçu le nom de « défaillances du marché » (*market failures*) dans la littérature économique, car ils se dressent contre le principe d'une société idéale, tant économiquement que socialement.

Nous avons déjà montré en quoi les attentes sociopolitiques envers l'industrie pharmaceutique étaient souvent contradictoires. Nous avons aussi souligné l'omniprésence de l'État dans le fonctionnement du marché pharmaceutique. Nous en examinerons maintenant les raisons. Nous avons retenu quatre défaillances du marché, qui toutes réclament une intervention correctrice de l'État (Ogus, 1994). Dans le cas de l'industrie pharmaceutique, marché et réglementation publique sont intimement imbriqués. Nous verrons dans la section suivante pourquoi le couple marché-réglementation, quoique indispensable, ne peut à lui seul garantir une prise en charge complète de ses responsabilités sociales par l'industrie.

3.2.1. Protéger l'industrie : la propriété intellectuelle

La première défaillance du marché joue en défaveur de l'industrie. Techniquement, il s'agit de la « non-exclusivité » des résultats de recherche. L'identification de molécules ou de procédés ayant des vertus thérapeutiques exige des investissements préalables énormes et comporte des risques considérables. Toutefois, une fois trouvé, le principe actif d'un médicament peut être copié et le médicament qui en découle peut être produit à moindre coût par la concurrence, limitant la capacité de l'inventeur original de récupérer sa mise de fonds. Dans un marché entièrement libre, peu d'entrepreneurs s'aventureraient dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments.

La solution consiste à protéger l'inventeur d'une innovation recevable en lui octroyant un brevet, c'est-à-dire une autorisation exclusive d'exploiter sa découverte pendant un certain temps. Un nouveau médicament breveté donne ainsi à son producteur un monopole pendant une durée déterminée, pendant laquelle il peut pratiquer des prix supérieurs à ceux sur lesquels il devrait s'aligner s'il devait faire face à la concurrence. Le producteur en tirera une rente, qu'il pourra réinvestir dans la recherche de nouveaux médicaments. Ce privilège est d'autant plus exorbitant qu'une partie de la recherche fondamentale conduisant aux innovations pharmaceutiques est menée à même des fonds publics. Il forme la base du contrat social entre l'industrie et la société. Il est évident que la société attend de l'industrie des contreparties à la hauteur de ce privilège. Parmi celles-ci figurent des responsabilités sociales particulières.

3.2.2. Protéger le public : une forte réglementation

La deuxième défaillance du marché pharmaceutique est celle de l'asymétrie d'information entre le producteur et le consommateur concernant la qualité du produit et ses usages appropriés. Le médicament est un objet complexe, et le

producteur en sait beaucoup plus sur son produit que le consommateur. Cette défaillance joue en défaveur du consommateur, car le producteur peut taire ou cacher des éléments d'information importants à l'insu du patient ou du médecin prescripteur. Une pilule blanche peut ressembler à s'y méprendre à une autre pilule blanche. Pourtant, comment savoir si les deux ont les mêmes effets ? Les effets prétendus sont-ils bien ceux annoncés ? Y a-t-il des effets secondaires indésirables à son usage ? La pilule est-elle périmée ? Ne serait-elle qu'un placebo ? Ni les patients ni les consommateurs ne sont en mesure de procéder à une évaluation adéquate de la qualité, de l'innocuité ou de l'efficacité de leurs médicaments. Les conséquences peuvent être la vente de produits inefficaces, toxiques ou inadaptés, d'autant plus que de nombreux acteurs entrent en jeu (le patient, le médecin, les dispensateurs, les vendeurs). La traçabilité du médicament devient un enjeu majeur (Rajinchapel-Messaï, 2000). Une réglementation pharmaceutique est donc nécessaire pour protéger le public :

[La réglementation consiste à] homologuer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution, la promotion et la publicité des médicaments ; évaluer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments et délivrer les autorisations de mise sur le marché ; inspecter et surveiller les fabricants, importateurs, grossistes et dispensateurs de médicaments ; contrôler et suivre la qualité des médicaments présents sur le marché ; contrôler la promotion et la publicité des médicaments ; surveiller les réactions indésirables aux médicaments ; fournir aux professionnels et au public une information indépendante sur les médicaments (OMS, 2003, p. 2).

Il est sûr qu'avec un produit représentant un tel enjeu pour le bien-être humain, la société est en droit d'attendre des pharmaceutiques que non seulement elles respectent la lettre de la loi, mais encore son esprit.

3.2.3. Maximiser les retombées: les politiques de santé

La troisième défaillance du marché pharmaceutique joue en faveur du public. Il s'agit des externalités positives propres à cette industrie, c'est-à-dire des retombées collectives avantageuses qui ne sont pas reflétées dans le prix de ses produits (leur valeur est donc « externe » au système de prix). Le médicament est en effet partiellement un bien public, dans la mesure où l'avantage qu'en retire le patient qui l'achète peut aussi bénéficier gratuitement à des tiers. Ainsi un client qui se prémunit contre une maladie infectieuse en se faisant vacciner verra diminuer ses chances d'être infecté. Ce faisant, il en fera également bénéficier ses proches, car la probabilité qu'ils seraient contaminés par lui en cas d'épidémie sera réduite d'autant. D'un point de vue du bien-être collectif, l'État a donc intérêt à maximiser les retombées favorables du médicament, c'est-à-dire à favoriser l'utilisation de certains médicaments ou services médicaux. Il peut le faire grâce à des politiques de prévention ou de traitements imposant des servitudes particulières aux pharmaceutiques au nom de l'intérêt public. On sait par exemple qu'une population en bonne santé non seulement vit mieux, mais est également plus productive.

3.2.4. Faciliter l'accès: les besoins non comblés

La quatrième défaillance du marché pharmaceutique relève de son incapacité à répondre à de nombreux besoins, en particulier aux besoins non solvables et donc non rentables. C'est le cas des besoins des patients souffrant de maladies dites orphelines. Il s'agit de maladies très rares, qui touchent un petit nombre de personnes (1 à 5 cas sur 10 000 personnes) et pour lesquelles il n'existe généralement pas de thérapies disponibles. Certains pays industrialisés, comme les pays européens, les États-Unis ou le Japon, offrent des avantages spéciaux aux laboratoires qui décident de travailler sur ces maladies, notamment en réduisant leurs frais d'homologation. Ce n'est cependant pas le cas au Canada.

Un deuxième cas, beaucoup plus important à l'échelle mondiale, est celui des besoins des citoyens des pays en développement. Nous en avons étudié un exemple avec la controverse sur le traitement du sida. Le phénomène dépasse toutefois largement cette seule maladie. Ainsi selon l'OMS, des 1400 nouveaux produits pharmaceutiques développés entre 1975 et 1999, seulement 13 traitaient des maladies tropicales (dont trois contre la tuberculose), alors que 90 % des décès dus à des maladies infectieuses surviennent dans les pays en développement (WHO, 2003, p. 3).

Le modèle d'affaires de l'industrie, fondé sur l'accumulation de profits monopolistiques pour financer la recherche, montre ici ses effets pervers. S'il est valide dans les pays développés, il est tout à fait étranger aux conditions prévalant dans les pays pauvres. Voilà une situation où les populations s'estiment en droit de remettre en cause le rôle social de l'industrie pharmaceutique. C'est pourquoi certains auteurs estiment que la production de génériques dans les pays pauvres est injustement qualifiée de piraterie. Outtersson (2005) suggère même de remplacer cette désignation stigmatisante par celle plus appropriée de « juste suiveur » (*fair follower*).

3.3. RSE ET CONTRAT SOCIAL

«Making an informed judgement about the social responsibility of the pharmaceutical industry is a rather difficult endeavor» (Leisinger, 2005, p. 577):

While it is reasonable and fair to expect that business enterprises do not commit, become complicit, or benefit from violations of the political and civil rights of human beings anywhere in the world, the assessment of what is a reasonable and fair contribution to the respect, protection, and fulfillment of economic, social, and cultural rights remains more difficult. This is especially true for the right to health (Leisinger, 2005, p. 591).

C'est toute la problématique des responsabilités sociales de l'industrie pharmaceutique que posent ces deux citations d'un auteur éminemment bien placé pour en témoigner¹⁷. Dans la section suivante, nous replaçons la problématique de la RSE au sein d'un cadre théorique fondé sur trois perspectives théoriques quant au rôle de l'entreprise dans la société.

3.3.1. Cadre théorique

Nous avons vu comment la société tente paradoxalement, d'une part, de profiter des forces du marché pour favoriser l'innovation pharmaceutique et, d'autre part, d'en encadrer les insuffisances – les « défaillances » – par la réglementation publique. Par cette dernière, la société indique à l'industrie les responsabilités sociales et économiques qu'elle a l'obligation légale d'assumer. La réflexion que propose la RSE va plus loin. La question qu'elle pose est maintenant la suivante : l'entreprise a-t-elle des obligations sociales au-delà du strict respect des lois ? (Pasquero, 2004.)

La responsabilité sociale d'entreprise (RSE) a émergé comme concept à partir des années 1950, dans le contexte particulier des États-Unis, avec une visée réformiste largement soutenue par des groupes religieux qui cherchaient à rendre l'économie de marché plus morale (Pasquero, 2005). Le concept est né du constat que les effets conjugués du marché et de l'État sont insuffisants pour assurer un vrai respect des valeurs humaines fondamentales. Le marché peut commettre des abus impunis par l'État, la réglementation peut être contournée, ou simplement inefficace, quand elle ne devient pas contre-productive à force d'accumuler les contraintes. Selon notre modèle, c'est le troisième mécanisme de légitimité de l'entreprise qui est ici en jeu, celui des valeurs et des principes éthiques.

Le concept de RSE est depuis lors sorti des frontières américaines. Il s'est émancipé de son contexte d'émergence et a été redéfini par les institutions et les groupes sociaux dans le temps et l'espace. Par exemple, en France, où l'on insiste souvent sur le caractère laïc des institutions économiques et politiques, le concept a élargi son bassin d'adhérents lorsqu'il a été associé à celui de développement durable et lorsque l'État s'est impliqué dans son implantation hors de toute considération morale ou religieuse.

17. Klaus M. Leisinger, ancien dirigeant de Ciba en Afrique, est professeur de sociologie du développement à l'Université de Bâle et président de la Fondation Novartis pour le développement durable. Cette fondation a été mandatée par Novartis, l'une des plus grandes entreprises pharmaceutiques mondiales, pour intervenir comme ressource dans l'application par Novartis des principes « éthiques » du Pacte global (*Global Compact*) des Nations Unies. Ces principes, présentés comme universels, définissent la responsabilité sociale attendue des multinationales à travers le monde. Depuis octobre 2005, M. Leisinger est conseiller spécial du secrétaire général des Nations Unies sur le Pacte global.

La RSE doit être replacée dans le contexte plus général des relations entre l'entreprise et la société. Trois philosophies s'affrontent actuellement (Pasquero, 2003). Pour les tenants de l'«entreprise-contrat», l'entreprise n'est qu'un nœud de contrats entre différents contributeurs, où chacun n'entre que s'il y trouve ce qu'il recherche. Toutes les obligations des contractants, en dehors des obligations légales, sont définies par l'entreprise dans des contrats liant les parties. L'entreprise n'a donc aucune obligation particulière au-delà du respect des droits légaux reconnus pour chacun, et encore moins envers «la société» dans son ensemble. C'est la position des «néolibéraux». Comme nous l'avons vu dans le cas du sida, ce fut aussi longtemps celle d'une bonne partie de l'industrie pharmaceutique. Selon cette conception, l'entreprise n'assume de responsabilités sociales que si l'État l'y oblige.

Pour les tenants de l'«entreprise-octroi», l'entreprise est une création de la société, qui lui délivre à sa guise ses lettres patentes, c'est-à-dire son droit d'exister et les conditions qui y sont associées. L'entreprise est donc responsable de ses actes, au-delà du strict respect des lois, envers la société, qui est seule juge de sa légitimité. La société peut attendre d'elle qu'elle assume des responsabilités sociales volontairement. À défaut de quoi, elle pourra en tout temps lui retirer son droit d'exister, ou en modifier les conditions. Dans les systèmes démocratiques, cette prééminence de l'État sur l'entreprise est justifiée par l'intérêt public. Selon cette conception, l'entreprise dispose d'une marge de manœuvre entre les lois existantes et la menace de lois futures. La RSE est alors animée par l'une de ces deux motivations : soit pour retarder de nouvelles contraintes réglementaires, soit pour être en accord avec des convictions morales. Cette position est celle des États, et aussi celle des groupes de pression, qui considèrent l'entreprise comme un moyen plutôt que comme une fin. C'est parfois la position des entreprises pharmaceutiques, surtout dans certains discours autolégitimateurs.

Une troisième philosophie voit le jour depuis un certain temps, celle de l'«entreprise-partenariat». L'entreprise est ici conçue comme un partenaire au sein de réseaux de développement économique et social collectif. Elle accepte d'assumer des responsabilités sociales, pourvu que ces responsabilités soient partagées avec d'autres parties prenantes, et à la condition qu'elle puisse participer à leur définition. L'entreprise négocie ainsi les termes du contrat social qui la lie au reste de la société. Cette négociation est permanente et le contrat, évolutif. Tout en préservant ses intérêts économiques, l'entreprise peut faire preuve d'initiatives en matière de RSE, en proposant de nouveaux types de relations à ses parties prenantes. Plusieurs entreprises pharmaceutiques semblent pencher au moins partiellement vers ce modèle, qui leur permet d'échapper au harcèlement incessant que les protestataires font subir à leurs concurrentes.

C'est à l'intérieur de ce cadre qu'il faut comprendre les débats portant sur la RSE.

3.3.2. Une grille d'analyse

De nombreux auteurs ont proposé des représentations théoriques de la RSE (Bowen, 1953 ; Carroll, 1979 ; Jones, 1980 ; Donaldson, 1983 ; Reed, 1999 ; Gendron, 2000 ; Gond et Mullenbach-Servayre, 2003 ; Vachani et Smith, 2004 ; Caron et Turcotte, 2006 ; Salmon, 2005 ; Turcotte, 2005). Ils se sont penchés sur la nature de la RSE (volontaire ou obligatoire), sur ses motivations (utilitaristes ou déontologiques), sur son contenu (fini ou illimité). Ils ont tenté de démêler les rapports ambigus entre termes parfois proches mais différents comme RSE, éthique, obligation, responsabilité, autoréglementation, engagement, légitimité, réglementation et autres formes de contrôle social. Ils ont essayé d'en donner une définition universelle. Tous ont achoppé sur la plasticité du concept. En vérité, et particulièrement dans le cas de l'industrie pharmaceutique, il est hasardeux de vouloir à tout prix faire le départ entre obligations réglementaires et obligations sociales.

Nous retiendrons quant à nous la définition donnée par Pasquero : « [La responsabilité sociale de l'entreprise est] l'ensemble des obligations, légalement requises ou volontairement choisies, qu'une entreprise doit assumer afin de passer pour un modèle imitable de bonne citoyenneté dans un milieu donné¹⁸ » (2005a, p. 80). Cette définition permet de placer obligations légales « obligatoires » et obligations sociales « volontaires » sur un continuum, sans avoir à deviner les motivations des entreprises derrière les responsabilités qu'elles assument. Elle permet aussi de respecter l'imbrication étroite qui les caractérise, sans chercher à les différencier, une opération généralement artificielle. Finalement, elle reconnaît que, très souvent, les obligations sociales qu'une entreprise s'impose se situent dans le prolongement direct des obligations légales que la loi lui impose. « La RSE n'est pas un outil, c'est un chantier en élaboration permanente » (Pasquero, 2005b, p. 139).

Pour les fins de cet article, nous utiliserons la typologie présentée par Pasquero (2005b). La RSE y est présentée comme une collection de huit attentes interreliées. Les deux premières sont issues du capitalisme libéral du XIX^e siècle. Les six autres se sont accumulées en couches successives tout au long du XX^e siècle, la dernière étant la plus récente.

1. La **gestion efficiente**. Elle a pour origine l'économie classique et correspond notamment à des exigences de compétence technique. Une entreprise efficiente ne gaspille pas les ressources collectives. Elle sert mieux le public qu'une entreprise mal gérée.
2. La **philanthropie**. Les dons et mécénats d'entreprise ont émergé au XIX^e siècle. Cette pratique qui paraît aujourd'hui relativement banale avait alors suscité d'importantes controverses. Il s'agit pour l'entreprise d'affirmer publiquement son appartenance à son milieu.

18. La définition originale a été légèrement remaniée.

3. La **sollicitude**. Cette attente émerge au début du xx^e siècle. Elle s'est exprimée au départ dans les relations avec les employés sous la forme de la compassion. Elle se manifeste avant tout dans une gestion humaniste des ressources humaines, c'est-à-dire une gestion marquée par le respect d'autrui, soutenu par un esprit de justice et de développement personnel autonome (*empowerment*). Le principe général en a été aujourd'hui étendu à l'ensemble des parties prenantes, aussi bien sur le plan individuel que sur le plan collectif (par exemple, l'aide privée au développement régional).
4. La **limitation des nuisances**. Les nuisances incluent tous les effets secondaires négatifs dont peuvent souffrir les parties prenantes de l'entreprise (accidents du travail, dangerosité des produits, pollution, discrimination systémique). Sous la pression de groupes de plus en plus puissants, elles ont donné lieu, à partir des années 1960, à une avalanche de réglementations. On sait aujourd'hui que ces contraintes sont insuffisantes tant que les entreprises ne font pas preuve de responsabilité sociale.
5. La **réceptivité sociale**. À partir des années 1970 est considéré comme socialement responsable le fait qu'une entreprise se donne les systèmes et structures de gestion adéquats pour s'adapter naturellement, c'est-à-dire sans crises, aux changements sociétaux. Il s'agit pour elles d'apprendre à détecter et à comprendre les attentes de leurs parties prenantes et à y répondre.
6. La **rectitude éthique**. Dans les années 1980 s'ajoute l'exigence de rectitude éthique, à savoir le respect de principes de conduite que la collectivité considère comme des biens supérieurs. Cette exigence va donner naissance à de nombreux codes d'éthiques d'entreprise.
7. La **reddition de comptes**. À partir des années 1990 s'ajoute aussi l'obligation de transparence. Les acteurs sociopolitiques demandent aux entreprises de rendre compte de leur performance à la fois sur le plan économique, social et environnemental. Ce sera l'avènement du Triple Bilan (*Triple Balance Sheet*), qui a entraîné récemment l'émergence d'une véritable industrie de la mesure sociétale.
8. La **participation citoyenne**. C'est une exigence des années 2000. L'entreprise responsable offre à ses parties prenantes des programmes de développement conjoint dans un véritable partenariat au bénéfice de tous. Il s'agit d'obtenir d'elle un engagement actif, plutôt que réactif, dans la défense et la promotion du bien commun. Sur le plan mondial, contribuer à réduire les inéquités Nord-Sud est une forme de ce type de responsabilité sociale. On en trouve actuellement des exemples dans l'industrie textile (De Bellefeuille et Turcotte, 2005). L'industrie pharmaceutique n'échappe évidemment pas à ces exigences.

4. RSE ET INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE : UNE ILLUSTRATION

Nous nous proposons dans cette section d'appliquer à l'industrie pharmaceutique les huit attentes de responsabilité sociale décrites dans le modèle présenté ci-dessus. Nous nous limiterons à une illustration rapide de chaque élément.

4.1. GESTION EFFICIENTE

Selon notre modèle, la première attente est celle de l'efficacité économique et productive. L'entreprise pharmaceutique doit gérer adéquatement les ressources dont elle dispose ; elle doit innover, lancer des produits médicalement efficaces (qui guérissent, soignent ou apaisent la douleur) et dont l'usage est sécuritaire. Dans la mesure où elle demeure de statut privé, et nécessite donc constamment de nouveaux investissements, elle doit pouvoir rémunérer ses actionnaires en proportion du risque qu'ils assument.

À la différence de la microéconomie toutefois, la RSE amène les acteurs sociaux à poser la question de l'efficacité économique en termes plus politiques que techniques : quelle efficacité, pour qui, pour quoi, comment ? Dans le cas du marché pharmaceutique, on ne peut soulever ces questions sans d'abord reconnaître les « défaillances » du marché, lesquelles expliquent le rôle omniprésent qu'y joue l'État, de même que le contrat social particulier qui lie l'industrie à la société.

4.2. PHILANTHROPIE

Certaines entreprises, cherchant à affirmer leur appartenance au milieu de la santé, et donc leur intérêt pour ses problématiques et ses défis, ont mis en place des programmes de philanthropie (la deuxième parmi les attentes de notre modèle de RSE). Leisinger, de la Fondation Novartis, nous en donne une définition : « *Corporate philanthropy [is] defined as expenditure beyond a company's actual business activities, without any specific association with direct corporate advantages, and without financially measurable rewards in return* » (Leisinger, 2005, p. 588).

En guise d'exemples de philanthropie touchant particulièrement les pays les plus pauvres, citons les cas de Merck et GlaxoSmithKline (Vachani et Smith, 2004), et celui de Novartis (Leisinger, 2005). Depuis plus d'une quinzaine d'années, Merck contribue à un programme de dons pour le traitement de l'onchocerciose (« *river blindness* »), dont profitent des millions de personnes dans les pays les plus pauvres. Merck s'est associée à plusieurs organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale, pour son programme de distribution. GlaxoSmithKline (GSK) donne d'importantes quantités de médicaments à la Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis, dont l'objectif est d'éliminer l'éléphantiasis parasitaire dont souffrent plus de 120 millions de personnes dans

83 pays. Novartis, quant à elle, a signé une entente avec l'Organisation mondiale de la santé selon laquelle elle s'engage, d'une part, à fournir gratuitement des médicaments contre la lèpre à tous les patients du monde jusqu'à ce que la maladie soit éliminée et, d'autre part, à offrir son médicament antipaludisme dans les pays en développement au prix coûtant.

Les programmes de philanthropie sont socialement utiles, mais demeurent très insuffisants par rapport à l'ampleur des besoins des marchés négligés. Ils entraînent certains coûts pour les entreprises participantes, mais ne remettent aucunement en cause le modèle d'affaires de l'industrie, qui reste fondé sur les profits accumulés à l'ombre des brevets exclusifs pour les médicaments destinés aux marchés riches (Otterson, 2005). C'est pourquoi ils font souvent l'objet d'acribes critiques de la part d'auteurs qui n'y voient avant tout qu'un élément stratégique de relations publiques. La philanthropie est parfois confondue dans les milieux d'affaires avec la RSE. Ce n'en est toutefois qu'un élément, nécessaire mais insuffisant.

4.3. SOLLICITUDE

La sollicitude est une attention active à l'amélioration du sort d'autrui en l'aidant à mieux se prendre en charge. Elle commence avec les employés. C'est le cas de Novartis qui, pour s'assurer que ses employés partout dans le monde reçoivent un salaire leur permettant d'avoir un niveau de vie acceptable, s'est associée à une ONG asiatique pour définir un niveau de base minimal dans chaque pays (Leisinger, 2003a, p. 12).

Au-delà des employés, la sollicitude s'étend aux autres parties prenantes. Pour une multinationale pharmaceutique, le nombre de ces dernières peut être impressionnant. Novartis par exemple estime être en contact direct avec environ 50 000 parties prenantes (*local suppliers and third parties*; Leisinger, 2003b, p. 125). Nous pourrions classer sous cette rubrique certains de ses programmes de recherche collaboratifs. L'entreprise a par exemple créé, en association avec d'autres, l'Institut Novartis pour les maladies tropicales (Novartis Institute for Tropical Diseases), qui est situé à Singapour. Cet institut fait de la recherche *pro bono* sur des « maladies des pauvres », telles que la dengue (forte grippe tropicale endémique potentiellement létale). Merck a quant à elle investi plusieurs dizaines de millions de dollars dans la recherche pour le traitement de l'onchocerciose, malgré l'absence de perspectives de marché.

Ces programmes sont exécutés en collaboration avec des chercheurs des pays pauvres. Ils permettent à ces derniers et à leur milieu de travailler sur des sujets qui les concernent directement, à un niveau qui autrement leur serait inaccessible. Ce qui les différencie de la simple philanthropie, c'est qu'ils favorisent une prise en charge du milieu par lui-même.

4.4. LIMITATION DES NUISANCES

La limitation des nuisances est une dimension de la RSE commune à toutes les industries. Toute entreprise doit, par exemple, réduire la pollution qu'elle crée ou assurer la sécurité de ses produits. Dans le cas de l'industrie pharmaceutique, la société attend toutefois beaucoup plus, car ses produits présentent des risques particuliers. La part d'inconnu de toute activité de recherche, par exemple quand elle est menée sur des animaux mais destinée aux humains, et la complexité des interactions (chimiques, physiologiques et autres) qui se produisent lors de l'usage de médicaments comportent une possibilité d'accidents pour la santé qui ne peut être ignorée.

La réglementation publique contribue fortement à répondre à cette quatrième attente sociale. Elle est souvent issue de crises passées. On se souvient du cas de la *Thalidomide* qui, dans les années 1960, avait causé de graves malformations chez les enfants dont les mères avaient consommé ce médicament pendant leur grossesse. Ce cas a conduit à des règlements préventifs et des mesures de risques plus poussés en amont de la mise en marché de nouveaux produits pharmaceutiques.

La réglementation ne suffit toutefois pas à éviter toutes les erreurs graves. La récente crise du *Vioxx* est là pour le prouver. Même dans les pays à forte réglementation, il incombe aux pharmaceutiques de prendre des mesures préventives respectant plus que la lettre de la loi. En outre, les nouvelles technologies de l'information peuvent remettre en cause l'efficacité des systèmes de contrôle existants. L'Internet est par exemple devenu le véhicule d'un trafic illicite de médicaments, qui échappe à plusieurs maillons de la longue chaîne de contrôle.

Il y a plus. On sait que le contrôle réglementaire opère sur une base nationale. Malheureusement, seulement 20 % des pays environ possèderaient actuellement «une réglementation pharmaceutique étendue et opérationnelle» (OMS, 2003, p. 1). Les pharmaceutiques ne sauraient donc se réfugier derrière les vides juridiques existants pour ignorer les effets secondaires pervers qui sont liés à l'utilisation ou la diffusion de leurs produits. Au nom de l'intérêt public, il leur revient donc de faire preuve de responsabilité pour limiter ces risques mal régis par les lois.

4.5. RÉCEPTIVITÉ SOCIALE

L'entreprise responsable doit aussi faire preuve de réceptivité sociale. Elle doit pouvoir s'adapter rapidement aux nouvelles législations, et aux autres exigences de changement sociétal dans son environnement immédiat ou international. Elle doit aussi s'équiper pour limiter les «risques évitables» qu'entraîne tout déphasage avec les attentes de ces environnements. Cela suppose une gestion attentive au contexte de l'industrie, et des systèmes de gestion adéquats pour

gérer l'interface entre ses unités internes et ses parties prenantes externes dans le respect de ces dernières (par exemple, des systèmes de « veille sociétale » ou *early warning systems*). L'entreprise doit également se pourvoir de systèmes de conseil ou de recours internes pour venir en aide à ses employés aux prises avec des défis de nature sociétale. Une telle entreprise dialogue en permanence avec son environnement.

L'une des formes que peut prendre cette gestion préventive est l'autoréglementation, c'est-à-dire la mise au point par une industrie de codes de bonnes pratiques prolongeant la portée des lois. Ce type de contrôle d'une industrie par elle-même peut être entièrement volontaire, mandaté par l'État, ou une combinaison des deux¹⁹. Dans l'industrie pharmaceutique, l'autoréglementation prend la forme de systèmes de normes, souvent appelés codes, qui régissent des pratiques tels les tests cliniques, la publicité, et d'autres champs (FIIM, 2000 ; Les compagnies..., 2004). Une entreprise sera socialement réceptive si non seulement elle respecte ces codes, mais encore si elle dispose des outils internes nécessaires pour les appliquer de façon crédible.

Dans les faits, réglementation publique et autoréglementation sectorielle entretiennent des liens étroits (Gupta et Lad, 1983). Il est donc difficile de les séparer l'une de l'autre. Dans les discours toutefois, les deux peuvent être présentées comme étant en opposition. On retrouve fréquemment l'ambiguïté de ce rapport dans les déclarations de l'industrie, comme en témoigne cette citation du président de la Fondation Novartis : « *In the interest of credibility, those who wish to avoid further overregulation of the economy and promote the revision of misguided legal developments must show themselves to be capable of ethically responsible conduct* » (Leisinger, 2003a, p. 19).

Comme il arrive souvent dans la prose des milieux d'affaires, le terme de réglementation est associé dans cette citation à celui de « surréglementation » (*overregulation*). La réceptivité sociale n'y est ainsi perçue que comme un antidote aux excès allégués des servitudes étatiques. Cette conception laisse de côté les éléments plus éthiques de l'autoréglementation : prévenir les risques pour autrui par principe plutôt que par crainte.

19. « *Industry self-regulation is defined here as "a regulatory process whereby an industry-level, as opposed to a governmental- or firm-level, organization (such as trade association or a professional society) sets and enforces rules and standards relating to the conduct of firms in the industry." This definition does not imply a complete substitution of industry self-control for control by the government* » (Gupta et Lad, 1983, p. 417).

4.6. RECTITUDE ÉTHIQUE

La rectitude éthique est ainsi une composante indispensable à la RSE. Les règles à suivre sont parfois sujettes à controverse, comme dans le cas des droits des animaux, ou dans celui de la recherche en génétique sur les cellules souches.

En termes de gestion, la rectitude éthique doit toutefois se situer dans un contexte plus fondamental que celui des quelques controverses qui font l'actualité. Certaines entreprises estiment en effet que le respect des lois et règlements, en particulier lorsqu'il est reconnu juridiquement par un tribunal, suffit à les décharger de leurs responsabilités. Nous avons évoqué plusieurs cas où cette position était difficilement défendable d'un point de vue moral, car les lois ne prévoient pas tout, et sont souvent ouvertes à des interprétations qui constituent le paravent classique derrière lequel s'abritent les défenses juridiques.

Dans l'industrie pharmaceutique, un dérapage non condamné par un tribunal n'en reste pas moins un dérapage inacceptable pour le public, qu'il s'agisse d'une pratique commerciale ou d'une prise de position. Nous l'avons vu dans les critiques d'ATTAC exposées en début d'article. Nous l'avons retrouvé dans le cas Nestlé, et dans le cas du sida. Dans ce dernier, les procès intentés par certaines multinationales étaient parfaitement admissibles sur un plan juridique. L'acharnement qu'ils démontraient a toutefois été reçu comme particulièrement antisocial par les opposants. Dans chaque cas, les critiques se sont offusquées de ce que certains principes de vie en commun reconnus communément comme supérieurs semblaient avoir été bafoués. Dans chaque cas, ils ont réussi à ébranler l'industrie, qui a dû faire des concessions majeures.

Des garde-fous existent. Ce sont les codes d'éthique. On peut citer l'exemple du célèbre *Credo* de Johnson et Johnson, qui remonte aux années 1940²⁰. Ce code est réputé être l'inspiration permanente d'une culture responsable à l'intérieur de la compagnie. Il aurait même servi comme critère décisif sur la stratégie à utiliser pour gérer la crise du *Tylenol* en 1982. On se rappelle que quelques flacons empoisonnés de cet analgésique avaient été découverts à Chicago. Devant cet acte criminel, dans lequel elle n'avait aucune responsabilité, l'entreprise choisit le parti de la protection du public. Elle décida sur-le-champ de rappeler tous ses flacons et de les détruire plutôt que de se retrancher derrière des arguments

20. La charte de principes éthiques de Johnson et Johnson, que la compagnie appelle son *Credo*, fut rédigée par son fondateur dans les années 1940. Ce document est très court (moins d'une page). Il affirme les responsabilités sociales de l'entreprise envers quatre groupes de parties prenantes, mentionnées dans l'ordre suivant : clients et consommateurs, employés, milieu social (*community*) et, finalement, actionnaires. Sa première phrase est célèbre et abondamment citée dans les cours d'éthique des affaires : « *We believe our first responsibility is to the doctors, nurses and patients, to mothers and fathers and all others who use our products and services.* »

juridiques. L'opération lui coûta plus de 100 millions de dollars. Si l'on en croit l'abondante littérature sur cet exemple, tout porte à croire que les principes éthiques l'emportèrent sur les calculs strictement utilitaristes (Godard *et al.*, 2002).

Faute d'un regard éthique, de nouveaux dérapages pourraient se produire dans l'avenir. Ainsi, en 1997, le gouvernement des États-Unis autorisait, sous certaines conditions, la publicité directe dans l'industrie pharmaceutique. En 2003, il en résulta un accroissement général de la publicité (3,5 milliards de dollars en 2003), dont les effets se font sentir jusqu'au Canada (Morgan, 2005). L'industrie s'est dotée de codes de conduite pour encadrer ces nouvelles pratiques, mais sans vraiment convaincre ses critiques.

Une donnée qui semble choquer les observateurs actuels est celle des dépenses consacrées à la promotion des médicaments (21 milliards de dollars aux États-Unis en 2002). Le montant en est plusieurs fois supérieur à celui des budgets publics accordés à la diffusion d'information médicale vérifiée. Il finance aussi certaines pratiques très controversées destinées aux médecins prescripteurs, comme les visites des représentants médicaux et certains événements promotionnels (Norris *et al.*, 2005). Au Canada, la dénonciation de ces pratiques dans des reportages-chocs a mené à des changements réglementaires et à l'élaboration de nouvelles normes par l'industrie.

4.7. REDDITION DE COMPTES

D'autres formes d'autoréglementation rejoignent une attente qui a émergé récemment et qui prend de plus en plus d'ampleur, celle de la reddition de comptes en matière de RSE (la septième attente dans la liste de notre modèle). L'entreprise responsable est aussi transparente. Elle fait connaître l'incidence de ses activités sur la société, même lorsqu'il pose problème. De nombreuses entreprises pharmaceutiques publient ainsi des rapports dits de «développement durable», de «responsabilité sociale» ou de «citoyenneté corporative». Dans ces rapports publics, les entreprises rendent compte non seulement de leur performance économique, mais aussi de leur performance sociale et de leur performance environnementale. C'est ce qu'on appelle le «Triple Bilan». Novartis en fait partie :

With its long-standing commitment to the «triple-bottom-line» thinking – to combine good business results with a good social and environmental performance – there has never been any essential obstacles to Novartis identifying with the objectives of the UN Global Compact (Leisinger, 2003a, p. 6).

Dans une étude de rapports de responsabilité sociale publiés par des entreprises canadiennes, Caron et Turcotte (2006) constatent toutefois une grande variation dans l'usage des guides et indicateurs de performance recommandés par

la Global Reporting Initiative (GRI)²¹, l'un des systèmes les plus suivis dans le monde à cet égard. L'étude relève aussi que ces rapports mélangent les données sur les programmes menés sur une base volontaire à celles sur le respect de la réglementation. On peut donc poser l'hypothèse que la situation serait similaire, voire amplifiée, dans le cas des entreprises pharmaceutiques, compte tenu de l'importance des réglementations qui régissent l'industrie.

4.8. PARTICIPATION CITOYENNE

La participation citoyenne consiste à rechercher les moyens de promouvoir le bien commun par une action conjointe avec les parties prenantes qualifiées. Un exemple de but à atteindre est le Pacte global, lancé en 1999 par les Nations Unies. Il s'agit d'une charte de 10 principes destinés à domestiquer la mondialisation, c'est-à-dire à en endiguer les effets négatifs sur les populations et à en renforcer les effets positifs. Ces principes sont réputés universels, car ils sont tirés de quatre chartes fondamentales toutes adoptées à des époques diverses par l'ensemble des membres de l'ONU²². Ils sont destinés à orienter l'action des multinationales dans un monde où il n'existe pas d'autorité centrale susceptible de les réglementer. Leur application se fait toutefois sur une base strictement volontaire. Les entreprises participantes s'engagent seulement à publier régulièrement les résultats de leur engagement. Novartis a donné le ton. C'est l'une des premières pharmaceutiques mondiales à adhérer dès l'an 2000 au Pacte. Utopie pour certains, horizon d'action pour d'autres, il n'en reste pas moins que les multinationales ont avec le Pacte un agenda simple et clair de ce que la communauté internationale attend d'elles.

On peut évoquer des exemples plus concrets de participation citoyenne, même si dans certains cas elle a dû être arrachée aux entreprises. Ainsi, les grandes pharmaceutiques s'opposent toujours aux licences obligatoires pour les pays pauvres. C'est le cas de GSK, qui détient 40 % du marché des médicaments contre le sida. Récemment toutefois, plusieurs d'entre elles ont accepté d'appliquer des politiques dites de « prix différentiels ». Malgré leur farouche opposition initiale, elles offrent maintenant leurs médicaments à des prix qui tiennent compte du pouvoir d'achat dans les pays pauvres. C'est aussi le cas de GSK, qui fait valoir

21. Le GRI (Global Reporting Initiative) est une institution privée mais liée aux Nations Unies, formée de représentants de divers domaines d'activités (entreprises, ONG, professionnels), dont la mission est de « développer et disséminer mondialement » des lignes directrices et indicateurs de mesure sur les trois composantes du « Triple Bilan » (économique, social, environnemental). Son utilisation est volontaire.

22. Dans ces dix principes, deux portent sur les droits humains, trois sur la protection de l'environnement, quatre sur les droits du travail et le dernier, qui a été ajouté en 2005, sur la lutte contre la corruption.

son implication dans de nombreux programmes de cette nature²³. Toutefois, seule Pharmacia, dont le président a exprimé publiquement une sensibilité particulière à la crise du sida²⁴, a concédé de manière volontaire son brevet à des producteurs de génériques dans les pays du Sud (Dawkins, 2005).

Quelles que soient les motivations sous-jacentes à ces stratégies, elles sont considérées comme allant dans le sens d'une plus grande responsabilité sociale des pharmaceutiques plutôt que l'inverse.

CONCLUSION

Nous l'avons amplement démontré, l'industrie pharmaceutique est profondément ancrée au cœur de nos sociétés, et quand elle ne l'est pas, comme dans bien des pays pauvres, ces sociétés vivent mal. C'est pourquoi les critiques ne manquent pas de pleuvoir sur cette industrie, tant pour ce qu'elle fait que pour ce qu'elle ne fait pas, ou ce qu'elle pourrait faire.

Il faudrait toutefois éviter de lui jeter trop facilement la pierre pour tout ce qu'on lui reproche. L'industrie est écartelée entre une mission qui touche aux fondements de la nature humaine et une pratique qui est celle que lui impose le développement capitaliste. D'une part, la société compte sur elle pour soulager la douleur, maintenir la santé, faire reculer la mort et, demain peut-être, pour améliorer la race humaine. D'autre part, elle doit faire des profits, et donc les chercher là où ils se trouvent.

Ce statut spécial lui confère des responsabilités particulières. On ne demande pas à l'industrie forestière ni à l'industrie automobile de sauver des vies, pas plus qu'à l'industrie de l'assurance, qui, par définition, arrive toujours trop tard. On leur demande tout simplement de contribuer au bonheur des gens en comblant certains de leurs besoins matériels, dans le respect de quelques règles reconnues comme utiles et nécessaires. Personne ne questionne trop ces industries

23. GSK est toujours opposée au principe des licences obligatoires. Elle pratique toutefois deux politiques d'accès : les programmes volontaires de « prix préférentiels », où le prix de ses médicaments est négocié avec les secteurs publics ou ONG à l'œuvre dans les pays pauvres ; les programmes de « licence volontaire », dans lesquels elle accorde à des fabricants locaux le droit de fabriquer certains de ses médicaments sous la forme de génériques. Ses médicaments à prix réduits contre le sida et la malaria seraient disponibles dans plus de 100 pays. Dans le cas du sida, elle affirme que le prix de son médicament vedette (Combivir) est vendu au prix moyen des génériques comparables. Elle reconnaît toutefois que ces programmes, bien qu'en nombre croissant, sont loin de répondre aux besoins (GSK, 2005).

24. Selon Dawkins (2005), le président de Pharmacia considérerait la crise du sida aussi inacceptable que l'Holocauste.

sur la nature et la qualité du bonheur qu'elles permettent d'atteindre. Les critiques à ce niveau visent plutôt les consommateurs, et les impasses de la « société de consommation ».

Il en va tout autrement pour l'industrie pharmaceutique. Pour faire face aux grandes questions métaphysiques de la condition humaine, la vie, la mort, la souffrance, quelle approche devrait-on adopter ? On sait que « la vie n'a pas de prix », mais à quel prix ? Ce n'est pas à l'industrie pharmaceutique de répondre à ces questions. Elle n'a pas été conçue pour cela, elle n'est pas gouvernée à partir de ces questionnements. Le cas des licences obligatoires en est une illustration. L'irruption de la mondialisation a détourné l'attention vers de nouvelles souffrances. Nous découvrons que l'industrie pharmaceutique, qui a toujours été mondiale, n'est pas seulement « nôtre », celle des pays développés, mais qu'elle est aussi celle des oubliés du développement. Les reproches nouveaux que nous lui adressons ne sont pas dus à des fautes nouvelles qu'elle aurait commises, mais à un glissement de perspective sur son rôle dans la société, la société mondiale cette fois. Nous avons laissé l'industrie pharmaceutique s'enfermer dans un modèle d'affaires centré sur le marché tout en prétendant qu'elle servait avant tout une fonction sociale.

Il ne s'agit pas de disculper l'industrie de toute faute. La littérature critique est abondante et souvent convaincante à ce sujet. L'industrie pharmaceutique, malgré son discours parfois édifiant, n'a pas toujours fait preuve des plus hauts standards de responsabilité sociale. C'est pourquoi elle est si étroitement réglementée. C'est aussi pourquoi il lui est demandé d'accorder plus d'attention à ses responsabilités.

Nous ne saurions toutefois dissocier son destin de ce que nous attendons d'elle, et de nos propres responsabilités comme citoyens. Si nous désirons que l'industrie pharmaceutique élargisse sa mission, il faut définir pour elle un nouveau mode de gouvernance. Les sociétés d'après-guerre qui ont institué la sécurité sociale et l'accès au médicament pour tous n'ont pas attendu que l'industrie en prenne l'initiative. Elles ont tout simplement déterminé un cadre d'opération nouveau pour elle, lui imposant de nouvelles obligations sociales, tout en garantissant la survie de son modèle économique fondamental. Rien n'interdit aujourd'hui que de tels changements structurels soient négociés plutôt qu'imposés. Ce débat reste à faire.

Si nous nous plaignons que les programmes de recherche que poursuit l'industrie visent avant tout la découverte de remèdes rentables, il nous faut toutefois reconnaître qu'ils sont largement orientés par les problèmes de santé modernes, dont beaucoup sont causés par les négligences de notre mode de vie. Quant au scandale des conditions sanitaires dans les pays du tiers-monde, il est bien plus lié aux carences institutionnelles locales, et à celles des organismes internationaux et des États qui les contrôlent, qu'à l'utilitarisme de l'industrie pharmaceutique.

Ainsi, la responsabilité civique de chacun, les politiques étatiques de santé, les négociations internationales, le débat démocratique sur les questions éthiques, de même que les stratégies de l'industrie, forment-ils un ensemble complexe dans lequel, selon le beau titre d'un livre récent sur la RSE, nous sommes «tous responsables» (Igalens, 2004).

BIBLIOGRAPHIE

- Barnard, D. (2002). «In the High Court of South Africa, Case No. 4138/98: The Global Politics of Access to Low-Cost AIDS Drugs in Poor Countries», *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 12, n° 2, p. 159-174.
- Bowen, H.R. (1953). *Social Responsibilities of the Businessman*, New York, Harper & Row.
- Caron, M.A. et M.F. Turcotte (2006). «La métaphore de la mesure: étude du potentiel régulateur des pratiques de divulgation en matière de développement durable», dans R. Huet (dir.), *Responsabilité sociale: vers une nouvelle communication des entreprises?*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Carroll, A.B. (1979). «A Three-dimensional Conceptual Model of Corporate Performance», *Academy of Management Review*, vol. 4, n° 4, p. 497-505.
- Dawkins, C.E. (2005). «First to Market: Issue Management Pacesetters and the Pharmaceutical Industry to AIDS in Africa», *Business et Society*, vol. 44, n° 3, p. 244-282.
- De Bellefeuille, S. et M.-F. Turcotte (2005). «Le code de conduite Gildan, Inc.: chronique d'une firme du textile aux prises avec les nouveaux mouvements socioéconomiques», dans M.-F. Turcotte et A. Salmon (dir.), *La responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 27-46.
- Donaldson, T. (1983). «Constructing a Social Contract for Business», dans T. Donaldson et P.H. Werhane (dir.), *Ethical Issues in Business: A Philosophical Approach*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, p. 153-166.
- FIIM – Fédération internationale de l'industrie du médicament/International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations [IFPMA] (2000). *Code FIIM des pratiques de commercialisation des produits pharmaceutiques*, (édition révisée), 30 pages, <www.ifpma.org/site_docs/News/Code_French_2000.pdf>, consulté le 2 juin 2006.
- Gendron, C. (2000). «Enjeux sociaux et représentations de l'entreprise», *La Revue du MAUSS*, n° 15, p. 320-325.
- Godard, O., C. Henry, P. Lagadec et E. Michel-Kerjan (2002). «Johnson et Johnson et la contamination criminelle du Tylenol», dans *Traité des nouveaux risques: précaution, crise, assurance*, Paris, Gallimard, coll. «Folio 100», p. 295-305.
- Gond, J.-P. et A. Mullenbach-Servayre (2003). «Les fondements théoriques de la responsabilité sociétale de l'entreprise», *Revue des sciences de la gestion*, n° 205, p. 93-116.
- González García, G. et F. Tobar (1997). *Más salud por el mismo dinero*, Buenos Aires, Isalud.
- Gouvernement du Québec, Direction des industries de la santé (2003). *La filière industrielle du médicament au Québec: Portrait industriel*, Montréal, la Direction, 105 p.

- Granovetter, M. (1985). «Economic Action and Social Structure : The Problem of Embeddedness», *American Journal of Sociology*, vol. 91 n° 3, p. 481-510.
- Granovetter, M. (1993). «The Nature of Economic Relationships», dans R. Swedberg (dir.), *Explorations in Economic Sociology*, New York, Russell Sage Foundation, p. 3-41.
- GSK (GlaxoSmithKline) (2005). *Corporate Responsibility Report*, <www.gsk.com/responsibility/cr_report_2005/downloads/CR-Report-2005.pdf>, consulté le 2 juin 2006.
- Gupta, A.K. et L.J. Lad (1983). «Industry Self-Regulation : An Economic, Organizational, and Political Analysis», *Academy of Management Review*, vol. 8, n° 3, p. 416-425.
- Igalens, J. (dir.). (2004). *Tous responsables*, Paris, Éditions d'Organisation.
- Jommi, C. (2001). *Pharmaceutical Policy and Organization of the Regulatory Authorities in the Main EU Countries*, Milan, EGEA.
- Jones, M.C. (2003). «Pharma Giants out of Favor», *Brand Strategy*, juillet, p. 23.
- Jones, T.M. (1980). «Corporate Social Responsibility Revisited, Redefined», *Academy of Management Review*, vol. 24, n° 2, p. 59-67.
- Kunt, A., C. Gale, G. Taucher et M.R. Pearce (1981). «Nestlé and the Infant Food Controversy», *Western Business School Case*, n° 9-81-A005, 34 p.
- Leisinger, K.M. (2003a). «Towards Globalization with a Human Face : Implementation of the UN Global Compact Initiative at Novartis», <foundation.novartis.com/en/publications/corporate_ethics/business_ethics_globalization/novartis_un_global_compact_globalization_print.htm>, consulté le 2 juin et le 12 octobre 2006. Publication originale dans *Parallax, the Journal of Ethics and Globalization*, 22 p., site disparu en juin 2006.
- Leisinger, K.M. (2003b). «Opportunities and Risks of the United Nations Global Compact : The Novartis Case Study», *Journal of Corporate Citizenship*, vol. 11 (automne), p. 113-131.
- Leisinger, K.M. (2005). «The Corporate Social Responsibility of the Pharmaceutical Industry : Idealism Without Illusion and Realism Without Resignation», *Business Ethics Quarterly*, vol. 15, n° 4, p. 577-594.
- Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (2004). *Code de pratiques de commercialisation*, 16 p., <www.canadapharma.org> et <www.caro-acro.ca/caro/spoon/Code_f.pdf>, consulté le 2 juin 2006.
- Liu, D., J. Lim et D.P. Baron (2003). «GlaxoSmithKline and AIDS Drugs Policy», *Stanford Graduate School of Business*, Case P-39, 14 p.
- Morgan, S. (2005). «Canadian Prescription Drugs Sales Surpass \$18 Billion», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 72, n° 10, p. 1323-1324.
- Motchane, J.-L. (2002). «Quand l'OMS épouse la cause des firmes pharmaceutiques», *Le Monde diplomatique*, juillet, <www.monde-diplomatique.fr/2002/07/MOTCHANE/16708>, consulté le 2 juin 2006.
- Norris, P., A. Herxheimer, J. Lexchin, et P. Mansfield (2005). *Drug Promotion – What We Know, What We Have Yet to Learn – Reviews of Materials in the WHO/HAI Database on Drug Promotion*, World Health Organization and Health Action International, 102 p.
- Ogus, Anthony I. (1994). «Public Interest Grounds for Regulation», dans Anthony I. Ogus, *Regulation, Legal Form and Economic Theory*, Oxford, Clarendon Press, p. 29-54.

- Organisation mondiale de la santé – OMS (2003). «Une réglementation pharmaceutique efficace : assurer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments», *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*, 6 p.
- Orwell, G. (1982). 1984, Paris, Gallimard. Original anglais publié en 1948.
- Outtersson, K. (2005). «Fair Followers: Expanding Access to Generic Pharmaceuticals for Low Income Populations», Document de travail, 8 novembre, <www.who.int/entity/intellectualproperty/submissions/KevinOuttersson3February.pdf>, consulté le 1^{er} mai 2006.
- Pasquero, J. (2002). «Les défis de la gestion responsable», dans M. Kalika (dir.), *Les défis du management*, Paris, Éd. Liaisons, coll. «Entreprises et carrières», p. 31-48.
- Pasquero, J. (2003). «L'environnement sociopolitique de l'entreprise», dans M.G. Bédard et R. Miller (dir.), *La direction des entreprises: concepts et applications* (2^e éd.), Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, p. 171-214.
- Pasquero, J. (2004). «De l'éthique du marché à l'éthique de la responsabilité : les nouvelles formes de responsabilité sociale de l'entreprise», dans D.G. Tremblay et D. Rolland (dir.), *Responsabilité sociale d'entreprise et finance responsable : quels enjeux ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 35-62.
- Pasquero, J. (2005a). «La responsabilité sociale de l'entreprise comme objet des sciences de la gestion : un regard historique», dans M.-F. Turcotte et A. Salmon (dir.), *La responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 80-111.
- Pasquero, J. (2005b). «La responsabilité sociale de l'entreprise comme objet des sciences de gestion : le concept et sa portée», dans M.-F. Turcotte et A. Salmon (dir.), *Responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 112-143.
- Rajinchapel-Messaï, J. (2000). «La traçabilité du médicament : de multiples étapes», *Pharmaceutiques*, n° 80, p. 73-77.
- Reed, D. (1999). «The Realms of Corporate Responsibility : Distinguishing Legitimacy, Morality and Ethics», *Business Ethics Quarterly*, vol. 21, n° 1, p. 23-36.
- Salmon, A. (2005). «L'éthique économique comme objet sociologique», dans M.-F. Turcotte et A. Salmon (dir.), *La responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 201-212.
- Salomon, J.-C. (2003). *Le complexe médico-industriel*, Paris, ATTAC et Éditions Mille-et-une-nuits/Fayard, coll. «Les petits livres», n° 49.
- Sethi, P.S. (1994). *Multinational Corporations and the Impact of Public Advocacy on Corporate Strategy: Nestle and the Infant Formula Controversy*, Boston, Kluwer Academic Publishers.
- Turcotte, M.-F. (2005). «Conclusion : responsabilité sociale d'entreprise et gouvernance», dans M.-F. Turcotte et A. Salmon (dir.), *La responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 214-221.
- Vachani, S. et N.C. Smith (2004). «Socially Responsible Pricing : Lessons from the Pricing of AIDS Drugs in Developing Countries», *California Management Review*, vol. 47, n° 1, p. 117-144.
- WHO – World Health Organization (2003). «Fourth report of Committee A», Draft A56/66, 28 (56th World Health Assembly), mai 2003.

MÉDIATISATION DE LA RECHERCHE CLINIQUE SUR LES MÉDICAMENTS

L'influence sur les décideurs du réseau de la santé

Danielle MAISONNEUVE

Philippe TREMBLAY

Jacinthe DOUESNARD

Le lien entre la communication et les médicaments est difficile à circonscrire puisque les variables en présence sont aussi nombreuses que complexes. En effet, comment isoler le facteur « information médiatisée » de l'ensemble de l'environnement communicationnel (familial, social, politique, culturel et économique) qui alimente le flux communicationnel dans notre société surmédiatisée ? Pour tenter de cerner l'influence des communications médiatisées et des relations publiques sur les décideurs dans le réseau de la santé au sujet des médicaments, il faut aussi tenir compte de la communication sur les lieux de la pharmacie entre les représentants de l'industrie pharmaceutique, le personnel et la population. En considérant la documentation scientifique sur ce sujet, nous avons retenu un cadre d'analyse portant sur l'influence des divers moyens de communication sur la prise de décision reliée aux médicaments. Nous avons ensuite réalisé deux recherches

pour approfondir notre compréhension du phénomène communicationnel portant sur les médicaments afin de répondre aux questions suivantes : quelle incidence la médiatisation des recherches sur les médicaments a-t-elle sur les décideurs du réseau de la santé au Québec ? Comment s'effectuent les flux d'information sur les médicaments dans les pharmacies ? L'hypothèse avancée est que les médias représentent un réseau d'influence sous-estimé dans le processus d'information sur les médicaments et qu'il se développe dans les pharmacies un flux d'information qui influe sur les décisions prises à la fois par les gestionnaires du réseau de la santé et par la population.

1. CADRE THÉORIQUE : QUELQUES POINTS DE REPÈRE

En premier lieu, que savons-nous de l'incidence de l'information médiatisée sur les décideurs du réseau de la santé au regard de la médication ? Pour répondre à cette question, il faut d'abord considérer l'influence des communications et des médias au sens large. Ainsi, les travaux de Grunig et Hunt (1984) ont démontré, par la théorie situationnelle, qu'une information médiatisée influence surtout les personnes déjà à la recherche d'information sur un sujet, formant des publics actifs. Ces derniers sont alors directement concernés par l'information et seraient donc potentiellement plus influencés par les médias que les publics passifs, non conscients des problématiques ou non directement concernés par les enjeux portant sur la médication. Ainsi, parce qu'ils forment un public actif, à la recherche d'information sur les médicaments, les décideurs du réseau de la santé seraient dans une situation d'ouverture à l'information médiatisée. Il y a donc possibilité d'influence sur leur processus de décision au regard des médicaments.

Heath, un chercheur américain (1994), propose quant à lui la théorie de la réduction de l'incertitude, selon laquelle le public en général et, dans le cas présent, les patients et les décideurs du réseau de la santé cherchent de l'information sur les sujets qui les préoccupent, notamment en vue de faciliter la prise de décision. L'information médiatisée sur les médicaments contribuerait ainsi à réduire l'ambivalence ou l'incertitude face aux choix à effectuer lors d'une prise de décision.

Avec la théorie de la dissonance cognitive, Festinger (1968) précise que l'on subit davantage l'influence des médias lorsqu'ils diffusent des informations qui cadrent avec nos prises de position et nos actions. On choisirait de « s'exposer » aux informations médiatisées qui sont en accord avec nos opinions initiales, pour ainsi éviter de se trouver en situation de dissonance cognitive. Ainsi, l'individu lira davantage les articles qui le confortent dans ses idées et sera peu influencé par les informations en contradiction avec sa posture intellectuelle au sens large. Or les décideurs du réseau de la santé ayant majoritairement reçu une formation scientifique et cartésienne, on peut avancer l'hypothèse qu'ils s'intéresseraient aux résultats des recherches scientifiques sur les médicaments, surtout ceux qui

sont publiés dans les médias scientifiques. En ce sens, ils forment un public potentiellement influençable par la médiatisation des résultats de telles recherches sur les médicaments.

Quant à Thayer (1968), il a développé une théorie de la communication selon le paradigme de la réception active, précisant le mode d'élaboration des messages comme une construction séquentielle, dans l'esprit du récepteur, selon sa capacité-à-prendre-en-compte et sa disponibilité-à-prendre-en-compte l'information qui lui est transmise.

À la lumière des études menées par ces quatre chercheurs (Grunig, Heath, Festinger et Thayer), nous émettons l'hypothèse que les décideurs dans le réseau de la santé peuvent subir l'influence des informations diffusées sur les médicaments lorsqu'elles servent à médiatiser les résultats de la recherche médicale parce que :

- les décideurs sont déjà à la recherche de ce type d'information (théorie situationnelle) ;
- qu'ils ont besoin de ces informations pour prendre des décisions, les revues scientifiques jouant le rôle de formation continue et de mise à jour des connaissances (théorie de la réduction de l'incertitude) ;
- qu'ils croient dans une approche scientifique des soins de santé (théorie de la dissonance cognitive) ;
- et qu'ils ont la capacité et la disponibilité à prendre en compte l'information sur les médicaments (théorie de la réception active).

Cependant, le degré exact d'influence de la communication portant sur les médicaments est bien difficile à déterminer, compte tenu des effets croisés du système communicationnel global, comme le démontre Thayer (1968). Cependant, McCombs (1977) affirme que les médias influencent la définition de l'« agenda » public et modulent les sujets de préoccupation de la population, par la mise à l'ordre du jour de certains thèmes : *« It might not tell people "what to think" but it could tell them "what to think about" »* (Grunig et Hunt, 1984, p. 234). L'effet de la mise à l'agenda (McCombs, 1977) détermine les sujets dont on discutera publiquement et qui préoccuperont les instances décisionnelles, politiques ou professionnelles. Les médias (ainsi que les communicateurs et les relationnistes qui les alimentent) contribueraient par la diffusion d'information à définir les « maladies et les médicaments à la mode », à positionner les vecteurs d'espoir pour les patients en attente de médicaments¹ et à circonscrire les champs de

1. Qu'on se rappelle l'influence de la campagne de relations publiques menée par Edward Bernays au sujet des MTS, sujet absolument banni du discours public au début du siècle, aux États-Unis. L'influence exercée par les stratégies de relations publiques de Bernays a permis d'amener le sujet tabou des MTS à l'agenda public, permettant par la suite de développer une conscience sociale et individuelle à propos des MTS, de faire plus de recherches pour le développement de la médication et la prévention. Pour plus de détails, se référer à Stuart Ewen, 1996, p. 159 à 162.

recherche « médiatisables » pour le développement de nouveaux médicaments. Cette mise à l'agenda médiatique se traduit souvent par plus de subventions possibles pour les chercheurs qui consacrent leurs travaux à certaines maladies et médicaments dont il est fortement question dans les médias et l'espace public.

Par contre, la mise à l'agenda des médias (McCombs, 1977), comme processus d'influence auprès des décideurs, peut avoir des effets pervers, comme le démontre une étude récente de Moynihan *et al.* (2000). Selon cette étude, les diffuseurs d'information (relationnistes et communicateurs institutionnels) ne donneraient pas toute l'information pertinente sur les médicaments. Ces chercheurs démontrent que les médias ne fournissent pas l'information scientifique complète qui devrait être divulguée sur les médicaments. Ainsi, les effets secondaires des nouveaux médicaments sont rarement mentionnés dans les communiqués de presse émis par les fabricants. Habituellement, les journalistes qui reçoivent ces communiqués ne poussent pas plus loin leur enquête, faute de temps ou de compétence appropriée. Ils diffusent souvent telles quelles des informations qui peuvent induire en erreur le public et les décideurs du réseau de la santé.

Toujours selon la recherche de Moynihan *et al.* (2000), le lien étroit entre les chercheurs et les compagnies pharmaceutiques (souvent commanditaires de leurs travaux) fait en sorte que le ton des communiqués de presse est la plupart du temps résolument optimiste. L'objectif sous-jacent en est un de promotion des ventes et un souci de la cote en Bourse des actions de l'entreprise, plutôt que la diffusion d'une information rigoureuse sur les médicaments. Nous sommes donc en présence d'un système d'information où l'on retrouve, d'une part, le communicateur ou le relationniste du fabricant qui met en évidence une information favorable à l'entreprise pharmaceutique et, d'autre part, les médias qui veulent être les premiers à publier la nouvelle d'une découverte miracle ou d'un médicament très attendu. Ce système de double dépendance envers l'augmentation des parts de marché (recherchées à la fois par l'entreprise pharmaceutique et les médias) crée un contexte favorable à la diffusion d'informations peu rigoureuses, biaisées par les intérêts commerciaux des acteurs en présence. Cette situation peut avoir une influence préjudiciable à la prise de décision dans le réseau de la santé.

Des conclusions similaires ont été publiées par Cassels *et al.* (2003) dont l'étude visait à examiner la couverture journalistique de cinq nouveaux médicaments ayant reçu une grande attention médiatique. Les descriptions des bénéfices et des torts associés à ces médicaments ont été analysées. Les articles sélectionnés parmi des quotidiens canadiens à grand tirage devaient présenter au moins un bénéfice ou un tort pour être considérés dans l'analyse. Parmi les 193 articles obtenus, tous présentaient au moins un bénéfice, mais 68 % ne présentaient aucun tort ou effet secondaire du médicament en question. Dans l'ensemble, les bénéfices étaient mentionnés cinq fois plus souvent que les effets nuisibles. De plus, seulement 24 % des articles comportaient une information quantifiée permettant de

mieux apprécier la probabilité et l'intensité des bénéfices ou des risques mentionnés. Par ailleurs, les articles rapportaient habituellement des citations de patients, chercheurs et cliniciens satisfaits, mais mentionnaient rarement si ces personnes avaient quelques liens financiers avec les fabricants. De plus, les informations sur les contre-indications, les coûts et les solutions alternatives thérapeutiques étaient souvent absentes.

Une étude récente menée par Klotz et Ceccoli (2005) corrobore ces données au sujet de la couverture médiatique des nouveaux médicaments. Tous les 41 médicaments approuvés en 2001 et 2002 par la FDA (Food and Drug Administration), principal organisme de régulation des aliments et drogues aux États-Unis, ont été retracés dans quatre des plus importants quotidiens de ce pays et sur Internet. De ces 41 nouveaux médicaments, 25 recevaient une quelconque couverture journalistique. Alors que la plupart des articles mentionnaient le problème de santé relié au médicament, moins de la moitié donnaient d'autres détails sur son efficacité. Comparativement aux publications de la FDA sur ces nouveaux médicaments, qui incluent tous des informations sur les effets secondaires, ces effets étaient cités dans seulement 28 % des articles de presse repérés.

En ce qui concerne Internet, une diversité de sources était représentée dans l'étude de Klotz et Ceccoli (2005). Les sites des compagnies pharmaceutiques ne dominaient pas les résultats obtenus. Des 10 premiers sites obtenus par les moteurs de recherche, 26 % étaient reliés aux fabricants, 19 % aux éditeurs d'ouvrages médicaux et 14 % aux organismes gouvernementaux telle la FDA. Les autres sources fréquentes faisaient référence à des agents de santé², des associations, des journalistes, des avocats ou des médecins célèbres. Ainsi, il semblerait qu'Internet puisse présenter une plus grande variété d'informations que la presse journalistique.

D'après l'ensemble de ces résultats, il appert que les nouvelles médiatiques, ou du moins celles transmises par les journaux à grand tirage, sont plutôt favorables envers les compagnies pharmaceutiques. Les informations qu'elles contiennent semblent davantage de type promotionnel et souscriraient ainsi plus justement au vocable «*direct-to-consumer advertising*» (DTCA) qu'à celui de «nouvelles». Or la DTCA étant très présente dans les informations largement médiatisées sur les médicaments, il est essentiel de s'interroger sur la nature de son influence auprès des décideurs du réseau de la santé. Si l'on se fie à l'opinion des médecins, cette source d'information est loin d'être la plus fiable. D'après une étude publiée récemment par Paul *et al.* (2002), la plupart des médecins ont une perception très négative de la DTCA et expriment leur opposition envers elle.

2. La traduction «agents de santé» renvoie à l'expression en langue anglaise «*health providers*» dans le texte de référence : les auteurs ne donnent pas l'explication de ce terme.

Ils se préoccupent particulièrement de l'exagération au sujet de l'efficacité et des bénéfices prétendus et de l'information inadéquate concernant les risques. Pas étonnant que les médecins préfèrent se renseigner dans les livres et les journaux médicaux ainsi que dans les congrès plutôt qu'à l'aide de la DTCA (Spiller et Wymer, 2001).

L'incidence de ces carences et défauts informationnels de la DTCA sur les attitudes du public envers les médicaments a été récemment étudiée expérimentalement auprès d'étudiantes universitaires. Dans un article publié par Frankenberger *et al.* (2004), il est possible de constater que les perceptions d'étudiantes ayant lu des publicités pharmaceutiques sur la dépression et ses traitements différaient en plusieurs points de celles d'étudiantes ayant lu une information scientifique. En plus d'être près de sept fois plus nombreuses à rapporter des symptômes dépressifs, ces premières étudiantes étaient significativement plus portées à croire en la nécessité des antidépresseurs en réponse à la dépression et à en suggérer leur usage. Ces résultats sont similaires à ceux déjà obtenus auprès d'étudiants universitaires concernant le déficit de l'attention et l'hyperactivité. Dans cette étude menée par Borgschatz *et al.* (1999), les étudiants exposés à de l'information populaire évaluaient l'efficacité et la sécurité des médicaments stimulants plus favorablement que les étudiants exposés à de l'information scientifique, plus complète et neutre.

Cependant, la perception plus favorable des médicaments ne semble pas la seule influence potentielle de l'information médiatisée par la DTCA. Les stéréotypes véhiculés par ce type de sources ont été de nombreuses fois mis en évidence dans la littérature. Plusieurs auteurs (Munce *et al.*, 2004; Hansen et Osborn, 1995; Krupka et Vener, 1992) ont observé que les femmes et les personnes âgées sont surreprésentées dans la DTCA portant sur les médicaments. Ces informations sont d'ailleurs présentées de manière à renforcer les stéréotypes à l'égard des femmes et des personnes âgées. Par ailleurs, d'autres sources (Nikely, 1995; Kleimnan et Cohen, 1991; Goldman et Montagne, 1986) critiquent l'image de la maladie mentale véhiculée par la DTCA, consistant à ignorer ses dimensions sociales et situationnelles au profit d'une conception biologique qui justifie sa médicalisation. Par cette décontextualisation de la maladie mentale, pour servir des intérêts économiques, la DTCA découragerait ainsi le débat sur les options thérapeutiques.

Dans la foulée de ces recherches sur les communications et les médicaments, pour en étudier la spécificité au Québec, nous avons mené une recherche afin de cerner les caractéristiques d'une potentielle influence des médias auprès des décideurs de la santé et une autre étude sur les flux d'information en pharmacie. Pour la première recherche, nous avons eu recours à la modélisation de la chaîne des effets de l'information, surnommée par Grunig et Hunt (1984, p. 124) l'«effet domino». Selon ces auteurs, une information diffusée dans les médias

ne fait pas automatiquement tomber tous les dominos de la chaîne : réception, acceptation, rétention, changement d'attitude et changement de comportement. Cette chaîne des effets peut être rompue à tout moment, ou ne pas se réaliser dans cet ordre, rejoignant ainsi la théorie de la réception active selon laquelle une information diffusée est différente de ce qui est décodé par le récepteur (Proulx et Vitalis, 1998).

2. MÉTHODE

Les paramètres méthodologiques de notre recherche tiennent compte de la réalisation de plusieurs étapes dans la collecte de données. Pour cerner une potentielle influence des médias auprès des décideurs du réseau de la santé, nous avons mesuré chacune des étapes du processus d'influence de l'information médiatisée portant sur les médicaments. Ainsi, nous avons vérifié si la cascade des effets était interrompue à un moment ou l'autre dans le processus d'influence de l'information sur la médication. Nous avons donc mesuré :

- la réception de l'information portant sur les médicaments par les décideurs du réseau de la santé ;
- l'acceptation de cette information ;
- sa rétention (ces trois premières étapes représentent le stade de l'influence cognitive) ;
- le changement d'attitude (stade de l'influence affective) ; et
- le changement de comportement (stade de l'influence conative). Le comportement des décideurs du réseau de la santé renvoie au processus de prise de décision.

Pour étudier chacune de ces phases, nous avons considéré de manière distincte les médias grand public, les médias scientifiques et Internet, selon une méthode quantitative de collecte des données (sondage en ligne) permettant d'obtenir des renseignements croisés sur le sujet de notre étude. Le questionnaire de ce sondage comportait 68 questions dont 62 étaient fermées et 6 ouvertes. Le questionnaire du sondage en ligne était positionné sur un microsite sécurisé qui comportait une page d'accueil présentant les objectifs de l'étude et les consignes du sondage. Ce questionnaire a été soumis entre le 6 juin et le 14 juillet 2000 à 138 membres³ de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). Un total de 76 gestionnaires ont accepté de répondre au sondage. Leurs réponses ont été compilées dans une base de données pour le traitement informatisé des résultats

3. Le membership de l'AHQ est institutionnel, étant constitué de tous les établissements hospitaliers du Québec. Dans les faits, la direction générale des établissements reçoit les communications de l'AHQ. Les messages sont habituellement transmis à l'unité concernée par le sujet de la communication provenant de l'AHQ.

par Surveyor Manager (version 1.22). À l'aide de ce logiciel, les tableaux et les graphiques des résultats bruts ont été préparés : les résultats à plat et les tableaux croisés ont été produits par le logiciel.

À l'été 2001, nous avons complété notre étude sur l'influence de la communication au sujet des médicaments afin de mieux comprendre les flux d'information entre les fabricants de médicaments, le personnel en pharmacie et la population. Pour atteindre l'objectif de cette seconde recherche, nous avons rencontré trois catégories de personnes œuvrant dans les pharmacies : des pharmaciens propriétaires, des salariés et des techniciens, dans le cadre de six groupes focus (deux groupes focus par catégorie identifiée). Lors des groupes focus⁴, un court sondage de cinq questions a été remis aux participants (54 personnes pour l'ensemble des six groupes focus). Ce questionnaire a permis de recueillir des données quantitatives qui se sont ajoutées aux données qualitatives obtenues en groupes focus. Le questionnaire du sondage était distribué dans les salles de groupes focus, dès l'arrivée des participants qui devaient compléter le questionnaire avant leur départ. Tous ont accepté de le remplir : 54 questionnaires ont été ainsi compilés (lors de la compilation, deux questionnaires ont été rejetés parce que les participants n'avaient pas compris le sens d'échelle de certaines questions.

Pour la réalisation des groupes focus, le recrutement des pharmaciens propriétaires, des pharmaciens salariés et des techniciens visait la formation de six groupes comprenant entre 8 et 12 personnes chacun. Il est à noter que divers moyens ont été utilisés pour communiquer avec les publics visés afin de recruter l'échantillon : téléphone, télécopieur, Internet, rencontre en milieu de travail. Un protocole téléphonique a été utilisé pour uniformiser la diffusion de l'information visant le recrutement pour les groupes focus. Au total, 283 personnes ont été approchées pour un bilan de recrutement s'élevant à 54 personnes (le recrutement se faisant en période estivale, le personnel réduit en pharmacie ne permettait pas d'obtenir un taux de réponse plus élevé).

Des schémas d'entretien ont été conçus pour chaque groupe visé (les trois catégories de participants étaient regroupées afin d'assurer l'homogénéité des groupes focus). Les discussions se sont déroulées sous un mode d'entretien semi-dirigé, dans des locaux munis de glace sans tain. Les schémas d'entretien étaient semblables pour les trois catégories de personnel œuvrant en pharmacies et recouvraient essentiellement quatre thèmes reliés directement à l'objectif de la recherche, à savoir :

- a) le rôle de la communication dans le travail du pharmacien ou du technicien ;

4. Nous tenons à remercier les assistants de recherche qui ont collaboré à la réalisation des groupes cités dans ce chapitre : Raymonde Pilon, Josiane Betit, Maryse Boisvert, Caroline Doyon, Annie Gélinas, Caroline Nguyen Minh, David Vallerand.

- b) leurs différents publics cibles ;
- c) le rôle d'expert du pharmacien ou du technicien dans sa fonction de communication : leur influence auprès de la clientèle ;
- d) les supports à la communication sur les différents types de médicaments.

3. RÉSULTATS

Le sondage sur l'influence de l'information médiatisée (portant sur les médicaments) a permis de documenter les cinq phases du processus d'influence auprès des décideurs du réseau de la santé.

3.1. PHASE 1 – L'INFLUENCE PAR LA RÉCEPTION DE L'INFORMATION (STADE D'INFLUENCE COGNITIVE A)

Nos résultats démontrent que la totalité des décideurs interrogés prennent connaissance des nouvelles concernant la santé et les médicaments dans les journaux quotidiens de type grand public. De plus, la majorité lisent les journaux spécialisés (97,3 % des répondants) et les revues scientifiques (96 % des répondants). Seulement 10 % des participants à ce sondage ne lisent que les grands titres alors que plus de la moitié consultent les articles touchant leur travail, la recherche médicale et les médicaments. Dans la plupart des cas, c'est la version papier qui est lue alors que 15 % des décideurs consultent la version en ligne.

Quant aux médias électroniques, la télévision est préférée à la radio. Les nouvelles télévisées sont regardées par tous les décideurs et 90 % d'entre eux suivent les émissions sur la santé et la recherche médicale⁵. Quant à la radio, 84 % des décideurs écoutent les nouvelles, mais seulement 47 % d'entre eux suivent les émissions sur la santé et 38 % celles qui portent sur la recherche médicale et les médicaments, probablement parce qu'il y a peu d'émissions de ce genre à la radio.

Donc, le résultat global de la phase 1 du processus d'influence indique que la grande majorité des décideurs du réseau de la santé qui ont participé à notre étude reçoivent les messages médiatisés au sujet des médicaments et en prennent connaissance, ce qui nous permet d'affirmer que la condition première d'une potentielle influence (stade d'influence cognitive A) par les communications médiatisées est assurée.

5. En retirant les réponses « jamais » et « presque jamais », on obtient le pourcentage de ceux qui regardent ces émissions à « l'occasion », « souvent » et « très souvent ».

3.2. PHASE 2 – L'ACCEPTATION DU MESSAGE (STADE D'INFLUENCE COGNITIVE B)

Le degré d'influence par acceptation d'un message dépend de plusieurs variables dont l'une des plus importantes est la crédibilité de la source (Aronson *et al.* 1963). Nous avons donc voulu mesurer la crédibilité de l'information médiatisée portant sur les médicaments. De manière générale, les décideurs considèrent cette information diffusée dans les médias de type grand public comme étant superficielle, promotionnelle ou publicitaire. Cela confirme au Québec les données obtenues aux États-Unis par l'étude sur la DTCA (Paul *et al.*, 2002; Spiller et Wymer, 2001). Environ 40 % des décideurs jugent les journaux quotidiens non crédibles ou peu crédibles pour les nouvelles sur la santé. Les décideurs québécois affirment qu'ils accordent plus de crédibilité aux journaux spécialisés (93 % des répondants) et surtout aux revues scientifiques (98,6 % des répondants).

La télévision diffuse des nouvelles jugées de « crédibles » à « très crédibles » pour les trois quarts des décideurs. Plus de 90 % des répondants accordent de la crédibilité aux émissions portant sur la santé en général et sur les médicaments et la recherche médicale. Du côté de la radio, environ 65 % des répondants jugent crédibles les nouvelles radiodiffusées alors que les émissions sur la recherche scientifique ayant pour objets la santé et les médicaments obtiennent une crédibilité positive auprès de 73,5 % des décideurs.

Les sites Internet d'accès libre, traitant de ces sujets, sont jugés crédibles par 60 % des répondants. Mais, quand il s'agit de sites à accès restreint par mot de passe, le pourcentage de crédibilité remonte chez 92 % des répondants. Si l'on doit payer un abonnement à un site Internet, les informations sur la santé et la recherche médicale y sont alors jugées plus crédibles (94 % des répondants), la cote « très crédible » étant mentionnée par près de 30 % des décideurs. Par conséquent, plus les sites Internet sont à accès restreint, voire payant, plus leur crédibilité est élevée.

La crédibilité accordée aux messages sur les médicaments diffusés dans les médias laisse donc envisager une influence au plan de l'acceptation du message. La phase 2 du processus d'influence (stade de l'influence cognitive B) s'accomplit cependant avec encore plus de force lorsque l'information est diffusée dans un média spécialisé ou scientifique ou sur un site Internet à accès restreint.

3.3. PHASE 3 – LA RÉTENTION DE L'INFORMATION (STADE D'INFLUENCE COGNITIVE C)

Tous les décideurs (100 %) affirment retenir, à différents degrés, cette information médiatisée sur les médicaments. Ainsi, à la question : « Au moment de prendre des décisions, vous revient-il à l'esprit des nouvelles portant sur les secteurs de

Tableau 6.1
Rémémorisation des informations médiatisées sur les médicaments,
selon les décideurs répondants du réseau de la santé

Statistiques générales			
Échelle	Choix	Fréquences	Pourcentage
-2	pas du tout	2	2,7
-1	peu	17	22,7
0	moyennement	30	40,0
1	assez	16	21,3
2	beaucoup	10	13,3
Total		75	100,0

1 non-réponse (1,3 % de 76) n'est pas prise en compte.

la santé et de la recherche médicale ? », on remarque que 97,3 % des répondants considèrent que les informations médiatisées portant sur les médicaments leur reviennent à l'esprit lorsqu'ils ont à prendre une décision.

Par conséquent, pour la phase 3 de l'influence (stade de l'influence cognitive C), nous pouvons affirmer que la rétention de l'information s'effectue réellement, démontrant même un degré assez élevé de mémorisation des informations sur les médicaments, telles qu'elles sont diffusées dans les médias.

**3.4. PHASE 4 – LE CHANGEMENT D'ATTITUDE
(STADE D'INFLUENCE AFFECTIVE)**

Voyons si la chaîne des effets produits par la communication sur les médicaments atteint le changement des attitudes. On peut considérer qu'un intérêt est suscité chez des décideurs lorsque leur curiosité est éveillée et qu'ils recherchent des compléments d'information. Selon nos résultats, la presque totalité des répondants manifeste de la curiosité et recherche l'information supplémentaire pour valider les informations obtenues des médias. Les décideurs du réseau de la santé se tournent alors vers les revues scientifiques, les colloques scientifiques ou leurs pairs ; 95 % des décideurs en discutent avec divers interlocuteurs, principalement leurs collègues, ce qui tend à confirmer la théorie de la mise à l'agenda (McCombs, 1977) et l'approche de la communication dialogique (Buber, 1970 et 1985 ; Kent et Taylor, 2002). À peine plus de 10 % poursuivent leur recherche sur Internet.

Selon nos résultats, 95 % des décideurs expliquent que leur attitude à l'égard d'un problème touchant la médication tient compte des nouvelles dont ils ont pris connaissance dans les médias. On peut donc affirmer que l'influence des

médias touche l'attitude des décideurs du réseau de la santé, selon un pourcentage suffisamment élevé pour démontrer que l'on franchit la phase 4 (influence affective) du processus global d'influence.

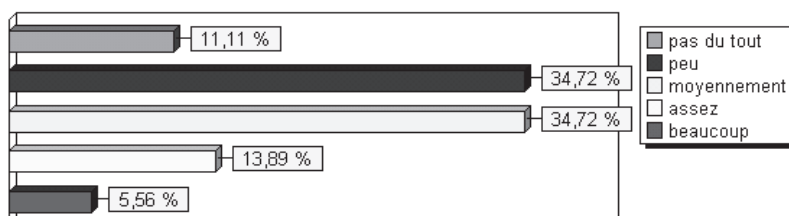
3.5. PHASE 5: LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (STADE D'INFLUENCE CONATIVE)

Notre étude démontre l'influence des médias sur le comportement des décideurs, c'est-à-dire sur les prises de décision. Au total, c'est tout près de 90 % des décideurs qui affirment être influencés par les médias en ce qui a trait aux sujets touchant les médicaments. Par conséquent, la phase ultime du processus d'influence est accomplie : les décideurs considèrent que leur comportement décisionnel est influencé par les médias⁶.

Figure 6.1

Influence des médias sur les prises de décisions au sujet des médicaments

Lorsque vient le temps de prendre une décision, considérez-vous que vous êtes influencé par l'information diffusée dans les médias, incluant celle publiée sur Internet ?



Pour nuancer notre analyse, il faut tenir compte de l'influence croisée obtenue par l'effet cumulatif des autres moyens de communication et de relations publiques. En effet, il y a toujours porosité entre les diverses sources d'influence et les nombreux moyens de communication utilisés par les entreprises pour diffuser leurs résultats de recherche sur les médicaments. Selon la théorie de l'agir communicationnel de Habermas (1987), il faut considérer, au-delà des médias, le comportement communicationnel global des diffuseurs (chercheurs, relationnistes, communicateurs institutionnels, représentants commerciaux, etc.). Les stratégies de relations publiques incluent en effet d'autres moyens de communication que

6. Il faut cependant nuancer la compréhension de l'influence présumée de l'attitude sur le comportement, le comportement influençant parfois davantage l'attitude que l'inverse.

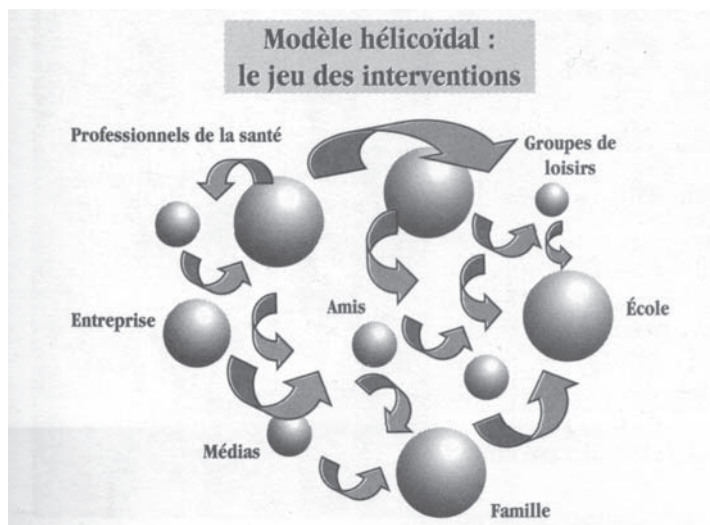
la diffusion auprès des médias. Ainsi, on retrouve le recours aux commandites, promotions (cadeaux de toutes sortes), relations interpersonnelles (entre les médecins ou les pharmaciens et les représentants pharmaceutiques), participations à des foires commerciales, salons industriels, colloques, congrès, etc. Ces activités constituent le plan global de relations publiques formant le triangle « promotion, information, relations interpersonnelles » (Farquhar et Maccoby, 1977) qui contribue à l'efficacité du processus d'influence médiatique. C'est par le cumul de tous ces moyens de communication que s'établit une influence globale de la communication sur les médicaments.

Notons que notre étude ne visait que l'information médiatique alors que, selon Myers et Lamarche (1992, p. 92), « les recherches sur la persuasion ont démontré que la principale influence sur nos croyances et nos attitudes les plus importantes n'est pas celle des médias, mais notre contact direct avec les gens ». Ainsi, l'étude de Farquhar et Maccoby (1977) précise que l'influence des médias n'est pas la seule importante dans un processus de décision. Leur recherche comparait les influences personnelles et médiatiques en étudiant le cas de la sensibilisation aux maladies cardiaques chez 1 200 personnes dont l'âge se situait dans la cinquantaine et qui vivaient dans trois villes de la Californie. Cette étude comparative est intéressante puisqu'elle démontre que l'influence des médias est loin d'être la plus importante : considérée de manière isolée, son pouvoir est, somme toute, assez limité. Les contacts interpersonnels sont de loin les plus influents lorsque l'on considère la communication sur les médicaments.

Les résultats de notre étude vont dans le même sens que les conclusions auxquelles arrivent de Farquhar et Maccoby (1977). On note en effet la similitude du processus d'influence et de validation de l'information médiatisée. Selon nos résultats, 95 % des répondants recherchent les contacts interpersonnels pour discuter de l'information reçue des médias (communication interpersonnelle). C'est près de la totalité des décideurs interrogés (98 %) qui mentionnent rechercher une validation ou un complément d'information auprès de leurs pairs ou des leaders de leur profession, illustrant ainsi la pertinence de la théorie de Katz et Lazarsfeld (1966) sur le *two steps flow communication* (ou la communication en deux étapes). Selon cette théorie, la communication qui passe par des pairs ou des autorités (scientifiques ou autres) est plus influente que l'information diffusée dans les médias grand public. L'étape intermédiaire des leaders d'opinion ou des médias spécialisés maximise la portée de l'information. Par conséquent, l'influence des médias et de la publicité sur les médicaments est moins directe qu'on ne le croirait et s'exercerait surtout par des relais d'opinion, à cause de leur notoriété et de leur crédibilité (ces relais pouvant être les pharmaciens, comme le démontrent les résultats de notre étude sur la communication en pharmacie, telle qu'elle est présentée ci-après).

Figure 6.2

Le modèle hélicoïdal de la communication sur la santé



D'autres travaux vont en ce sens, telle l'étude sociométrique réalisée par Coleman *et al.* (1966) auprès des médecins sur leur processus de décision quant à l'adoption de nouveaux médicaments. Cette recherche incluait la compilation des ordonnances dans les pharmacies pour juger du rythme d'adoption d'un nouveau médicament en fonction de diverses sources d'influence. Cette étude et plusieurs autres ont aussi prouvé que la communication interpersonnelle a plus d'influence que les médias : « La principale source d'influence qui semble devancer de très loin tous les autres déterminants dans la façon dont les gens prennent leur décision est l'influence personnelle⁷. »

Les stratégies de communication « mixmédias », combinant communications interpersonnelles, médiatiques et publicitaires, représentent donc une meilleure explication du processus d'influence sur les médicaments, comme l'illustre le modèle de la communication hélicoïdale (figure 6.2). Selon ce modèle, toute communication, incluant la communication commerciale sur les médicaments, s'effectue de manière pluridirectionnelle, comme le démontrent Caron-Bouchard

7. Traduction libre de : « *The one source of influence that seemed to be far ahead of all others in determining the way people made up their minds was personal influence* » (Katz et Lazarfeld, 1966, p. 32).

et Renaud (2001, p. 49): «Le modèle hélicoïdal illustre bien à la fois la diversité des intervenants et la diversité des contenus et c’est au cœur de ce jeu d’inter-ventions que se situe le ciblage.»

Ce modèle illustre l’influence croisée de la communication interpersonnelle, sociale, publicitaire et médiatique sur les médicaments. Pour les communications commerciales, publicitaires ou promotionnelles, leur intégration avec les relations publiques est préférable à la publicité seule (Ries, 2003). Selon Ries, il faut tenir compte de l’influence croisée obtenue par l’effet cumulatif des autres moyens de communication et des relations publiques: il se crée alors un phénomène de porosité entre les diverses sources d’influence et les nombreux moyens de communication utilisés par les organisations pour rejoindre leurs publics.

Pour conclure notre première étude, nous avons consulté les décideurs du réseau de la santé pour connaître leur opinion sur l’incidence des médias au regard de l’information portant sur les médicaments. Selon 87 % des décideurs consultés, les médias grand public ne devraient avoir aucune influence sur les prises de décision quant aux médicaments. Presque la totalité d’entre eux (90 %) pensent que les décideurs devraient être uniquement influencés par les médias scientifiques⁸. Quand on leur demande quels modes de communication devraient utiliser les chercheurs et les diffuseurs d’information sur les médicaments, les décideurs du réseau de la santé privilégient nettement les médias spécialisés et les rencontres scientifiques, comme l’illustre le tableau 6.2.

Tableau 6.2

Modes de diffusion privilégiés pour les résultats des recherches scientifiques sur les médicaments, selon les décideurs du réseau de la santé au Québec

Statistiques générales sur les modes de diffusion privilégiés		
Choix	Fréquence	Pourcentage
dans les médias scientifiques	60	21,0
lors de rencontres scientifiques	55	19,2
dans les médias spécialisés	47	16,4
sur Internet	39	13,6
par d’autres moyens de publication tels des livres, des rapports, etc.	36	12,6
auprès des instances décisionnelles	25	8,7
dans les médias grand public	24	8,4
Total	286	100,0

1 non-réponse (1,3 % de 76) n’est pas prise en compte.

8. Nuançons cette affirmation en évoquant le rôle de « formation continue » joué par les médias scientifiques en tant que sources d’information pour la mise à jour des connaissances en fonction des développements de la science.

4. LES COMMUNICATIONS B2B

Les relations avec les publics institutionnels font l'objet d'une approche communicationnelle différente, faisant peu appel aux médias grand public puisque, dans le cadre de la communication *B2B* (*Business to Business*), ce type de communication d'affaires diffuse l'information sur les médicaments directement entre partenaires d'affaires (organisations, ministères, entreprises, etc.). Les médicaments donnent alors lieu à l'élaboration de stratégies de communication *B2B*, selon l'approche développée par Lafrance (2001). On retrouve en communication *B2B* la même intégration de la publicité, de la promotion et des relations publiques portant sur les médicaments et visant à rejoindre les clients institutionnels (notamment les pharmaciens et leur personnel).

Pour étudier cette communication *B2B* entre les entreprises pharmaceutiques et les pharmaciens, nous avons formé six groupes focus (auprès des pharmaciens propriétaires, auprès des pharmaciens salariés et auprès des techniciens). Les résultats de cette étude ont permis de cerner les modes de communication dans les pharmacies en tant que processus d'influence exercé par les firmes pharmaceutiques auprès du personnel et, par extension, auprès de la clientèle. Notre recherche avait pour objectif de comprendre les mécanismes de la communication en pharmacie et de recueillir des données pertinentes pour cerner les perceptions et les pratiques des pharmaciens propriétaires, des pharmaciens salariés et des techniciens au sujet des médicaments.

5. FLUX D'INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS EN PHARMACIE

Tous les participants aux groupes focus ont souligné l'importance de la communication dans l'exercice de leur fonction, pour réaliser leur mission sociale et atteindre leurs objectifs commerciaux. La communication est considérée comme un rouage essentiel du travail en pharmacie, qu'elle intervienne entre le patron et les employés ou avec les publics externes dont les deux plus importants sont les fabricants de médicaments et la clientèle des pharmacies. L'évolution des besoins de la clientèle et la complexité du rôle conseil des pharmaciens et des techniciens confirment, selon eux, le rôle central que joue la communication dans l'exercice de leurs fonctions.

6. COMMUNICATION INTERNE

Selon les participants aux groupes focus, la communication avec les collègues de travail est primordiale pour la qualité du service à la clientèle et la bonne gestion de la pharmacie. Par exemple, tous les participants à notre étude établissent un lien étroit entre information et formation. En effet, comme fonction de gestion,

la communication auprès des publics internes prend une importance spéciale pour les pharmaciens propriétaires qui sont responsables de la formation de leur personnel⁹. Cependant, les groupes focus ont mis en évidence qu'il existe peu de programmes structurés de formation continue sur les médicaments, à l'exception de ceux développés par les grandes chaînes : la communication quotidienne entre pairs constitue un mode de formation *ad hoc*, assez improvisée et de qualité très inégale d'une pharmacie à l'autre. Cependant, les journées de formation organisées par l'Ordre des pharmaciens du Québec de même que les colloques ou journées d'information tenus par les fabricants semblent très appréciés des pharmaciens en tant que voies de communication privilégiées pour obtenir de l'information sur les médicaments.

Les communications internes étant peu structurées (sans politiques ni directives claires transmises aux employés à propos des médicaments génériques par exemple), les interventions auprès de la clientèle se font de manière personnelle et sont peu uniformisées. Donc, les informations transmises aux clients au sujet des médicaments varient selon chaque employé. Les pharmaciens salariés tiennent à conserver une certaine latitude d'expression et se considèrent tous comme très bien formés par leur programme universitaire.

7. COMMUNICATIONS AVEC LES REPRÉSENTANTS PHARMACEUTIQUES

Pour les pharmaciens propriétaires, les fournisseurs sont des interlocuteurs importants puisqu'ils ont l'habitude de s'adresser surtout aux pharmaciens propriétaires lors de leurs visites en pharmacie. En revanche, pour les pharmaciens salariés et les techniciens, la communication avec les fournisseurs est peu fréquente et ne les implique pas directement. Pour les techniciens surtout, les relations avec les fournisseurs sont quasi inexistantes : *« Ça, c'est quelque chose de bien malheureux. Souvent, quand les compagnies pharmaceutiques viennent [...] ils vont passer par le pharmacien sans nous expliquer les nouveaux médicaments. Par contre, quand arrive un pépin et que les pharmaciens sont occupés, c'est nous qui devons voir le client mais de ces nouveaux médicaments, on n'en a pas entendu parler¹⁰. »*

9. À noter que les techniciens ne sont pas obligés de détenir une formation spécialisée pour obtenir un poste dans une pharmacie. Un diplôme d'études professionnelles (DEP) existe cependant dans certains collèges au Québec et plusieurs techniciens ont déclaré avoir suivi cette formation. Les autres ont été formés sommairement lors de leur entrée en fonction dans la pharmacie. L'expérience et les échanges quotidiens avec leurs collègues viennent compléter la formation des techniciens.

10. Selon un technicien (extrait du groupe focus B-3).

8. COMMUNICATIONS AVEC LA POPULATION

Un autre constat se dégage des discussions tenues dans tous les groupes focus : la communication au sujet des médicaments, avec les clients, prend de plus en plus de temps en pharmacie. L'évolution des besoins de la population est liée à la dégradation du réseau de la santé et au temps limité accordé au patient par les représentants du corps médical. En effet, selon les participants, c'est de plus en plus en pharmacie que le patient cherche à combler son besoin d'information. Dès lors, la communication avec le pharmacien ou le technicien vient compléter les renseignements obtenus ailleurs dans le réseau de la santé, sur la maladie du patient et son traitement par la médication. Par conséquent, le pharmacien et le technicien doivent assumer un rôle important de communicateur, de vulgarisateur et de conseiller. La population profite ainsi d'un accès direct à un professionnel de la santé, sans avoir besoin de prendre un rendez-vous. Cette communication s'établit d'ailleurs dans le cadre d'une relation de confiance avec ceux qui, en pharmacie, sont considérés comme des experts à la fois plus accessibles et plus disponibles pour les patients que les médecins.

Par conséquent, les pharmaciens propriétaires, les pharmaciens salariés ainsi que les techniciens voient leur rôle comme dépassant la stricte fonction commerciale de vente de médicaments. Grâce à la communication établie sur la base d'une relation de confiance avec les clients, le personnel en pharmacie considère qu'il joue un rôle important d'information et d'orientation sur les médicaments et leur utilisation. Toutefois, il ressort des discussions en groupes focus que ce rôle est assumé de manière différente par les techniciens et les pharmaciens (propriétaires ou salariés). L'influence que détiennent ces derniers (liée au pouvoir d'expert que leur accorde la population) fait en sorte qu'ils communiquent avec plus d'autorité et plus d'assurance avec la clientèle en pharmacie alors que les techniciens ne font que « suggérer » leur point de vue aux clients. Selon leur rôle respectif, le statut d'expert varie et influence directement le mode de communication avec la clientèle. Par conséquent, le « prestige » des membres de l'Ordre des pharmaciens du Québec se répercute dans les relations interpersonnelles, entre employés et avec la clientèle. Par ailleurs, les techniciens s'en remettent au pharmacien et au propriétaire pour toute décision concernant le dossier du client. À titre d'exemple, les substituts de médicaments, lorsqu'ils apparaissent à l'écran de l'ordinateur en pharmacie, sont recommandés au client. Cependant, lorsque le cas est plus complexe et que la substitution soulève un risque, la décision est prise par le pharmacien et non le technicien.

En dépit de ces limites inhérentes aux fonctions de chacun des intervenants en pharmacie, les techniciens soulignent qu'ils jouent aussi un rôle de premier plan auprès de la clientèle parce que le contact initial se fait souvent auprès d'eux dans les pharmacies : *« On est le premier et le dernier à qui le client s'adresse et*

*une relation de confiance s'établit*¹¹. » Le type de communication entretenue par les techniciens en pharmacie avec les clients relève davantage de la vulgarisation que de l'information scientifique, cette dernière étant l'apanage des pharmaciens.

Mais dans tous les cas, les participants aux groupes focus ont indiqué qu'il doit s'établir une relation de confiance pour que l'information passe entre le personnel de la pharmacie (qu'il soit pharmacien propriétaire, salarié ou technicien) et les clients. Cette relation de confiance se construit sur une longue période de temps et apporte une dimension de confiance, de respect mutuel et de crédibilité à la communication entre les interlocuteurs.

Dans les communications entre le personnel en pharmacie et le public, les principales demandes d'information portent sur les sujets suivants, selon la fréquence de mention par les participants aux groupes focus :

- effets secondaires des médicaments ;
- prix du médicament ;
- mélange entre médicaments ;
- temps de guérison (à quel moment le médicament fera-t-il effet ?) ;
- mélange avec d'autres aliments ou breuvages, notamment l'alcool ;
- assurances/remboursement ;
- substituts (générique/original).

Tous les participants aux groupes focus ont déclaré qu'ils doivent respecter les limites de leur fonction paramédicale dans leurs communications avec la clientèle au sujet des médicaments. Ils sont conscients que leur rôle de communicateur auprès du public ne doit pas outrepasser ces limites et créer de l'ingérence avec l'information médicale réservée strictement aux médecins. Cet aspect a été mentionné lors des six groupes focus.

8.1. LES SUPPORTS À LA COMMUNICATION SUR LES DIFFÉRENTS TYPES DE MÉDICAMENTS

Les participants aux groupes focus ont identifié les moyens de communication suivants dans la diffusion de l'information portant sur les médicaments. Par ordre d'importance, les voici :

- Dépliants, feuillets d'information et kit (trousse médicale) distribués par les fabricants pharmaceutiques : ils sont lus et consultés fréquemment par les pharmaciens et les techniciens. Les outils les plus pertinents sont utilisés avec le public pour donner des explications sur les médicaments et les clients en rapportent souvent à leur domicile.

11. Selon un technicien (extrait du groupe focus A-3).

- Fiches conseils : certains participants aux groupes focus ont avoué faire davantage confiance aux feuillets sur les maladies et aux fiches descriptives de médicaments car l'information y serait moins biaisée que dans les dépliants promotionnels publiés par les fabricants de produits pharmaceutiques. Lorsque les fiches conseils sont montrées aux clients, il est recommandé qu'elles comportent moins de texte et plus de visuels pour être efficaces auprès de la clientèle.
- Documentation sur le générique (livres, dépliants, brochures, etc.). Par exemple, dans les pharmacies de la bannière Jean Coutu, on affiche des feuillets qui expliquent ce qu'est le médicament générique.
- Publications sur différentes pathologies.
- Matériel audiovisuel : les pharmaciens et les techniciens apprécient la qualité des cassettes vidéo. À l'occasion, ils les prêtent aux clients. Seules les cassettes les plus pertinentes sont conservées, notamment lorsqu'elles concernent des médicaments en forte demande.
- Des graphiques ou des illustrations facilitent la vulgarisation du message : *« Nous accordons de l'importance aux outils de travail, dépliants et autres qu'apporte la compagnie pharmaceutique. Nous distribuons les dépliants à nos clients¹². »* Les outils d'information fournis par les fabricants sont appréciés lorsqu'ils utilisent des mots simples, un texte clair laissant un espace pour apposer l'estampille de la pharmacie.
- Internet est également consulté par les clients et devient une source importante d'information pour le public qui n'y trouve pas toujours des informations sérieuses. Les clients arrivent à la pharmacie avec des informations sur certains médicaments, obtenues sur Internet, pour les faire valider par le personnel. Pharmaciens et techniciens ont noté une évolution chez la clientèle : le public est de plus en plus informé et avide de comprendre les médicaments et leur influence sur son état de santé.

Les patients ont maintenant la capacité d'aller chercher par eux-mêmes de l'information sur Internet. Cette nouvelle pratique entraîne un surcroît de travail pour le personnel qui doit recadrer l'information ou apporter des réponses aux questions qu'Internet soulève. En effet, nos résultats indiquent clairement que les clients des pharmacies sont davantage informés lorsqu'ils s'y présentent et qu'ils demandent plus de renseignements qu'avant sur les médicaments. Ils sont reconnus comme étant proactifs par rapport à leur santé : *« Ils veulent savoir. Avant, on nous disait : « Mon médecin a dit ceci et je dois le faire... Maintenant, les clients veulent se faire confirmer l'information transmise trop rapidement par le médecin¹³. »*

12. Selon un pharmacien propriétaire (extrait du groupe focus A-1).

13. Selon un pharmacien salarié (extrait du groupe focus A-1).

Le sondage qui complétait les groupes focus et que les participants remplissaient sur place a aussi révélé (tout comme le sondage auprès des décideurs du réseau de la santé) que la communication directe, face à face, se classe au premier rang des moyens de communication privilégiés par les pharmaciens propriétaires ou salariés ainsi que par les techniciens. Internet arrive en fin de liste : il s'agit d'un moyen de communication peu utilisé par les participants à notre étude. L'audiovisuel n'est guère apprécié alors que les mémos, les affiches, les dépliants et la publicité commerciale sont considérés comme plus efficaces. Ces outils de communication jouent un rôle complémentaire aux informations fournies par le personnel de la pharmacie et influencent donc le choix du client.

CONCLUSION

En somme, les travaux de plusieurs communicologues et nos récentes études permettent d'affirmer que la communication sur les médicaments influence, à des degrés divers, l'ensemble des acteurs du réseau de la santé. Les principales variations de cette influence de la médiatisation de la recherche sur les médicaments sont reliées au type de médias : plus les médias sont spécialisés, plus ils ont d'influence. Les communications interpersonnelles ont également beaucoup de poids : la communication dialogique interpersonnelle demeure la plus influente puisque presque la totalité des décideurs éprouvent le besoin de discuter des nouvelles médiatisées avec leurs pairs ainsi que l'ensemble de leurs collègues de travail.

Quant à la communication *B2B* sur les médicaments, les flux d'information interorganisationnelle et commerciale permettent aux fabricants d'établir des voies de communication entre le fabricant, la pharmacie et la population. La communication s'y établit sur la base d'une relation de confiance et d'un intérêt commercial mutuel. Cependant, comme intervenants de première ligne en pharmacie, les pharmaciens et les techniciens sentent une pression accrue de la part du public qui désire compenser les faiblesses du réseau de la santé par une meilleure relation avec eux.

D'après la théorie du *Two steps flow communication* (Katz et Lazarsfeld, 1966), le public est influencé par les leaders d'opinion, surtout ceux qu'il considère investis d'un pouvoir d'expert. La population se tourne alors vers ceux qui leur sont facilement accessibles. Ainsi, dans le réseau de la santé, le médecin et le pharmacien jouissent d'un pouvoir d'influence important auprès du public mais les pharmaciens sont plus accessibles. Pour leur part, les techniciens en pharmacie savent qu'ils sont des relais d'information importants auprès du public mais ils se sentent souvent exclus du réseau de communication qui s'établit entre le représentant du fabricant et le propriétaire de la pharmacie. En tant que processus crucial de réduction de l'incertitude (Heath, 1994) auprès des patients, la communication

qu'établissent le pharmacien et le technicien avec leurs clients apparaît comme l'une des dimensions les plus valorisantes de leur travail en pharmacie. La communication dialogique s'y ancre de manière cruciale pour la diffusion d'information sur les médicaments.

Cependant, la problématique de l'influence des communications pourrait mieux cerner la nature et l'ampleur de cette influence au sujet des médicaments. Les informations médiatisées changent-elles les décisions initiales des médecins, des patients ? Une étude portant précisément sur l'intersubjectivité entre professionnels de la santé et patients, tout en effectuant une analyse différenciée selon le genre et l'origine culturelle, pourrait contribuer à compléter les données dont nous disposons actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

- Aronson, E., J.A. Turner et J.M. Carlsmith (1963). «Communicator Credibility and Communicator Discrepancy as Determinants of Opinion Change», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 67, p. 31-36.
- Borgschatz, H., W. Frankenberger et R. Eder (1999). «Effects of Information on Perceptions of Stimulant Medication Efficacy for Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder», *Psychology in the Schools*, vol. 36, n° 6, p. 515-522.
- Buber, M. (1970). *I and Thou*, New York, Charles Scribner's Son.
- Buber, M. (1985). *Between Man and Man*, New York, Charles Scribner's son.
- Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2001). *Pour mieux réussir vos communications médiatiques en promotion de la santé*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Cassels, A., M.E.Hughes, C. Cole, B. Mintzes, J. Lexchin et J.P. McCormack (2003). «Drugs in the News: An Analysis of Canadian Newspaper Coverage of New Prescription Drugs», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n° 9, p. 1133-1137.
- Coleman, J.S., H. Menzel et E. Katz (1966). *Medical Innovation: A Diffusion Study*, Indianapolis, Bobbs-Merrill.
- Ewen, S. (1996). *PR! A Social History of Spin*, New York, Basic Books.
- Farquhar, J. et N. Maccoby (1977). «Community Education for Cardiovascular Health», *The Lancet*, 4 juin, p. 1192-1195.
- Festinger, L. (1968). *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford, Stanford University Press.
- Frankenberger, K.A., W.R. Frankenberger, B.F. Peden, H.L. Hunt, C.M. Raschick, E.G. Emily et J.A. Peterson (2004). «Effects of Information on College Students' Perceptions of Antidepressant Medication», *Journal of American College Health*, juillet-août, vol. 53, n° 1, p. 35-40.
- Goldman, R. et M. Montagne (1986). «Marketing "Mind Mechanics": Decoding Antidepressant Drug Advertisements», *Social Science and Medicine*, vol. 22, vol. 10, p. 1047-1058.

- Grunig, J. et T. Hunt (1984). *Managing Public Relations*, New York, Rinehart and Winston.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard.
- Hansen, F.J. et D. Osborne (1995). «Portrayal of Women and Elderly Patients in Psychotropic Drug Advertisements», *Women and Therapy*, vol. 16, n° 1, p. 129-141.
- Heath, R.L. (1994). *Management of Corporate Communication: From Interpersonal Contacts to External Affairs*, Hillsdale, NJ, L. Erlbaum.
- Katz, E. et P.F. Lazarsfeld (1966). *Personal Influence: The Part Played by People in the Flow of Mass Communications*, New York, Free Press.
- Kent, M.L. et M. Taylor (2002). «Toward a Dialogic Theory of Public Relations», *Public Relations Review*, vol. 28, p. 21-37.
- Kleinman, D.L. et L.J. Cohen (1991). «The Decontextualization of Mental Illness: The Portrayal of Work in Psychiatric Drug Advertisements», *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 8, p. 867-874.
- Klotz, R.J. et S.J. Ceccoli (2005). «Media Coverage of Drug Approvals», *The Social Science Journal*, vol. 42, n° 1, p. 129-134.
- Krupka, L.R. et A.M. Vener (1992). «Gender Differences in Drug (Prescription, Non-Prescription, Alcohol and Tobacco) Advertising: Trends and Implications», *Journal of Drug Issues*, vol. 22, n° 2, p. 339-360.
- Lafrance, J.-P. (2001). *Le commerce électronique : vers un modèle québécois ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- McCombs, M.E. (1977). «Agenda Setting Function of Mass Media», *Public Relations Review*, vol. 3, p. 89-95.
- Moynihan R., L. Bero et D. Ross-Degnan (2000) «Coverage by the News Media of the Benefits and Risks of Medications», *New England Journal of Medicine*, vol. 342, n° 22, p. 1645-1650.
- Munce, S.E.P., E.K. Robertson, S.N. Sansom et D.E. Stewart (2004). «Who is Portrayed in Psychotropic Drug Advertisements ?», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, n° 4, p. 284-288.
- Myers, D.G. et L. Lamarche (1992). *Psychologie sociale*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill.
- Nikelly, A.G. (1995). «Drug Advertisements and the Medicalization of Unipolar Depression in Women», *Health Care for Women International*, vol. 16, n° 3, p. 229-242.
- Paul, D.P., A. Handlin et A.D. Stanton (2002). «Primary Care Physicians' Attitudes Toward Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs: Still Crazy After all these Years», *Journal of Consumer Marketing*, vol. 19, n° 7, p. 564-574.
- Proulx, S. et A. Vitalis (1998). *Médias et mondialisation : vers une citoyenneté nomade*, Rennes, Éditions Apogée.
- Ries, A. (2003). *La pub est morte, vive les RP !*, Paris, Village mondial, Pearson Education France.
- Spiller, L.D. et W.W. Wymer (2001). «Physicians' Perceptions and Use of Commercial Drug Information Sources: An Examination of Pharmaceutical Marketing to Physicians», *Health Marketing Quarterly*, vol. 19, n° 1, p. 91-106.
- Thayer, L. (1968). *Communication and Communication Systems in Organization, Management, and Interpersonal Relations*, Homewood, Illinois, R.D. Irwin.

LA PUBLICITÉ PHARMACEUTIQUE DANS LA MIRE DES ÉTUDES EN COMMUNICATION

Manon NIQUETTE

L'usage du médicament inquiète. La promotion du médicament, en amont des pratiques de consommation, devrait inquiéter tout autant, sinon davantage. Elle préoccupe les médecins et les associations de consommateurs, mais de moins en moins le gouvernement canadien, constamment sollicité pour que soit légalisée la publicité directe des médicaments d'ordonnance. Aux États-Unis, l'assouplissement des règles de la Food and Drug Administration (FDA) en 1997 a donné lieu à une explosion d'études sur cette pratique publicitaire. Parallèlement, d'autres recherches ont été réalisées sur les messages publicitaires à l'intention des médecins et sur les réclames de médicaments en vente libre. Le champ des études en communication a beaucoup contribué à cet essor, tant sur le plan théorique que méthodologique.

Les études recensées pour cet article ont été produites par des chercheurs en provenance de diverses disciplines, mais les problématiques formulées sont traversées par bon nombre de préoccupations et de perspectives constitutives du domaine de la communication en santé. C'est donc précisément sous l'angle des

études en communication¹ que nous présentons un tour d'horizon des recherches portant sur la publicité pharmaceutique². L'examen porte principalement sur les recherches publiées après 1997 et comprend les études phare entreprises avant les changements de la FDA. Le texte est divisé en quatre parties. Nous exposons d'abord brièvement les enjeux que représente la publicité pharmaceutique pour différents acteurs de la santé publique. Nous enchaînons avec un compte rendu succinct des dispositions légales et éthiques qui régissent la publicité sur le médicament. Nous présentons ensuite les études recensées en fonction de trois axes : les recherches sur les déterminants de l'usage des médicaments, réalisées en vue d'une campagne de promotion de la santé ; les études ayant pour but de connaître les propriétés « objectives » du message et d'en évaluer les effets ; enfin, les études portant plus précisément sur les significations véhiculées par le discours publicitaire et sur les interprétations qu'en donnent les membres de l'auditoire.

1. LA « COMMUNICATION PHARMACEUTIQUE » : INFORMATION OU PUBLICITÉ ?

L'industrie pharmaceutique interagit continuellement avec les médecins, et ce, de diverses manières : essais cliniques, formation continue, information directe, etc. Ces interactions influencent leur pratique (Lexchin, 1993). Le médecin est vu comme un expert intermédiaire. Ce rapport est toutefois en voie d'être renversé. Avec la montée de la publicité directe aux consommateurs de médicaments vendus sous ordonnance, ce sont maintenant les consommateurs qui agissent comme des experts intermédiaires, ceux à qui il revient d'établir un pont entre les médecins et l'industrie. La publicité directe de médicaments d'ordonnance est interdite dans

-
1. Nous aurions pu écrire « sous l'angle de la pensée communicationnelle », mais le recours à une idée aussi controversée dans le champ disciplinaire des communications aurait exigé des précisions qui nous éloigneraient considérablement du propos de cet article. Pour en savoir davantage sur ce thème, voir le livre de Bernard Miège, *La pensée communicationnelle*, publié aux Presses de l'Université de Grenoble, Grenoble, 2005. L'auteur présente la pensée communicationnelle comme un « fonds commun » de théories développées autour des questionnements formulés par les professionnels de l'information et de la communication, ou liés au développement des dispositifs techniques.
 2. Norris *et al.*, (2005) ont produit un rapport sur les études recensées dans la banque de données sur la promotion du médicament de l'Organisation mondiale de la santé. Ce rapport porte toutefois sur l'ensemble des stratégies de commercialisation des produits pharmaceutiques, incluant les visites de représentants pharmaceutiques auprès des médecins, les cadeaux, la participation à la formation continue, le soutien à l'organisation de congrès, etc. Le rapport en dit peu sur la publicité pharmaceutique. Auton (2004) a réalisé une recension critique des écrits liés aux débats sur la publicité directe de médicaments d'ordonnance. L'auteur n'établit pas, lui non plus, l'état des lieux de la recherche sur cette pratique.

tous les pays industrialisés du monde, à l'exception des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande. Néanmoins, ce qu'il est convenu d'appeler « la communication aux consommateurs » est balisée par un ensemble de restrictions qui laissent beaucoup de place aux glissements dans leur interprétation. Que les moyens utilisés soient directs ou détournés, un nombre croissant de compagnies pharmaceutiques enfreignent la loi en vigueur. Les poursuites judiciaires contre ce type d'infractions se font plutôt rares (Mintzes et Baraldi, 2000 ; Peppin et Carty, 2001)³.

L'étude comparative de Mintzes *et al.* (2002) entre les pratiques de prescription dans une ville américaine, Sacramento, et celles d'une ville canadienne comparable, Vancouver, démontre clairement que les patients qui réclament le plus qu'on leur prescrive un médicament annoncé par publicité sont ceux qui ont été les plus exposés à la publicité directe de médicaments d'ordonnance, qui croient que leurs maux peuvent être traités par des médicaments annoncés ou qui considèrent la publicité comme une source d'informations fiable et crédible. Selon cette étude, la probabilité qu'un patient reçoive au moins une nouvelle prescription est 17 fois plus grande si les patients demandent qu'on leur prescrive un médicament annoncé par la publicité que s'ils n'en demandent aucun. Finalement, la recherche montre qu'en réponse à la question « Si vous deviez traiter un autre patient, présentant le même problème que ce patient, prescririez-vous le même médicament que celui que vous venez de prescrire ? », les médecins sont beaucoup plus ambivalents lorsque le médicament a été réclamé par le patient, et par surcroît annoncé par la publicité. Mintzes *et al.* en concluent que la publicité directe aux consommateurs influence autant le volume de prescriptions que le choix des médicaments prescrits, et ce, dans une direction qui n'est pas toujours favorable au bien-être des populations. Notons que plusieurs des médicaments réclamés étaient des médicaments de confort (« *life style drugs* ») ou conçus pour le traitement de symptômes. Bien qu'ils puissent apporter un soulagement, ces médicaments n'amènent pas nécessairement les gens à changer leurs modes de vie ou à prévenir les maladies graves.

Le même argument vaut pour d'autres armes. L'industrie pharmaceutique défend sa position en citant des études épidémiologiques qui indiquent qu'un nombre important de maladies pour lesquelles il existe un traitement demeurent sous-diagnostiquées. La publicité aurait le mérite d'informer les individus de l'existence d'une solution médicale aux problèmes nuisant à leur qualité de vie et pour lesquels, de toute manière, ils n'auraient jamais consulté un professionnel

3. Mintzes et Baraldi (2000) vont jusqu'à affirmer que le gouvernement canadien ne prend aucune mesure pour faire respecter la loi, et ce, malgré les plaintes déposées par plus de 20 regroupements de consommateurs. Voir Barbara Mintzes et Rosanna Baraldi, « La publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance : quand la protection de la santé n'est plus une priorité », Femmes action pour la protection de la santé, <www.whp-apsf.ca/fr/documents/pdmo_pr.html>, consulté le 26 mai 2006.

de la santé. Bon nombre de professionnels de la santé répondent à cet argument que la publicité de médicaments d'ordonnance est néfaste pour la compréhension qu'a le public de la pharmacothérapie et qu'elle est préjudiciable à la pertinence des soins⁴. La publicité aurait pour effet d'exercer une plus grande pression pour la prescription de nouveaux médicaments. Les compagnies de recherche pharmaceutique se défendent bien de faire de la pression par personne interposée, voire de faire connaître leurs nouveaux produits en ayant recours à des moyens de communication incitatifs⁵. Or, on le sait, toute entreprise privée se doit d'attirer un niveau appréciable d'investissements et de faire progresser ses bénéfices : c'est par la construction de biomarques qu'un laboratoire peut accéder au statut de *biopharma* mondiale (Kotler et Simon, 2004).

Et c'est là tout le paradoxe de notre économie libérale : on tient l'industrie pharmaceutique responsable des problèmes liés à la surconsommation de médicaments, en même temps qu'on attend d'elle qu'elle performe et étende ses marchés. Or, dans une société complexe comme la nôtre, la publicité pharmaceutique ne profite pas qu'à l'industrie. Elle sert les intérêts personnels de divers détenteurs du pouvoir médical : décideurs, administrateurs, assureurs, professionnels de la santé, spécialistes du comportement, etc. Cette caractéristique fait d'elle la voie de transmission par excellence du « santéisme », une idéologie qui consiste à élever la santé de l'individu au rang de valeur suprême, favorisant ainsi la privatisation des moyens *a priori* destinés au bien-être collectif (Crawford, 1980).

Cela étant dit, le santéisme n'avantage pas seulement les acteurs du pouvoir médical. Dans sa forme plus actuelle, exacerbée, l'idéologie de la « santé-pour-soi » substitue au paternalisme médical des valeurs associées à l'économie de marché et trouve sa plus parfaite expression dans des pratiques de consommation ostentatoire de produits dits « santé⁶ » (Greenhalgh et Wessely, 2004).

Finalement, la publicité pharmaceutique épouse aussi les intérêts de plusieurs autres acteurs extérieurs au domaine de la santé. Pensons par exemple aux enseignants et aux spécialistes du comportement à qui profitent, bien

-
4. Canada, Ministère de la Santé, *Renouveau de la législation-document de référence, Publicité directe des médicaments d'ordonnance*, 11 août 2003, Ottawa, Santé Canada, 2003, p. 8.
 5. Voir l'article *b* du point *iii*, intitulé « L'éducation et l'information des professionnels de la santé et des patients », de l'introduction du *Code de déontologie de l'association Les compagnies de recherche pharmaceutique (Rx&D)*, janvier 2006, p. 3.
 6. La quantité de publicités évoquant un thème lié à la santé dans les magazines féminins est effarante. On pourrait même émettre l'hypothèse que le médicament est devenue la métaphore structurale dominante du discours publicitaire. Tout est thérapeutique : les aliments, les produits de beauté, les vêtements, les meubles, les accessoires de décoration, etc.

qu'indirectement, les traitements pour le déficit d'attention et l'hyperactivité. Les antidépresseurs changent la qualité de vie non seulement de la personne dépressive, mais aussi de son entourage.

On a beaucoup décrié la contribution de l'industrie pharmaceutique à la médicalisation des phénomènes normaux, et l'on s'est insurgé contre le recours au médicament pour résoudre des problèmes sociaux (Stimson, 1975). Dire à la manière de Foucault que les médicaments sont une forme de biopouvoir est presque de l'ordre du cliché. L'affirmation n'en est pas moins pertinente. Les traitements pharmaceutiques font effectivement partie de ces techniques du soi qui investissent la vie et permettent de contrôler les processus biologiques affectant les populations (Foucault, 1976, 1997). De toute évidence, la biopolitique du médicament ne sert pas qu'une seule instance, mais plutôt un réseau d'intérêts plus ou moins convergents.

L'industrie pharmaceutique n'en est pas moins la première à figurer au banc des accusés. Pour ses représentants, la médicalisation des phénomènes normaux est un faux problème : les plus grands écueils de la consommation de médicaments tiendraient surtout à l'usage déficient et à la non-adhésion aux traitements (Bonaccorso et Sturchio, 2002, p. 910). Il reviendrait à l'individu et non aux instances gouvernementales de déterminer ce qui constitue ou pas une vicissitude normale de la vie. On invoque l'argument classique voulant que le citoyen ait librement accès à toutes les sources d'informations disponibles pour prendre une décision éclairée. La position défendue est simple : pour protéger ce libre accès, on ne devrait pas empêcher l'entreprise de communiquer directement avec le grand public. Notons l'emploi stratégique du mot « communiquer » : en subsumant l'activité promotionnelle sous l'appellation de « communication directe avec le public », l'industrie contribue à accroître la confusion des genres entre l'information et la publicité. Les messages publicitaires ne sont pas que des messages d'information. La fonction première de ces textes est de persuader. Elle ne laisse aucune place au libre arbitre et encore moins à la délibération. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que l'enjeu principal de la plupart des recherches en communication sur le médicament ait été de départager ce qui relève de l'information et ce qui est plutôt de l'ordre du marchandage.

2. LES ASPECTS LÉGAUX ET ÉTHIQUES DE LA PUBLICITÉ PHARMACEUTIQUE

Au lieu d'affirmer que la publicité directe auprès du public pour les médicaments d'ordonnance est interdite, certains diront plutôt qu'elle est encadrée par un ensemble de lois qui limitent cette pratique. Au cours des dernières années, les échappatoires juridiques auxquelles donne lieu l'interprétation des lois ont en effet ouvert la porte à une augmentation considérable du volume de publicités de médicaments

d'ordonnance. Malgré l'interdiction de la Loi sur les aliments et drogues du Canada, le ministère de la Santé en est venu à permettre la diffusion de deux types de messages :

- des publicités de rappel dans lesquelles on ne présente que le nom des marques, sans information sur le mode d'emploi et les bénéfices pour la santé, et sans obligation de présenter les risques (conformément à l'article C.01.044 du *Règlement sur les aliments et drogues*⁷);
- des messages de maladies ou dits «de recherche d'aide» qui informent de l'existence d'un traitement, sans le nommer ni le décrire, et sans obligation d'en présenter les risques, puis dans lesquels on invite les consommateurs à discuter avec leur médecin. Ces messages ne sont pas considérés comme des annonces publicitaires, mais comme de l'information.

Le Programme des produits thérapeutiques est l'autorité compétente qui assure la conformité et l'application de la loi en matière de publicité des médicaments. L'industrie pharmaceutique dispose aussi de ses propres mécanismes de contrôle. Le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique (CCPP) est une agence indépendante d'examen de la publicité pharmaceutique dont le rôle est «de veiller à ce que les médicaments de prescription fassent l'objet d'une publicité exacte, équilibrée et étayée par des données probantes⁸». Les allégations des publicités pharmaceutiques doivent être conformes aux exigences du code d'agrément du CCPP et au code de déontologie de l'association nationale Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D). Les activités d'examen en ce qui concerne les publicités produites à l'intention des professionnels de la santé ont été déléguées au CCPP et celles relatives à l'examen des publicités de médicaments en vente libre ont été déléguées au bureau des Normes canadiennes de la publicité. Les codes de ces agences n'ont assurément pas le même poids qu'une législation. Leur observance repose sur une base strictement volontaire. La participation de la direction du Programme des produits thérapeutiques de Santé Canada, à titre d'observateur d'office, au processus d'examen des publicités présumées non conformes aux exigences du code lui confère tout de même une certaine autorité. Notons que les consommateurs n'ont accès à aucune information concernant le traitement des plaintes.

Parallèlement au système prospectif de législation et d'encadrement des pratiques publicitaires, il y a le régime de responsabilité délictuelle ou, comme on l'appelle dans le droit civil québécois, de responsabilité extracontractuelle. Ce

7. C.01.044 (1) *Quiconque fait la publicité auprès du grand public d'une drogue mentionnée à l'annexe F (médicaments d'ordonnance) doit ne faire porter la publicité que sur la marque nominative, le nom propre, le nom usuel, le prix et la quantité de la drogue.*

8. <www.paab.ca/index_fr.html>, consulté le 28 février 2006.

régime intervient plutôt de façon rétrospective. Il permet à une personne de poursuivre une autre personne qui, par un manquement volontaire ou involontaire, lui aurait causé un dommage sans qu'aucun contrat ne soit intervenu. Dans ce régime, la plupart des contentieux liés à la communication des risques encourus lors de la consommation d'un médicament se butent à deux grandes questions : le litigieux problème de la connaissance et de l'évaluation des risques par le fabricant, et la question de l'intervention du médecin dans la diffusion des informations (Peppin et Carty, 2001, p. 334-337). Pour prouver qu'une compagnie pharmaceutique a frauduleusement dissimulé un risque lié à la consommation d'un de ses produits, il faut d'abord démontrer que la compagnie connaissait ce risque. Comme le notent judicieusement Peppin et Carty (p. 337), les difficultés liées à l'établissement des rapports de causalité entre un médicament et ses effets secondaires potentiels rendent les poursuites pour manquement en matière d'informations beaucoup plus difficiles. Par ailleurs, il faut aussi démontrer que le fabricant a omis d'informer correctement les médecins, lesquels sont reconnus comme des intermédiaires compétents, suivant la règle formulée dans le jugement de la cause *Buchan c. Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd*, à la Cour d'appel de l'Ontario, (Peppin et Carty, p. 334) et reprise en 1995 par la Cour suprême du Canada dans la cause *Hollis c. Dow Corning Corporation*. On a jugé que dans le cas d'un produit à forte teneur technique, utilisé sous la surveillance d'experts, il n'était pas réaliste de penser que toutes les informations concernant les risques encourus puissent être directement communiquées au consommateur par le fabricant. C'est la règle de « l'intermédiaire jugé compétent » qui s'applique à la relation entre les fabricants de produits médicaux et les consommateurs de ces produits, dans la mesure où la décision du consommateur repose principalement sur le jugement d'un intermédiaire reconnu compétent et capable de relayer l'information. Selon cette règle, le fabricant peut s'acquitter de son obligation de mettre en garde le consommateur final en avertissant « l'intermédiaire compétent des risques inhérents à l'utilisation du produit »⁹.

Pour déterminer les conditions d'application des lois en vigueur ou les recours possibles lorsque des dommages ont été subis, il faut être en mesure d'évaluer la nature des messages de l'industrie pharmaceutique. La recherche en communication devient alors particulièrement utile, tant pour les juristes que pour les publicitaires. Ces derniers ont déployé des trésors d'ingéniosité pour contourner la réglementation et travestir les discours publicitaires de leurs clients. Cette situation a de quoi inquiéter, car les citoyens ne disposent pas d'une compétence égale en matière de culture publicitaire. Et sur ce plan, les professionnels de la santé comptent curieusement au nombre des plus démunis. Une étude réalisée pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par Barbara Mintzes auprès de

9. <www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/fr/pub/1995/vol4/html/1995rcs4_0634.html>, consulté le 1^{er} mars 2006.

228 professeurs en médecine ou en pharmacie, répartis dans 64 pays de toutes les régions du globe, montre que la plupart des étudiants ne reçoivent l'équivalent que d'une demi-journée de formation sur la commercialisation du médicament. Le tiers des étudiants de médecine n'ont droit qu'à une heure ou deux de formation sur les pratiques de promotion de l'industrie pharmaceutique (Mintzes, 2005, p. v). D'autres études sur les connaissances que les étudiants en médecine et les médecins eux-mêmes ont du marketing pharmaceutique mènent à des conclusions aussi navrantes (Bellin *et al.*, 2004; Monaghan *et al.*, 2003; Watkins et Kimberley, 2004). La création de programmes d'éducation au marketing pharmaceutique, à l'intention des médecins, est une préoccupation grandissante (Agrawal *et al.*, 2004; Wofford et Ohl, 2005; Anastasio et Little, 1996). La question du bon usage ou de l'usage rationnel des médicaments demeure néanmoins première.

3. LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS DE L'USAGE

Comment s'assurer que les individus font un usage approprié des médicaments ? Quels sont les principaux déterminants de leur usage ? Voilà une façon classique de s'interroger sur les aspects sociaux de l'usage des produits pharmaceutiques. C'est du moins en ces termes que sont examinées les dimensions problématiques de la consommation de médicaments dans le volet psychosociologique des sciences de la santé. On présume que l'usage que les individus font des médicaments découle de l'interaction d'un ensemble de facteurs psychologiques, sociaux et économiques. C'est la combinaison de leurs effets qui orienterait l'usage. Conséquemment, on favorise dans ce genre d'études le recours à des analyses multivariées (Moisan *et al.*, 2000, p. 22; Al-Windi *et al.*, 2003; Payne, 2004).

L'examen des déterminants sociaux de l'usage du médicament est aussi une préoccupation pour nombre de chercheurs intéressés par la communication, l'éducation ou la littératie en matière de santé. Il s'agit pour ces chercheurs d'une étape préalable essentielle à toute forme d'intervention auprès d'un public bien ciblé, en vue de promouvoir ou de normaliser la consommation de médicaments. Les thèmes abordés dans ce domaine sont nombreux et variés, pour ne citer que quelques exemples : l'usage d'analgésiques chez les jeunes athlètes voulant masquer des blessures qui pourraient les empêcher de participer aux compétitions (Tricker, 2000); l'échec de la pilule contraceptive chez les femmes du Bangladesh (Saha *et al.*, 2004); l'usage des médicaments en aérosol (Chen *et al.*, 2002; Rau, 2005); la prévention et le traitement des diarrhées infantiles (Kaur *et al.*, 1994), etc.

Dans ce genre d'études, on suppose que la recherche des déterminants de l'usage permettra de produire un message correspondant plus adéquatement à la réalité du destinataire. On présume que le message ainsi produit sera plus efficace, c'est-à-dire qu'il favorisera l'apparition du comportement attendu chez le

destinataire, conformément aux règles de ce qu'il est convenu d'appeler «le bon usage», «l'usage approprié» ou «l'usage rationnel» des médicaments. Les recherches visant à connaître le point de vue des usagers sont jugées plus pertinentes (Morris et Shulz, 1992). La visée de ces recherches est essentiellement prospective; les demandes de financement pour l'élaboration de campagnes de prévention ont plus de poids lorsqu'elles sont accompagnées de données probantes.

On peut comprendre l'importance que revêt dans le domaine de la santé la prise de décision fondée sur des données empiriques, dont la validité est clairement établie, suivant préférentiellement un protocole conforme à la logique des essais cliniques randomisés (O'Neill, 2003). On peut aussi comprendre comment, dans le champ disciplinaire des études en communication, ce type de recherches a occasionné un retour en force des questionnements à saveur fonctionnaliste. Parallèlement à cette montée, l'émergence des études culturelles (*cultural studies*) et leur extension au domaine de la santé ont constitué un contrepoids de taille à la vision mécaniste et «désobjectivisante» des approches déterministes. Nous y reviendrons plus loin. Notons déjà que le domaine de la communication en santé ne se limite pas à la réalisation d'études préalables, formatives ou sommatives, en vue de l'évaluation de campagnes de prévention. Ce domaine dit de la «communication en santé» est distinct du secteur «promotion de la santé» des programmes de santé publique ou de santé communautaire dans la mesure où sa préoccupation première n'est pas la santé, mais bien la communication, soit le processus par lequel s'actualisent les discours sur la santé, incluant les conditions de leur insertion dans le paysage médiatique.

4. UN REGARD TRANSMISSIONNISTE SUR LES PROCESSUS DE COMMUNICATION

Les études en communication se distinguent traditionnellement les unes des autres en fonction de deux pôles : l'émission des messages et leur réception. Les recherches sur la publicité pharmaceutique sont réparties suivant la même logique : du côté de l'émission, on retrouve principalement des analyses de contenu de différentes natures, alors que les préoccupations pour la réception se traduisent par des études sur la perception ou sur l'influence exercée par le message. Dans les pages qui suivent, nous donnerons un bref aperçu des types de recherches qui ont été entreprises sur l'émission et la réception des publicités pharmaceutiques. Nous nous limiterons dans un premier temps aux recherches ayant pour objet la constitution «objective» du message ou la «nature» des perceptions et des effets subséquents du message. Il convient en effet de distinguer ces recherches des études dites interprétatives, pour lesquelles le sens d'un message ne peut être compris indépendamment du contexte de production ou de réception. La présentation des études associées au courant interprétatif suivra celle des études que nous qualifions de transmissionnistes.

4.1. LES ANALYSES DE CONTENU

4.1.1. De l'information à la transformation

La plupart des analyses de contenu recensées ont été réalisées à partir de publicités américaines. Précisons qu'aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) reconnaît non seulement les publicités de rappel et les messages de recherche d'aide, mais aussi les publicités dites de produits particuliers (*product-specific advertisements*), lesquelles incluent le nom du produit et l'état médical traité. La FDA examine les publicités pour s'assurer de leur respect de deux grands principes : l'information transmise doit être exacte et présenter aux consommateurs un juste équilibre des risques et bénéfices du traitement. À cette fin, les publicités doivent comporter un bref résumé décrivant l'efficacité du médicament, ses effets secondaires potentiels, les contre-indications et les précautions à prendre. La grande majorité des publicités américaines sont de ce type. Les étudier n'est pas sans pertinence pour les chercheurs canadiens ou européens, bien au contraire. À l'ère d'Internet, de la télévision par satellite et de la circulation mondiale de la presse écrite, la possibilité que chaque individu se retrouve un jour exposé à de telles publicités est imminente, cela sans compter que des pressions sont constamment exercées en vue de leur légalisation dans d'autres pays.

La grande majorité des analyses de contenu de publicités pharmaceutiques portent sur des messages imprimés. Alors que certaines de ces analyses s'intéressent à l'espace que prennent les publicités dans les médias (Lohiya, 2005) ou leur fréquence (Parker et Delene, 1998), la plupart ont pour objet la nature même des contenus. Leurs questionnements gravitent autour du caractère plus ou moins informatif ou transformationnel du contenu des messages. Les publicités dites informatives transmettraient des données factuelles, vérifiables et pertinentes, dont l'utilité pour les consommateurs est immédiate, alors que les publicités transformationnelles insisteraient davantage sur des qualités abstraites et symboliques, et auraient pour objectif de susciter une réaction affective de la part du public en associant le produit à un ensemble de caractéristiques psychologiques (Puto et Wells, 1984). Dans les faits, aucune publicité pharmaceutique ne correspond qu'à une seule de ces deux formes (Swaminathan *et al.*, 1996). Les études réalisées jusqu'à ce jour offrent un portrait plus nuancé, qui montre que les contenus informatifs tendent à se confondre avec les stratégies de séduction.

Dans une perspective *marketing*, Parker et Delene (1999) ont procédé à une analyse des différents attrait symboliques qu'utilisent les producteurs pharmaceutiques pour promouvoir leurs produits. Le corpus comprenait la totalité des publicités de médicaments sous ordonnance parues dans huit magazines populaires de 1992 à 1995 inclusivement. Six attrait symboliques ont été relevés : le recours à l'autorité du médecin, l'éducation (capacité d'autodiagnostic), l'humour, l'innovation, la résolution de problèmes, le témoignage d'un pair. Les chercheurs ont observé que c'est dans les magazines s'adressant principalement à des femmes

que l'on retrouve le plus grand nombre de publicités de médicaments d'ordonnance. La résolution de problèmes et l'appel à l'autorité du médecin apparaissent comme les stratégies les plus courantes, une position conforme à la règle de «l'intermédiaire jugé compétent», soutenue par la FDA. L'innovation constitue la troisième stratégie la plus courante (16,9 %), suivie par des promesses de transformation, notamment à l'aide de témoignages des pairs (10,2 %), et de l'éducation (9,7 %). Les auteurs notent un déclin des tests d'autodiagnostic.

Dans la même veine, mais de façon plus approfondie, Bell *et al.* (2000a) ont étudié le contenu des publicités de médicament d'ordonnance parues dans 18 magazines américains entre 1989 et 1998. Ces publicités ont été classées selon l'affection traitée, l'incitation (offre de soutien, invitation à s'informer, incitation financière) et l'attrait évoqué (efficacité, bénéfices psychosociaux, facilité d'usage, sécurité). Les chercheurs constatent que les maladies chroniques sont les pathologies pour lesquelles il existe le plus grand nombre de publicités (allergies, maladies cardiovasculaires, problèmes dermatologiques, diabète et maux gastro-intestinaux). Au nombre des affections fortement représentées, on retrouve aussi : les maux susceptibles de ne pas être reconnus comme étant pathologiques (mycose à l'ongle de pied) ; les affections considérées comme insuffisamment traitées (hypertension, dépression) et les troubles pour lesquels il n'existait aucun médicament avant les années 1990 (dysfonction érectile). L'invitation à s'informer est l'incitation la plus courante (35 %). Ce sont 17 % des publicités qui sont assorties d'une incitation financière (rabais, coupon, remboursement garanti, échantillon gratuit). Sur le plan des attraits utilisés, l'étude révèle que deux publicités sur cinq misent sur le caractère innovateur du produit¹⁰. Bien qu'il s'agisse d'une stratégie courante en publicité, son application au domaine pharmaceutique inquiète les chercheurs. Qu'un médicament soit nouveau ne signifie pas pour autant qu'il est meilleur. Au contraire, on en sait souvent beaucoup moins sur son innocuité.

Dans un autre article, rédigé à partir de la même étude, Bell, Wilkes et Kravitz (2000) questionnent la valeur éducative des publicités étudiées. Pour chaque publicité, on a évalué si elle contenait cinq types d'informations médicales relatives à l'affection traitée (nom de l'affection, conceptions erronées, facteurs de risque, prévalence, symptômes) et six types d'informations sur le traitement lui-même (traitements concurrents, mode d'action, taux de succès, comportements favorables à la santé, temps d'action, durée du traitement). Les résultats amènent les chercheurs à conclure que les informations contenues dans les publicités sont somme toute très superficielles. Seulement une minorité de messages donnent

10. La proportion de messages jouant sur l'attrait de la nouveauté est plus élevée que dans l'étude de Parker et Delene (1999), probablement à cause du plus grand nombre de magazines spécialisés compris dans le corpus de Bell, Kravitz et Wilkes, dont des magazines de chasse et pêche, de soins pour enfants, de musique rock, de finance, etc.

des informations sur des items aussi fondamentaux que les facteurs de risque (27 %), le mode d'action du médicament (36 %), les taux de succès (9 %), les traitements concurrents (29 %), la durée du traitement (11 %) et les comportements favorables à la santé (24 %). En revanche, la plupart des publicités offrent d'autres moyens d'en apprendre davantage sur le médicament recommandé et sur l'affection qu'il permet de traiter. À la lumière de ces résultats, il est difficile pour l'industrie d'argumenter que la « communication pharmaceutique » est éducative ou informative, en prenant pour exemple la situation états-unienne.

L'exactitude des renseignements fournis dans les publicités pharmaceutiques est aussi une préoccupation importante. Ces renseignements constituent parfois la seule source d'information dont disposent les consommateurs de médicaments en vente libre. Sansgiry *et al.* (1999) ont fait évaluer 14 publicités, parues dans trois magazines populaires durant les neuf premiers mois de l'année 1994, par cinq enseignants d'une école de pharmacie. Il résulte de cette étude qu'approximativement 50 % des publicités contenaient des informations jugées inexacts. Plusieurs des illustrations ont été jugées comme étant trompeuses en ce qui a trait au groupe d'âge (6 sur 14), aux conclusions cliniques (5 sur 14) et à l'efficacité du produit (5 sur 14). On a jugé que la majorité de ces illustrations minimisaient l'importance à accorder aux effets secondaires (11 sur 14).

Dans une étude plus récente, Sumpradit *et al.* (2003) ont limité leur analyse à deux classes de médicaments : les inhibiteurs de l'enzyme cyclo-oxygénase, appelée COX-2 (antiarthritiques) et les inhibiteurs de la HMG CoA-réductase (traitement anticholestérol). La variété des publicités étudiées a toutefois été élargie pour inclure les publicités télévisuelles, permises depuis 1997. L'objectif était d'analyser les thèmes motivationnels des publicités pharmaceutiques selon deux perspectives :

1. la théorie de l'autorégulation, selon laquelle les individus orientent leurs comportements d'achat en fonction de deux systèmes, soit la recherche d'une finalité positive ou la prévention d'une finalité négative, chacune de ces finalités pouvant être associées à des émotions différentes ;
2. l'orientation culturelle du consommateur, soit l'attrait que peut présenter l'association du produit à des valeurs individualistes (distinction, singularité, indépendance, liberté) ou collectivistes (attachement, appartenance, rapports interpersonnels, harmonie sociale).

Il ressort de l'étude que les thèmes motivationnels utilisés varient grandement à l'intérieur d'une même classe de médicaments, mais que la grande majorité des publicités, toutes marques confondues, en appellent plus à des valeurs individualistes que collectivistes. La diversité des thèmes évoqués pour vendre des médicaments d'une même classe montre bien l'importance que prennent le positionnement et la différenciation symbolique des marques, deux manœuvres clés de la persuasion publicitaire. Notons par ailleurs que les auteurs ont procédé

à une évaluation de la concordance des images et du contenu verbal des messages télévisuels. Les chercheurs ont observé un lien direct ou partiel entre les contenus picturaux et verbaux pour toutes les sections du message, à l'exception de la partie où sont transmises les informations sur les risques encourus. Les risques sont présentés verbalement, sans concordance avec le contenu visuel qui, lui, demeure centré sur les thèmes motivationnels. Les chercheurs signalent que la FDA désapprouve ce manquement à l'obligation de communiquer les risques, lequel se traduit par la présentation d'images distrayantes au moment même où sont signalés les principaux risques associés à la consommation du produit recommandé.

La communication pharmaceutique sur Internet prend aujourd'hui de plus en plus d'importance. Un nombre grandissant de consommateurs recherchent sur Internet pour en savoir davantage sur leurs maux et maladies. Sur ce point, la recherche accuse un retard considérable. Macias et Stavchansky Lewis (2003) ont analysé le contenu de 90 sites Web, rattachés chacun à un médicament précis. Les chercheurs ont observé que l'on trouve un taux beaucoup plus élevé d'incitations financières dans Internet (52 %) que dans les publicités imprimées. Le fait que des transactions puissent être effectuées directement à l'écran favorise ce type de stratégie. En comparaison avec l'étude de Bell, Kravitz et Wilkes (2000). Macias et Stavchansky Lewis notent quelques différences entre les attraits évoqués dans les publicités imprimées et ceux présentés dans les sites Web. On trouve à l'écran une proportion plus importante de références au mode de vie (44 % dans le Web et 6 % dans les publicités imprimées), à la sécurité (24 % et 11 %), à la commodité (52 % et 38 %), à l'action rapide (6 % et 14 %) et à la douceur (9 % et 3 %). Le caractère innovateur (27 % et 41 %) et non médicamenteux du traitement (14 % et 2 %) sont les deux attraits les moins utilisés dans les sites Web. Les chercheurs expliquent que le recours à un média réputé d'avant-garde suffirait à transmettre l'idée d'innovation et que les références plus importantes aux attraits mentionnés suffiraient à renforcer le ton déjà plus médical des publicités électroniques.

4.1.2. Des publics suivis à la trace

Les études qui viennent d'être présentées ont pour principale faiblesse de ne pas aborder une forme de motivation fondamentale en publicité : l'identification. L'orientation essentiellement psychosociologique de ces études a rendu difficile l'intégration de considérations relatives aux dimensions socioculturelles. Les aspects identitaires de la publicité pharmaceutique ont néanmoins été abordés dans une série d'autres études. Ces études ont en commun de partager une vision socioconstructiviste plutôt que fonctionnaliste de la santé. Dans la perspective fonctionnaliste, la maladie est vue comme un état ne permettant pas à l'individu de jouer adéquatement ses rôles sociaux. Ce dernier est une machine dont la conduite doit être comprise en termes d'adaptation à un système de régulation plus vaste (Stam, 2000). Les socioconstructivistes voient plutôt la maladie comme le produit de définitions sociales, attribuées à des comportements susceptibles de

se présenter dans certains contextes sociaux (Ettore et Riska, 1995). De ce point de vue, la publicité pharmaceutique est un produit culturel qui contribue aux constructions symboliques que l'on peut se faire de certains états.

Bien que les études citées ci-dessous soient fondées sur une vision socio-constructiviste de la santé, la perspective adoptée sur le plan méthodologique n'en demeure pas moins objectiviste. La santé est certes vue comme un construit, mais les contenus intervenant dans sa construction sont tout de même examinés comme un donné positif, décomposable et circonscrit dans le temps et dans l'espace. Les composantes de contenu sont dissociées puis comptabilisées comme s'il s'agissait d'éléments dont l'existence peut être traitée indépendamment du contexte qui leur donne un sens : on se demande, par exemple, combien de femmes, de personnes actives ou de personnes de race noire sont représentées dans tel ou tel autre type de publicité.

Cline et Young (2004) se sont ainsi questionnés sur le caractère identitaire ou relationnel des incitations présentées dans le contenu visuel des publicités pharmaceutiques. Les chercheurs arrivent au résultat que plus de 90 % des publicités font miroiter des gains de nature identitaire, en mettant en scène des modèles de personnes en santé, actives et sympathiques. Un tel tableau laisse supposer qu'à l'inverse, les personnes passives, inexpressives ou hostiles sont des gens malades.

Cline et Young notent aussi que 40 % des publicités font valoir des gains relationnels, en présentant des modèles de sociabilité dans lesquels figurent des personnes entourées de leur famille, engagées dans une relation amoureuse, occupées avec des collègues de travail ou s'amusant avec des amis. C'est donc dire que la conformité aux principaux modèles de sociabilité de la civilisation occidentale apparaît comme un signe de santé.

Contrairement aux résultats obtenus par Sumpradit *et al.* (2003), Cline et Young ont pu observer des constantes entre médicaments d'une même classe. Rappelons toutefois que le corpus de cette dernière équipe couvrait un plus grand nombre de médicaments. Cette plus grande diversité a permis de constater, par exemple, que les publicités pour le traitement de la dysfonction érectile mettent principalement en scène un homme et une femme alors qu'on évite de présenter des couples dans les publicités pour le traitement du sida. Dans les deux cas, on veut éviter de faire référence aux couples gais. Les gains relationnels sont tout aussi importants dans le cas du sida que pour celui de la dysfonction érectile, mais l'association du sida aux couples gais est à la fois trop forte et trop indésirable pour que l'on propose des images de couples masculins. Les chercheurs notent par ailleurs que la majorité des publicités de contraceptifs présentent des femmes seules, ce qui renforcerait le stéréotype que la contraception est une responsabilité féminine.

Les questions liées au genre occupent une place centrale dans les analyses socioconstructivistes du contenu des publicités pharmaceutiques et, plus particulièrement, des publicités destinées aux médecins. Ces analyses reposent sur le postulat selon lequel les représentations médicales du corps féminin tendent à véhiculer une vision stéréotypée de la position que doivent occuper les femmes dans notre société (Butler, 1993 ; Martin, 1988, 1991). La situation est encore plus alarmante dans le cas de la publicité médicale, un secteur où le principal défi est justement d'arriver à construire des représentations sexuellement typées des produits recommandés, tout en prenant soin de ne pas vexer un public cible conservateur certes, mais éduqué.

Ettore et Riska (1995) ont recensé un nombre important d'études sur les représentations des femmes dans les publicités à l'intention des médecins, avec une attention plus particulière pour les publicités de psychotropes. Ces études sont regroupées autour d'un nombre assez restreint de thèmes : la proportion plus élevée dans les années 1970 de publicités de tranquillisants montrant des femmes (Mant et Darroch, 1975 ; Prather et Fidell, 1975) ; les représentations stéréotypées des femmes et de leur rapport au travail dans les publicités de tranquillisants (Seidenberg, 1971 ; Prather et Fidell, 1975 ; Chapman, 1979 ; Kleinman et Cohen, 1991) ; la montée dans les années 1980 des publicités pharmaceutiques mettant en scène des hommes (Sullivan et O'Connor, 1988 ; Krupka et Vener, 1985 ; Leppard *et al.*, 1993) ; la répartition des stéréotypes sexuels selon les classes de médicaments (Leppard *et al.*, 1993) ; les stéréotypes sexuels liés aux métiers exercés et aux causes de stress correspondant à ces métiers (Hawkins et Aber, 1988) ; le recours selon le genre à la représentation caricaturale et à la nudité (Hawkins et Aber, 1993).

Arguant que la plupart des études recensées portaient sur des médias anglosaxons, Ettore et Riska (1995) ont entrepris de procéder à une analyse comparative du contenu des publicités de psychotropes diffusées dans les principales revues médicales de Finlande, du Danemark, de la Norvège et de la Suède. Ces quatre pays partagent des caractéristiques qui les distinguent grandement des univers anglo-saxons : les femmes nordiques, surtout les Finlandaises, auraient été beaucoup plus tôt actives sur le marché du travail ; on compte un nombre plus important de femmes médecins et c'est principalement aux médecins que s'adressent les publicités étudiées ; les habitants jouissent d'un système de santé universel, en très grande partie public.

Quatre catégories de médicaments sont incluses dans l'étude : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les tranquillisants mineurs et les hypnotiques-sédatifs. Alors qu'on se serait attendu à un portrait plus singulier pour ce bastion de la social-démocratie, les chercheuses en arrivent au constat qu'avec la montée en popularité des antidépresseurs dans les années 1990, l'image de la femme comme usagère de psychotropes redevient nettement dominante. À quelques

nuances près, cette image est assez homogène d'une revue à l'autre. Ainsi, l'usagère finlandaise type est une femme de 45 ans, présentée comme alerte et active grâce à l'effet bénéfique du médicament. Dans les revues suédoises, presque toutes les usagères sont des femmes de 50 ans, élégantes, de classe moyenne supérieure et présentées à l'inverse, comme étant plutôt passives. Les images danoises offrent un portrait plus varié et mettent davantage l'accent sur la relation.

Lövdahl et Riska (2000) reprennent des données similaires pour comparer trois années, 1975, 1985 et 1995. Sans être en mesure d'identifier un modèle nordique unique qui se démarquerait des tendances anglosaxonnes, les chercheuses notent que les proportions d'hommes ou de femmes figurant dans les publicités danoises et finlandaise étaient inverses aux tendances observées dans les revues américaines durant les années 1970 et 1980. Encore une fois, il semble bien que, dans les années 1990, le marketing massif des nouveaux antidépresseurs ait contribué à exacerber l'image de la femme consommatrice de psychotropes dans l'ensemble des pays nordiques. Cette tendance correspond exactement à ce que l'on peut observer depuis la même période dans les publicités américaines, canadiennes et britanniques (Munce *et al.*, 2004). Même l'idéologie égalitariste des pays nordiques n'a su résister à la globalisation du sexisme pharmaceutique.

Les psychotropes ne sont pas les seuls médicaments associés à des représentations sexistes. Il arrive que certaines publicités soient plutôt neutres sur ce plan. C'est le cas par exemple des publicités d'hypoglycémiques oraux (Mehta *et al.*, 1989). Il en va tout autrement des publicités pour le traitement des troubles cardiovasculaires : on compte trois à quatre fois plus d'hommes au nombre des principaux protagonistes des publicités parues dans les revues médicales américaines les plus souvent citées (Ahmed *et al.*, 2004). Ces données sont inquiétantes lorsque l'on sait que les maladies cardiovasculaires sont la cause de décès la plus répandue tant chez les femmes que chez les hommes en Amérique du Nord. Ahmed *et al.* (2004) en viennent à conclure que cet écart ne serait pas étranger aux fortes disparités qui ont été observées dans les recommandations des médecins – eu égard à la prévention et au traitement des maladies cardiovasculaires – selon que ces derniers aient eu affaire à des femmes ou à des hommes. On pourrait donc formuler l'hypothèse que les construits médiatiques auxquels sont exposés les médecins les amènent à négliger la santé cardiovasculaire des femmes.

4.2. LES ÉTUDES SUR LA PERCEPTION ET L'ÉVALUATION DES EFFETS

Il existe un certain nombre d'études dont le but est de connaître les perceptions qu'ont les consommateurs de la publicité directe de médicaments d'ordonnance. Les six études mentionnées dans le rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur la promotion des médicaments mènent à la conclusion que l'attitude des consommateurs à l'égard de la publicité pharmaceutique est généralement positive

(citées dans Norris *et al.*, 2005 : Lipton, 1986 ; Bell, Kravitz et Wilkes, 1999 ; *Prevention Magazine*, 2001 ; Maddox et Katsanis, 1997 ; Rockwell, 1986 ; Alperstein et Peyrot, 1993).

Dans la même veine, on compte aussi un ensemble d'études visant un objectif plus ambitieux que la connaissance des perceptions, soit celui d'évaluer l'influence que peut avoir la publicité directe de médicaments d'ordonnance sur les décisions des consommateurs. Norris *et al.* (2005) rapportent six évaluations, dont trois mises en situation et trois autres portant sur des circonstances réelles. Parmi les recherches réalisées à partir de situations fictives, on retrouve : l'étude d'Everett (1991) sur les réactions des consommateurs à un scénario où ils se voient pris d'une douleur intense, en même temps qu'ils sont exposés à un message publicitaire pour un analgésique ; l'étude de Bell, Wilkes et Kravitz (1999) sur les réactions hypothétiques des individus à l'éventualité que leur médecin refuse de leur fournir une prescription pour un médicament annoncé ; l'expérimentation de Perri et Dickson (1987), qui ont envoyé de fausses publicités à des personnes ayant déjà un rendez-vous avec leur médecin. Au nombre des études portant sur des circonstances réelles, on compte : un sondage réalisé par le magazine *Prevention* au sujet de l'influence de la publicité pharmaceutique sur la relation des consommateurs avec leur médecin ; une autre étude de Bell, Kravitz et Wilkes (1999) auprès d'adultes de Sacramento, aussi sur la relation des consommateurs avec leur médecin ; finalement, l'étude de Mintzes *et al.* (2002), citée au tout début de ce texte.

Plus récemment, Murray *et al.* (2004) ont réalisé une enquête téléphonique auprès de 3 209 Américains¹¹ pour connaître leurs perceptions des effets de la publicité directe de médicaments d'ordonnance et, dans certains cas, pour évaluer l'influence que cette publicité a pu avoir sur la relation avec leur médecin. Le nombre d'interviewés comprenait un suréchantillonnage de 489 personnes en mauvaise santé, de façon à ce qu'une attention particulière soit portée au public cible des publicités. Des 3 209 personnes interviewées, 308 ont dit avoir discuté du contenu d'une publicité pharmaceutique avec leur médecin. De ce dernier nombre, 226 ont été interrogées au sujet de leur visite chez le médecin. Les auteurs concluent que, selon les données recueillies, la publicité pharmaceutique influencerait de façon plus marquante les personnes au statut socioéconomique faible.

11. Des ajustements ont été effectués afin d'obtenir un échantillon correspondant aux chiffres du recensement États-Unis de l'an 2000. Les poids rajustés au cours de la stratification *a posteriori* comprennent la race, le genre selon la race, l'éducation, l'adhésion à un régime d'assurance-maladie et la taille du ménage.

Elle amènerait ces gens, réputés difficiles à rejoindre par les campagnes publiques de promotion de la santé¹², à parler davantage de leurs problèmes de santé à leur médecin, à se sentir confiants et maîtres de la situation durant la visite.

Une deuxième étude portant cette fois sur la perception qu'ont les médecins des effets de la publicité directe de médicaments d'ordonnance montre que ces derniers sont majoritairement d'avis que cette pratique encourage effectivement les patients à se sentir plus confiants et à parler de leurs problèmes avec eux (Murray *et al.*, 2003). En revanche, l'étude montre que 52 % des médecins jugent l'influence de la publicité comme étant mauvaise et que seulement 31 % la considère bonne ou très bonne. Par ailleurs, on y apprend que 49 % des médecins jugent inappropriées les demandes de prescriptions émanant d'une publicité pharmaceutique, mais que les médecins ont tout de même agi de façon à satisfaire entièrement ou partiellement 69 % de ces demandes inappropriées. Finalement, mentionnons qu'un plus grand nombre de médecins perçoivent les discussions autour d'un médicament annoncé comme une perte de temps (39 %) que comme un facteur facilitant. Les résultats de cette recherche confirment la conclusion aux études citées dans le rapport de l'Organisation mondiale de la santé : la majorité des médecins s'opposent à la publicité directe de médicaments d'ordonnance (études citées dans Norris *et al.* [2005] ; Petroschius *et al.*, 1995 ; Cutrer et Pleil, 1991 ; Lipsky et Taylor, 1997 ; La Puma *et al.*, 1995).

5. LE TOURNANT INTERPRÉTATIF : LA PRODUCTION DE SIGNIFICATIONS

Les études sur les perceptions permettent d'en savoir un peu plus sur l'attitude des consommateurs et des médecins à l'endroit de la publicité pharmaceutique, et l'évaluation des effets fournit des renseignements précieux sur l'influence que la publicité peut avoir sur les actes de prescription. Toutefois, ces recherches en disent peu sur les significations dont les messages publicitaires sont le véhicule. En contrepartie, les analyses de contenu donnent l'occasion de mesurer en centimètres carrés ou en nombre d'occurrences l'importance accordée à différents types d'information, de stratégies ou de publics cibles. Il est néanmoins évident que la fréquence d'apparition d'une phrase ou d'une image ne suffit pas pour comprendre le sens qui lui est rattaché. Les phénomènes dont il faut tenir compte en persuasion sont beaucoup trop complexes pour limiter l'exercice d'influence à un processus linéaire.

12. Notons sur ce point que si les campagnes publiques bénéficiaient d'un budget aussi élevé que ceux des campagnes privées, les publics au statut socioéconomique faible ne seraient peut-être plus réputés « difficiles à rejoindre ». Les auteurs ne disent rien à ce sujet.

De plus en plus de travaux dans le domaine de la communication en santé portent sur les questions de production du sens et d'interprétation. À cause de sa proximité avec les sciences de la santé, ce domaine a traditionnellement été dominé par les approches positivistes ou néopositivistes. L'explosion exponentielle des études sur le sida a complètement transformé ce tableau. Les préoccupations identitaires, morales et politiques que recouvre cette problématique prennent la forme d'interrogations qui vont bien au-delà des questions liées à l'efficacité des campagnes sur le port du condom. Les recherches de plus en plus nombreuses sur le transgendérisme et l'ambisexualité, insufflées par la *queer theory* et la prolifération récente d'études sur le soin de soi¹³, ont occasionné un développement important de la sociologie du corps, avec en filigrane une montée en popularité des études culturelles dans l'ensemble des sciences du social, incluant les études en communication.

À la croisée des études littéraires et du champ du social, les études culturelles forment un courant de recherche transdisciplinaire, centré sur les significations que prennent les pratiques culturelles au sein d'un groupe social donné, compte tenu des rapports de pouvoir dans lesquels s'inscrivent ces pratiques. Appliquées au domaine de la santé, les études culturelles examinent une multitude de pratiques liées à la production de significations : les émissions d'information sur la santé, les articles de magazine sur le mieux-être, les séries dramatiques dont l'action se déroule en milieu hospitalier, etc. La diffusion rapide de ce courant d'idées dans le domaine proprement dit de la « communication en santé » a favorisé la diversification des perspectives empruntées pour l'analyse de la communication pharmaceutique. Aussi, il ne suffit pas en communication de demander comment on peut rendre un message plus efficace, encore faut-il s'assurer que les facteurs concourant à accroître l'efficacité du message ne sont pas dommageables sur d'autres plans. Dès lors, les interrogations peuvent prendre plusieurs formes, dont les suivantes : « Si pour convaincre les jeunes d'avoir recours à la contraception d'urgence, il faut de préférence s'adresser à la partenaire, comment ne pas renforcer l'idée que la responsabilité de la contraception incombe aux femmes ? » ; « En quoi les représentations sociales du corps féminin ou du corps masculin dans les publicités pharmaceutiques peuvent-elles nuire à l'humanisation des soins ? » ; « Comment l'évolution des biotechnologies transforme-t-elle la nature des rapports de communication entre l'institution médicale et les citoyens ? » ; « Comment, par exemple, une telle évolution peut-elle influencer l'adhésion du diabétique aux traitements à l'insuline ? ».

13. En anglais, « *self-care* ».

5.1. AU-DELÀ DES CONTENUS : LE DISCOURS

La publicité ne vend pas seulement des produits ; elle vend aussi des significations qui lui sont rattachées (Frith, p. 1998). La valeur d'échange d'un produit repose sur le jumelage adéquat des propriétés matérielles du produit avec les besoins symboliques du public. Il en va de même pour le médicament. Comme on le montre dans les analyses de contenu, les vertus curatives du produit pharmaceutique sont associées à des images d'activité, de bonheur et de relations sociales satisfaisantes. L'analyse thématique ne suffit pas toutefois à rendre compte des systèmes symboliques dont font usage les publicitaires. L'analyse de contenu permet d'affirmer, par exemple, que la plupart des publicités de médicaments pour la dysfonction érectile mettent en scène des couples hétérosexuels, heureux et amoureux, mais cette information ne donne aucune indication sur le type de relation qui est mis de l'avant (engagée, occasionnelle, naissante, de longue date, etc.), sur le ton employé (humoristique, romantique, sanitaire, lubrique, etc.), sur les principaux bénéficiaires du gain proposé (l'homme, la femme, le couple, l'entourage, etc.), sur les métaphores utilisées (le sport, la danse, le travail, le transport, etc.) et sur la facture du message (comédie musicale, feuilleton, information médicale, etc.). Ce sont pourtant ces éléments de sens qui permettent aux compagnies de positionner leurs produits par rapport aux produits concurrents. Or ces éléments ne peuvent être compris qu'en lien les uns avec les autres, dans leur contexte. C'est là le principal argument que les analystes du discours font valoir pour défendre leur démarche, fondée sur la recherche de déterminants structuraux.

5.2. LES ANALYSES STRUCTURALES DU DISCOURS PUBLICITAIRE

La compréhension du message publicitaire est orientée par l'organisation du texte et non seulement par son contenu. La structure du texte est en soi porteuse de sens et la nature des significations qui en émergent est essentiellement idéologique. Les systèmes symboliques intervenant dans la construction des messages publicitaires reposent sur un ensemble de croyances historiques, politiques ou sociales. L'analyse structurale de discours et, plus particulièrement, l'analyse structurale critique de discours, a pour objectif d'examiner de quelle manière la forme d'un message détermine la nature de son contenu. L'idée de forme est prise au sens large. Il ne s'agit pas de limiter l'analyse à l'influence des structures grammaticales, sémiotiques ou sémantiques. L'étude peut aussi être de nature sémiopragmatique et inclure des aspects plus dynamiques de l'organisation discursive, soit les stratégies d'interaction, de légitimation, de persuasion, etc. C'est pourquoi la rhétorique y est souvent associée, bien que, sur le plan historique, cette discipline n'ait que peu ou prou de lien avec la pensée structuraliste. L'analyse structurale peut aussi porter sur des processus et inclure un examen des modalités de production et de compréhension du discours, ou encore de formation et de cristallisation des représentations sociales.

Il est parfois difficile d'établir avec précision le cadre opérationnel auquel correspondent les analyses de discours réalisées dans le domaine de la communication de la santé. Les chercheurs qui ont réalisé ces études ont souvent pour caractéristique de n'avoir pas évolué dans les créneaux d'une discipline traditionnelle telles la sociologie, la linguistique ou la sémiologie. Par conséquent, plusieurs études peuvent se réclamer de la sociologie culturelle, de la sémiotique, de la narratologie ou de la rhétorique sans qu'une différence marquante sur le plan de la méthode et des modalités d'interprétation puisse vraiment être identifiée. C'est le cas des analyses de discours que nous avons recensées. C'est pourquoi il nous a semblé préférable de les présenter en fonction d'un découpage thématique, qui respecte la nomenclature des auteurs, plutôt que strictement méthodologique.

5.2.1. Représentations culturelles et construction du patient

La recherche de Lupton (1993) sur la construction du patient dans les publicités médicales¹⁴ est certainement l'une des plus citées. L'auteure a examiné, une à une, les 1 145 publicités parues dans le magazine *Australian Dr Weekly* durant la période d'octobre 1991 à mars 1992. Elle remarque entre autres que plusieurs de ces publicités ont en commun de représenter le corps humain en morceaux, comme s'il avait subi un démembrement¹⁵. Le cadrage photographique est métonymique : la partie tient pour le tout. Dans les publicités pharmaceutiques, contrairement aux autres publicités médicales, ce sont les corps masculins qui font le plus souvent l'objet d'une fragmentation. Lupton note aussi que la métaphore de la machine et du patient « cyborg » ou androïde est dominante, et que ce patient mi-humain, mi-machine, est toujours masculin. Contrairement à la représentation de l'homme mécanique, la femme est dépeinte comme une « fille » sentimentale et désireuse de plaire. Très vulnérable, elle a par surcroît grand besoin que son médecin la protège, avec des médicaments, cela va de soi.

Lupton observe en outre que les images présentant des femmes, ou des fragments de femmes, sont beaucoup moins nombreuses. Elle en conclut que les femmes sont représentées dans les magazines médicaux comme des êtres marginaux, hors norme, voire anormaux. L'archétype du patient n'est ni plus ni moins qu'une pièce mécanique issue d'un corps désubjectivisé, anonyme et de sexe masculin. Un tel archétype aurait pour effet ultime, selon l'auteur, de déshumaniser la relation médecin-patient.

L'analyse de Whittaker (1998) confirme les observations de Lupton. Whittaker compare deux publicités d'hormonothérapie pour femmes et deux publicités d'hormonothérapie pour hommes, puisées aussi dans des revues

14. Lupton (1993) utilise le terme « publicité médicale » pour désigner l'ensemble des publicités publiées dans une revue médicale, incluant les publicités pharmaceutiques.

15. En anglais, « *dismembered* ».

médicales australiennes. Elle note que le corps féminin avant traitement est dépeint comme surmené, grotesque et incontrôlable, alors que le corps des hommes est effectivement absent. Tout ce qu'il en reste, c'est l'appareil génital dans une première publicité et un visage éteint dans l'autre.

5.2.2. Signes, référents et mythologie

Peppin et Carty (2001) ont procédé pour leur part à ce qu'elles appellent « une analyse sémiotique » des publicités pour le traitement d'hormonothérapie de substitution *Premarin*. S'inspirant des écrits de Roland Barthes (1972) sur la mythologie, les chercheuses entreprennent dans un premier temps de définir les systèmes de référence qui sont en amont des idéologies inhérentes à la production de significations. La littérature sur la culture de la relation médecin-patient amène les auteures à postuler que le système de référents sur lequel s'appuie la publicité pharmaceutique en appelle à deux modèles de relations hiérarchiques : le pouvoir paternaliste du médecin à l'égard de ses patients et le modèle d'une médecine interventionniste et héroïque. Peppin et Carty analysent les formes que prennent ces deux modèles dans six différentes publicités de *Premarin*, parues dans le *Journal of Obstetricians and Gynecologists of Canada*, de 1986 à 2000 inclusivement. Ce faisant, elles examinent comment ces modèles de domination, tels qu'ils sont véhiculés dans les publicités, donnent lieu à des représentations stéréotypées et discriminatoires de certains groupes sociaux reconnus par la loi comme étant plus vulnérables aux préjugés sociaux et politiques. Les chercheuses en viennent à démontrer que les valeurs sous-jacentes aux publicités de *Premarin* reposent sur des représentations stéréotypées des femmes, de la ménopause et de la relation médecin-patiente. Cette attitude condescendante qui émane du discours publicitaire n'est pas sans répercussion pour la santé des femmes, dans la mesure où elle mine leur position comme êtres autonomes et capables de prendre des décisions éclairées.

Dans la même veine, Scott *et al.* (2004) empruntent aussi des éléments de Barthes pour analyser les mythes transmis dans les publicités pharmaceutiques destinées aux médecins. Chacune des interprétations proposées est le résultat de longues discussions entre les chercheurs. Trois analyses de publicités parues dans la revue *BMJ*¹⁶ sont données en exemples :

16. Pour *British Medical Journal*.

- la publicité d'*Approvel* proclame que le médicament est tout indiqué pour le traitement de l'hypertension en évoquant le mythe¹⁷ hétéronormatif de la complémentarité « naturelle » de l'homme et de la femme¹⁸ ;
- la publicité du médicament pour l'asthme *Symbicort* promet de transformer la vision que les consommateurs se font de l'asthme, en alliant le thème de « la lutte contre la maladie » avec celui de l'érotisme¹⁹ au moyen d'une image qui montre une femme-serpent s'enrouler autour d'un palmier, tel un caducée ;
- la publicité de l'anticancérigène *Taxotere* reprend le tableau de Delacroix *La Liberté guidant le peuple*, dans lequel une jeune révolutionnaire aux seins nus symbolise à la fois la liberté, la lutte et la mère nourricière²⁰.

Selon Scott *et al.* (2004), le mythe permet de dresser un portrait exagéré des vertus thérapeutiques du médicament. Le mythe offre en outre la possibilité de jouer sur plusieurs niveaux d'ambiguïté. L'esthétique du nu dans la publicité pharmaceutique se prête particulièrement bien à ce jeu, l'intérêt pour la physiologie servant d'alibi aux regardeurs. Les nombreuses références à l'érotisme et à l'exotisme dans les publicités donnent l'occasion aux médecins de s'évader de l'atmosphère austère de la clinique. L'espace de quelques instants, la patiente à moitié dévêtue du cabinet est remplacée par un corps nu magnifié, non réductible au regard médical. La publicité pharmaceutique, concluent les auteurs, est une forme de vente agressive qui vient à bout de son destinataire en douceur ; d'où le titre de l'article, *Killing me softly*.

5.2.3. Rhétorique et incitation à la médication

Les mots utilisés puisent leur sens dans une chaîne de significations dont le lien avec le produit représenté est plus ou moins immédiat. Le nom du médicament *Approvel* pour l'hypertension renvoie au mot anglais « *approval* ». Le nom *Celebrex* est associé pour sa part au mot « *celebrity* ». Si le slogan « *Go low Prempro* » sied bien à la publicité pour l'hormonothérapie de substitution, son utilisation pour la

-
17. Une femme dans une piscine près d'une plage s'étire pour embrasser un homme accroché en position inversée sur un plongeon ; les deux corps sont « tendus » l'un vers l'autre, dans un site de vacances qui invite à la détente...
 18. De ce fait, la publicité contribue à renforcer l'« hétéronormativité ».
 19. L'image suggestive d'une femme-serpent tout aussi élégante qu'enveloppante est utilisée pour évoquer à la fois le *pharmakon* de Platon, soit la dualité remède/poison, et le *caduceus*, symbolisant Aesculapius, le dieu gréco-romain de la médecine. Du même coup, la publicité propose une association provocante entre plusieurs mots en S (*Symbicort*, *snake*, *sex*).
 20. La publicité, rappellent les auteurs, est empreinte d'un érotisme qui, malgré sa discrétion, s'est valu les foudres d'un lecteur du *BMJ* (voir la critique de Liam Farrell, 2000).

vente du *Viagra* ferait plutôt sourire... En publicité, les mots sont choisis pour leur pouvoir de persuasion. L'expression «trouble de la personnalité évitante» peut suffire pour persuader une personne très timide de se faire soigner (Derkatch et Segal, 2005). La publicité pharmaceutique est donc un terrain fertile pour l'analyse rhétorique. Segal (2005) suggère notamment de recourir à la rhétorique pour étudier le problème de l'adhésion aux traitements, lequel constitue d'abord et avant tout, à son avis, un problème de persuasion. Dans cette perspective, l'incitation à l'action en matière de médication nécessite que l'on réfléchisse à plusieurs points :

- les motifs, les comportements et les modes de relation sous-jacents aux termes utilisés (par exemple, les raisons qui motivent le choix de termes évoquant la soumission tels «observance», «adhésion» ou «assiduité», plutôt que d'un terme à connotation plus égalitaire comme «concordance»);
- les processus d'identification intrinsèques à la relation patient-soignant ;
- l'*ethos*, soit la conduite du prescripteur à l'égard du patient ;
- la fiabilité du traitement eu égard aux bénéfices attendus ;
- la structure de l'argumentation ;
- le contexte rhétorique (la relation entre les discours publics et privés sur la santé, le statut des savoirs professionnels, les politiques relatives au consentement éclairé, etc.).

5.2.4. Les récits de la transformation : histoires personnelles et narrations médiatiques

L'analyse de récits forme une autre grande préoccupation chez les rhétoriciens qui s'intéressent aux médicaments. Dans le domaine de la santé, les récits de la transformation du corps par la maladie ou les traitements médicaux sont des formes «incarnées²¹» de rhétorique : ces récits ne font pas que traiter de l'expérience corporelle, ils se vivent à travers elle (Beck, 2005, p. 68-69). L'incitation à prendre des médicaments se vit également par l'intermédiaire du corps, ne serait-ce que par l'entremise des signaux non verbaux échangés au cours de la consultation médicale ou à la vue des images publicitaires. Ce moment clé dans la décision d'entreprendre ou non un traitement est souvent lui-même matière à récit : l'acceptation d'une chimiothérapie préventive, la première consultation pour une prescription d'anovulants, le refus d'administrer des psychostimulants à son enfant, etc. En ce sens, la narration est un processus éminemment relationnel et par extension, communicationnel. Elle fait partie intégrante des rituels liés à l'usage du médicament. Les récits de l'offre ou de la demande d'un médicament

21. En anglais, «*embodied*».

ne servent pas seulement à la construction de soi ou au travail de coconstruction de la maladie ; plusieurs de ces récits sont destinés à nourrir les débats publics sur le médicament (Japp, 2005, p. 54). La recherche sur la publicité pharmaceutique peut alors prendre deux formes : elle se traduit soit par une analyse des récits qui traversent le discours sur le médicament ou, alors, elle devient elle-même une entreprise de production du récit historique.

Les travaux de Fishman et Mamo (2001) appartiennent au premier type. Dans un premier texte, les chercheuses entreprennent de démontrer de quelle manière les traitements pour la dysfonction sexuelle contribuent à renforcer la normativité du genre, en procédant à une analyse des récits culturels dominants qui traversent les publicités du *Viagra* et de l'appareil EROS-CTD²² (Fishman et Mamo, 2001). En fait, les « récits culturels » dont il est question dans cette étude ne sont ni plus ni moins qu'une série de préceptes qui procèdent de l'idéologie dominante en matière de sexualité. Il ne s'agit donc pas de narrations au sens littéraire du terme.

L'analyse permet ainsi de révéler la présence dans les énoncés publicitaires de toute une série de préconceptions hétéronormatives : l'hégémonie de la sexualité masculine, l'omniprésence du désir masculin, le phallocentrisme, le désir immuable de pénétration, la construction de l'impuissance comme un problème de couple, le surinvestissement dans la sexualité génitale, le plaisir féminin au bénéfice de l'autre, la négation de l'autoérotisme, etc. Dans un autre texte, Mamo et Fishman, (2001) expliquent que ces préconceptions n'excluent pas la possibilité de « lectures » différentes du contenu des publicités. Ainsi, bien que les publicités de *Viagra* mettent en scène des couples présumés mariés, le terme « *partner* » est employé de préférence à « *spouse* » pour laisser une ouverture à la sexualité hors mariage. Les contradictions contribuent à ce que les technologies pharmaceutiques soient perçues comme un traitement libérateur en même temps qu'elles sont utilisées pour discipliner le corps.

Pour leur part, Baglia (2005) et Castro-Vázquez (2006) ont œuvré, chacun de leur côté, à constituer le récit historique de la popularisation du *Viagra*. Alors que Castro-Vázquez a limité son étude aux aspects politiques de la « Viagrisation²³ » de la masculinité japonaise, Baglia a voulu faire suite aux travaux de Fishman et Mamo en étudiant en détail la construction médiatique du losange bleu dans la presse américaine et dans différents supports publicitaires. À la différence de ses prédécesseures, Baglia a choisi de centrer son analyse sur la

22. Approuvé en l'an 2000 par la Food and Drug Administration, l'EROS-CTD (*clitoris therapy device*) est un appareil destiné à corriger les dysfonctionnements sexuels de la femme en opérant une succion sur le clitoris qui a pour effet de provoquer l'afflux sanguin.

23. Le terme utilisé en anglais est « Viagrization », voir Castro-Vázquez, 2006, p. 110.

masculinité. Son objectif était de déconstruire le discours sur le contrôle des érections en vue de reconsidérer les définitions traditionnellement attribuées au genre masculin.

5.3. LA RÉCEPTION DU DISCOURS PUBLICITAIRE

La variété et la richesse des discours médiatiques sur le *Viagra* ont donné lieu à l'élaboration d'études fouillées sur les référents idéologiques de la publicité pharmaceutique et sur l'action structurante de cette dernière dans la vie sociale. Pour que ces discours puissent effectivement marquer les relations sociales, il est nécessaire qu'ils soient relayés par des acteurs, au sein de la chaîne du médicament (Garnier, 2003). Les discours ne sont toutefois pas des produits statiques ; ils sont adaptés, transformés et parfois détournés, suivant le cours de l'activité discursive. Parce que la réception est un processus collectif de production de sens, au même titre que la création et l'émission de messages, elle se prête bien à l'analyse interprétative.

Dans cette perspective, les chercheurs néo-zélandais²⁴ Vares *et al.* (2003) ont étudié l'interprétation que les hommes font des représentations du *Viagra* en circulation dans la culture populaire. Le point de vue de Vares *et al.* sur l'influence exercée par la publicité se démarque considérablement des chercheurs structuralistes et poststructuralistes. Vares *et al.* entendent contribuer de façon empirique au débat qui oppose les critiques de l'exploitation publicitaire, d'une part, et les tenants de la littérature publicitaire (Meyers, 1999²⁵) d'autre part. Ils expliquent que, pour ces derniers, les consommateurs afficheraient un « scepticisme cultivé » à l'égard des textes publicitaires (Hirschman et Thompson, 1997²⁶), voire un cynisme à l'égard de la publicité pharmaceutique (Hodnett, 1995²⁷). Autrement dit, les membres du public seraient eux-mêmes des producteurs actifs de significations (Iser, 1978²⁸) : ils contribuent ensemble à la construction de leur propre culture d'interprétation, à l'encontre parfois de l'industrie médiatique (Fiske, 1987²⁹). En ce sens, les consommateurs seraient pour certains théoriciens potentiellement capables d'exploiter eux-mêmes la publicité (Fowles, 1996³⁰).

24. La Nouvelle-Zélande, nous le rappelons, est le seul pays avec les États-Unis où la publicité directe de médicaments d'ordonnance est légale.

25. Cité dans Vares *et al.* (2003), p. 102.

26. *Idem.*

27. *Idem.*

28. Cité dans Hirschman et Thompson (1997), p. 45.

29. *Idem.*

30. Cité dans Vares *et al.* (2003), p. 102.

L'objectif de l'étude de Vares *et al.* est d'examiner les significations produites par les publics de différents «textes» de culture populaire sur la «médicalisation de la sexualité mâle». À cette fin, les chercheurs ont exposé trois groupes d'hommes adultes à cinq publicités imprimées du médicament *Viagra*, ainsi qu'à deux épisodes de séries télévisuelles³¹ dans lesquels les personnages font usage du losange bleu. L'idée derrière ce mélange des genres culturels était d'observer comment «l'intertextualité commerciale» pouvait opérer. Pour en savoir davantage sur l'influence des publicités, il semblait nécessaire aux chercheurs d'examiner non seulement les réactions des hommes aux messages de Pfizer, mais aussi à l'explosion discursive qui accompagnait la campagne. La stratégie reposait sur le postulat que, dans l'expérience de l'écoute télévisuelle, les catégories séparant les contenus, les publicités et les biens de consommation tendent à s'effondrer; il devient de plus en plus difficile pour les téléspectateurs de différencier l'objet de son image et de distinguer la publicité du produit annoncé (Jansson, 2002³²).

Les propos qui émanent des groupes de discussion révèlent que les hommes sont non seulement critiques, mais qu'ils résistent à la construction médicale de la masculinité véhiculée par le discours pharmaceutique. Cette constatation laisse supposer que le public pourrait effectivement exploiter la publicité pour produire des discours concurrents. Le degré de scolarité très élevé des participants vient toutefois mettre un bémol à cette conclusion pour le moins audacieuse.

Les études sur la réception ont le grand mérite de questionner la variété des significations parallèles qui sont produites par les individus et échangées dans les rapports sociaux, à la suite d'une campagne publicitaire. La notion de «public cible» tend à être écartée. Or le médicament n'est pas qu'un bien symbolique. Sa valeur est étroitement liée aux besoins pour lesquels on a approuvé sa commercialisation. Aussi, le principal défi des études interprétatives – et cela vaut autant pour les analyses de discours que les études sur la réception – tient à la nécessité d'analyser la production de significations chez quatre types de personnes :

- les individus enclins à la surconsommation pharmaceutique et pour lesquels les médicaments annoncés sont inappropriés, voire dommageables;
- les individus ayant besoin d'apporter des changements dans leurs modes de vie et pour qui le médicament est un prétexte au statu quo;
- les individus présentant des symptômes correspondant à la condition que permet de traiter le médicament annoncé;
- les individus dont l'état de santé nécessite qu'ils consultent un médecin.

31. Un épisode de *My Family* et un autre de *Sex and the City*

32. Cité dans Vares *et al.*, (2003), p. 103.

CONCLUSION

L'industrie pharmaceutique continue d'être à l'avant-garde sur le plan communicationnel, comme elle l'a toujours été depuis la naissance de la publicité de masse. Que ce soit pour la réclame de médicaments d'ordonnance ou de produits en vente libre, ses campagnes publicitaires ont pris plusieurs formes : publicités télévisuelles, messages imprimés, affiches, objets promotionnels, publipreportages, brochures et films « éducatifs », etc. Le moins qu'on puisse dire, c'est que la publicité pharmaceutique a participé de façon spectaculaire au déploiement de cet éventail de pratiques hybrides et de messages à double identité qui caractérisent le paysage médiatique actuel, dit postmoderne³³. Parmi les études recensées, peu font état des particularités de la publicité actuelle. Le modèle de référence reste celui de la publicité traditionnelle, fondé sur l'émission d'une proposition forte et distinctive à propos d'un produit.

Or, comme l'explique Riou (2002), dans la publicité contemporaine, le produit n'est plus au centre de l'information. Il est plutôt à l'origine d'un univers qui lui est propre. Les transformations que le monde a connues au cours des dernières années nécessitent que l'on pense autrement l'art de convaincre un public. Les structures sous-jacentes à la formation du message publicitaire n'ont plus la force, ni la cohésion qu'elles avaient. Les valeurs sociales se fragmentent. Au fil des ans, les individus ont appris à reconnaître les procédés textuels, les stratégies de persuasion et les stéréotypes. L'atomisation des référents a rendu les grands modèles identitaires inefficaces.

Dans ces conditions, les mythes étudiés par Scott, Stanford et Thomson (2004) seraient à prendre au second degré³⁴. La relation avec le destinataire dans la publicité contemporaine est essentiellement ludique. L'intertextualité intervient de façon marquée : on favorise l'ironie, le pastiche, la récupération, etc.³⁵. Le message est dans la forme, dans l'expression de la créativité publicitaire. « La marque devient un spectacle publicitaire » (Riou, 2002, p. 45). Cela vaut aussi pour la publicité pharmaceutique. À preuve, le divertissement culturel produit autour du comprimé *Viagra* prend plus d'importance que les érections obtenues au moyen de ce médicament !

33. Voir à ce sujet le livre de Marc-François Bernier, François Demers, Alain Lavigne, Charles Moumouni et Thierry Watine, *Pratiques novatrices en communication publique. Journalisme, relations publiques et publicité*, paru aux Presses de l'Université Laval, Québec, 2005.

34. Ce que ne font pas les auteurs, nous le rappelons.

35. La publicité actuelle est souvent produite en référence à d'autres formes culturelles, passées ou présentes, de manière à bousculer les significations établies et à modifier les cadres d'interprétation traditionnels. L'emprunt aux chansons *Good Morning* (Judy Garland), *We are the Champions* (Freddie Mercury, du groupe Queen), et *My way* (Frank Sinatra) dans les publicités de *Viagra* en est un bon exemple.

Les publicités de rappel, dans lesquelles on ne présente que le nom des marques sans nulle autre information sur le produit, collent parfaitement à la mouvance actuelle. Les publicitaires ont trouvé le moyen de tirer parti des contraintes juridiques pour créer un style qui soit au goût du jour. Certes, l'objectif est que l'on parle du médicament à son médecin, mais aussi que les gens en parlent entre eux. La notoriété est une affaire de socialisation.

La publicité pharmaceutique contemporaine contribue donc à la socialisation du produit, soit à son insertion dans les rapports sociaux immédiats, en même temps qu'elle est façonnée par l'organisation de ces mêmes rapports. Comment cela se traduit-il concrètement ? Au lieu d'informer sur le produit, la publicité-spectacle fait du médicament un référent culturel à part entière, un univers par lequel on pense le rapport à l'Autre. Il ne suffit donc pas d'étudier comment les représentations culturelles dans les publicités incitent à l'achat, participent à la construction de l'identité ou renforcent les stéréotypes dominants. Le véritable défi pour la recherche en communication est de montrer comment les stratégies novatrices de la publicité pharmaceutique contemporaine participent à la formation d'une culture populaire qui place le médicament au centre de la vie sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- Agrawal, S., I. Saluja et J. Kaczorowski (2004). «A Prospective Before-and-After Trial of an Educational Intervention about Pharmaceutical Marketing», *Academic Medicine*, vol. 79, n° 11, p. 1046-1050.
- Ahmed, S.B., S.L. Grace, H.T. Stelfox, G. Tomlinson et A.M. Cheung (2004). «Gender Bias in Cardiovascular Advertisements», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 10, n° 4, p. 531-538.
- Alperstein, N.M. et M. Peyrot (1993). «Consumer Awareness of Prescription Drug Advertising», *Journal of Advertising Research*, vol. 33, n° 4, p. 50-56.
- Al-Windi, A., D. Elmfeldt et K. Svärdsudd (2003). «Determinants of Drug Utilisation in a Swedish Municipality», *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 13, n° 2, p. 97-103.
- Anastasio, G.D. et J.M. Little (1996). «Pharmaceutical Marketing : Implications for Medical Residency Training», *Pharmacotherapy*, vol. 16, n° 1, p. 103-107.
- Auton, F. (2004). «The Advertising of Pharmaceuticals Direct to Consumers : A Critical Review of the Literature and Debate», *International Journal of Advertising*, vol. 23, n° 1, p. 5-52.
- Baglia, J. (2005). *The Viagra Ad Venture : Masculinity, Media, and the Performance of Sexual Health*, New York, Peter Lang.
- Barthes, R. (1972). *Mythologies*, New York, Hill and Wang.

- Beck, C.S. (2005). «Becoming the Story: Narratives as Collaborative, Social Enactments of Individual, Relational, and Public Identities», dans L.M. Harter *et al.*, *Narratives, Health, and Healing: Communication Theory, Research and Practice*, Mahwah, NJ, et Londres, Lawrence Erlbaum Associates, p. 61-81.
- Bell, R.A., M.S. Wilkes et R.L. Kravitz (1999). «Advertisement-Induced Prescription Drug Requests: Patients' Anticipated Reactions to a Physician who Refuses», *Journal of Family Practice*, vol. 48, n° 6, p. 446-452.
- Bell, R.A., M.S. Wilkes et R.L. Kravitz (2000). «The Educational Value of Consumer-Targeted Prescription Drug Print Advertising», *The Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 12, p. 1092-1098.
- Bell, R.A., R.L. Kravitz et M.S. Wilkes (1999). «Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising and the Public», *Journal of General Internal Medicine*, vol. 14, n° 11, p. 651-657.
- Bell, R.A., R.L. Kravitz et M.S. Wilkes (2000). «Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising, 1989-1998: A Content Analysis of Conditions, Targets, Inducements, and Appeals», *The Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 4, p. 329-335.
- Bellin, M., S. McCarthy, L. Drevlow et C. Pierach (2004). «Medical Students' Exposure to Pharmaceutical Industry Marketing: A Survey at one U.S. Medical School», *Academic Medicine*, vol. 79, n° 11, p. 1041-1045.
- Bernier, M.-F., F. Demers, A. Lavigne, C. Moumouni et T. Watine (2005). *Pratiques novatrices en communication publique. Journalisme, relations publiques et publicité*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Bonaccorso, S.N. et J.L. Sturchio (2002). «Direct to Consumer Advertising is Medicalising Normal Experience», *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, p. 910-911.
- Butler, J. (1993). *Bodies that Matter: On the Discourse Limits of Sex*, Londres, Routledge.
- Canada, Ministère de la Santé (2003). *Renouveau de la législation-document de référence, Publicité directe des médicaments d'ordonnance*, 11 août, Ottawa, Santé Canada, 49 p.
- Castro-Vázquez, G. (2006). «The Politics of Viagra: Gender, Dysfunction and Reproduction in Japan», *Body and Society*, vol. 12, n° 2, p. 109-129.
- Chapman, S. (1979). «Advertising and Psychotropic Drugs: The Place of Myth in Ideological Reproduction», *Social Science and Medicine*, vol. 13A, p. 751-764.
- Chew, S.H., T.J.C. Yin et J.L. Huang (2002). «An Exploration of the Skills Needed For Inhalation Therapy in School Children with Asthma in Taiwan», *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, vol. 89, n° 3, p. 311-315.
- Cline, R.J.W. et H.N. Young (2004). «Marketing Drugs, Marketing Health Care Relationship: A Content Analysis of Visual Cues in Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising», *Health Communication*, vol. 16, n° 2, p. 131-157.
- Crawford R. (1980). «Healthism and the Medicalisation of Everyday Life», *International Journal of Health Services*, vol. 10, n° 3, p. 365-388.
- Derkatch, C. et J.Z. Segal (2005). «Realms of Rhetoric in Health and Medicine», *University of Toronto Medical Journal*, numéro thématique: Philosophy and Medicine, vol. 82, n° 2, p. 138-142.

- Ettore E. et E. Riska (1995). *Gendered Moods; Psychotropics and Society*, Londres et New York, Routledge.
- Everett, S.E. (1991). «Lay Audience Response to Prescription Drug Advertising», *Journal of Advertising Research*, vol. 31, n° 2, p. 43-49.
- Farrell, L. (2000). «Ads: O Liberty! What Crimes are Committed in thy names!», *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7260, p. 578.
- Fishman, J.R. et L. Mamo (2001). «What's in a Disorder: A Cultural Analysis of Medical and Pharmaceutical Constructions of Male and Female Sexual Dysfunction», *Women & Therapy*, vol. 24, n°s 1-2, p. 179-193.
- Fiske, J. (1987). «British Cultural Studies and Television», dans Robert Allen (dir.), *Channels of Discourse*, Chapel Hill, Caroline du Nord, University of North Carolina Press, p. 254-289.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité Tome 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*, Cours au Collège de France, 1975-1976, Paris, Gallimard et Éd. du Seuil, coll. «Hautes études»,
- Fowles, J. (1996). *Advertising and Popular Culture*, Sage, Thousand Oaks.
- Frith, K.T. (1998). «Undressing the Ad: Reading Culture in Advertising», dans K.T. Frith (dir.), *Undressing the Ad: Reading Culture in Advertising*, New York, Peter Lang, p. 1-17.
- Garnier, C. (2003). «La chaîne du médicament: lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales», dans la rubrique «Recherche et réflexions (épistémologique, théorique ou méthodologique)», *Journal international sur les représentations sociales*, vol. 1, n° 1, septembre, <geirso.uqam.ca/jirso/Vol1_Sept03/Garnier_c.pdf>.
- Greenhalgh, T. et S. Wessely (2004). «“Health for me”: A Sociocultural Analysis of Healthism in the Middle Classes», *British Medical Bulletin*, n° 69, p. 197-213.
- Hawkins, J.W. et C.S. Aber (1988). «The Content of Advertisements in Medical Journals: Distorting the Image of Women», *Women and Health*, vol. 14, p. 43-59.
- Hawkins, J.W. et C.S. Aber (1993). «Women in Advertisements in Medical Journals», *Sex Roles*, vol. 28, n°s 3-4, p. 233-242.
- Hirschman, E.C. et C.J. Thompson (1997). «Why Media Matter: Toward a Richer Understanding of Consumers' Relationship with Advertising and Mass Media», *Journal of Advertising*, vol. 26, n° 1, p. 43-60.
- Hodnett, J. (1995). «Targeting Consumers», *Medical Marketing and Media*, vol. 30, n° 11, p. 90-95.
- Hopper, J.A., M.W. Speece et J.L. Musial (1997). «Effects of an Educational Intervention on Residents' Knowledge and Attitudes Toward Interactions with Pharmaceutical Representatives», *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, n° 10, p. 639-642.
- Hutcheon, L. et M. Hutcheon (1987). «Medical “Mythologies”: A Semiotic Approach to Pharmaceutical Advertising», *Queen's Quarterly*, vol. 94, n° 4, p. 904-916.
- Iser, W. (1978). *The Act of Reading*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Jansson, A. (2002). «The Mediatization of Consumption-Towards an Analytical Framework of Image Culture», *Journal of Consumer Culture*, vol. 2, n° 1, p. 5-31.

- Japp, P.M. (2005). «Personal Narratives and Public Dialogues. Introduction, Part II», dans L.M. Harter, P.M. Japp et C. Beck, *Narratives, Health, and Healing: Communication Theory, Research and Practice*, Mahwah, NJ, et Londres, Lawrence Erlbaum Associates, p. 53-59.
- Kaur A., S. Chowdhury et R. Kumar (1994). «Mothers' Beliefs and Practices Regarding Prevention and Management of Diarrheal Diseases», *Indian Pediatrics*, vol. 31, n° 1, p. 55-57.
- Kleinman, D.L. et L.J. Cohen (1991). «The Decontextualisation of Mental Illness: The Portrayal of Work in Psychiatric Drug Advertisements», *Social Science & Medicine*, vol. 32, n° 8, p. 867-874.
- Kotler, P. et F. Simon (2003). *Construire une biomarque: le marketing des biotechnologies*, Paris, Pearson Education France, Village Mondial.
- Krupka L.R. et A.M. Vener (1985). «Prescription Drug Advertising: Trends and Implications», *Social Science and Medicine*, vol. 20, p. 191-197.
- Leppard, W., S. Matile Ogletree et E. Wallen (1993). «Gender Stereotyping in Medical Advertising: Much Ado about Something», *Sex Roles*, vol. 29, n°s 11-12, p. 822-838.
- Lexchin J. (1993). «Physicians and the Pharmaceutical Industry», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 149, n° 10, p. 1391-1392.
- Lipton, C. (1986). «Consumer Advertising and Pharmaceuticals: A Happy Marriage?», *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, vol. 1, n° 2, p. 23-28.
- Lohiya, S. (2005). «Pharmaceutical Advertisement in Medical Journals Received in a Medical Clinic: Are we Having "Too Much of a Good Thing"?», *Journal of the National Medical Association*, vol. 97, n° 5, p. 718-720.
- Lövdahl, U. et E. Riska (2000). «The Construction of Gender and Mental Health in Nordic Psychotropic-Drug Advertising», *International Journal of Health Services*, vol. 30, n° 2, p. 387-406.
- Lupton, D. (1993). «The Construction of Patienthood in Medical Advertising», *International Journal of Health Services*, vol. 23, n° 4, p. 805-819.
- Lupton, D. (1997). «Foucault and the Medicalisation Critique», dans A. Petersen et R. Bunton, *Foucault, Health and Medicine*, Londres et New York, Routledge, p. 94-110.
- Macias, W. et L. Stavchansky Lewis (2003). «A Content Analysis of Direct-to-Consumer (DTC) Prescription Drug Web Sites», *Journal of Advertising*, vol. 32, n° 4, p. 43-56.
- Maddox, L.M. et L.P. Katsanis (1997). «Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs in Canada: Its Potential Effect on Patient-Physician Interaction», *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, vol. 12, n° 1, p. 1-21.
- Mamo, L. et J.R. Fishman (2001). «Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body», *Body and Society*, vol. 7, n° 4, p. 13-35.
- Mant, A. et D.B. Darroch (1975). «Media Images and Medical Images», *Social Science and Medicine*, vol. 9, p. 613-618.
- Martin, E. (1988). «Medical Metaphors of Women's Bodies: Menstruation and Menopause», *International Journal of Health Services*, vol. 18, n° 2, p. 237-254.
- Martin, E. (1991). «The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles», *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 16, n° 3, p. 485-501.

- Mehta, K.K., B.A. Sorofman et C.R. Rowland (1989). «Prescription Drug Advertising Trends: A Study of Oral Hypoglycemics», *Social Science and Medicine*, vol. 29, n° 7, p. 853-857.
- Meyers, G. (1999). *Ad Worlds – Brands, Media, Audiences*, Londres, Arnold.
- Miège, B. (2005). *La pensée communicationnelle*, 2^e éd., Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- Mintzes, B. (2005). *Educational Initiatives for Medical and Pharmacy Students about Drug Promotion: An International Cross-Sectional Survey*, Organisation mondiale de la santé et Health Action International.
- Mintzes B. et R. Baraldi (2000). «La publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance: quand la protection de la santé n'est plus une priorité», <www.whp-apsf.ca/fr/documents/pdmo_pr.html>, consulté le 26 mai 2006.
- Mintzes, B., R.L. Kravitz, A. Kazanjian, K. Bassett, J. Lexchin, R.G. Evans, R. Pan et S.A. Marion (2002). «Influence of Direct to Consumer Pharmaceutical Advertising and Patient's Request on Prescribing Decisions: Two Site Cross Sectional Survey», *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7332, p. 278-279.
- Moisan, J., I. Chabot et J.-P. Grégoire (2000). *L'usage des médicaments psychotropes chez les travailleurs: prévalence, déterminants et conséquences*, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Monaghan, M.S., K.A. Galt, P.D. Turner, B.L. Houghton, E.C. Rich, R.J. Markert et B. Bergman-Evans (2003). «Student Understanding of the Relationship Between the Health Professions and the Pharmaceutical Industry», *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 15, n° 1, p. 14-20.
- Morris, L.S. et R.M. Schultz (1992). «Patient Compliance – An Overview», *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 17, n° 5, p. 283-295.
- Munce, S.E. P., E.K. Robertson, S.N. Sansom et D.E. Stewart (2004). «Who is Portrayed in Psychotropic Drug Advertisements?», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, n° 4, p. 284-288.
- Murray, E., B. Lo, L. Pollack, K. Donelan et K. Lee (2003). «Direct-to-Consumer Advertising: Physicians' Views of its Effects on Quality of Care and the Doctor-Patient Relationship», *Journal of American Board of Family Practice*, vol. 16, n° 6, p. 513-524.
- Murray, E., B. Lo, L. Pollack, K. Donelan et K. Lee (2004). «Direct-to-Consumer Advertising: Public Perceptions of its Effects on Health Behaviors, Health Care, and the Doctor-Patient Relationship», *The Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 17, n° 1, p. 6-18.
- Niquette, M. (2005). «Représentations sociales et relations au médicament: le cas de l'hormonothérapie de substitution», *Les Cahiers du Geirso: Représentations sociales du médicament*, vol. 1, n° 6, p. 61-76.
- Norris, P., A. Herxheimer, J. Lexchix et P. Mansfield (2005). *Drug Promotion: What we Know, What we Have Yet to Learn. Reviews of Materials in the WHO/HAI Database on Drug Promotion*, World Health Organization et Health Action International.
- O'Neill, M. (2003). «Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé», *Médecine sociale et préventive: International Journal of Public Health*, vol. 48, n° 5, p. 317-326.

- Parker, B.J. et L.M. Delene (1998). «Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising: Content Analysis and Public Policy Implications», *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management*, vol. 12, n° 4, p. 27-42.
- Parker, B.J. et L.M. Delene (1999). «The Marketing of Direct-to-Consumer Prescription Drugs: An Examination of Advertising Content», *Journal of Promotion Management*, vol. 5, n° 1, p. 37-55.
- Payne, J. (2004). «Factors Associated with Women's Medication Use», *BMC Women's Health* 2004, vol. 4 (suppl. 1), S29, <www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S29>, consulté le 10 mars 2006.
- Peppin, P. et E. Carty (2001). «Semiotics, Stereotypes, and Women's Health: Signifying Inequality in Drug Advertising», *Canadian Journal of Women and the Law*, vol. 13, n° 2, p. 326-360.
- Perri, M. et M.W. Dickson (1987). «Direct to Consumer Prescription Drug Advertising: Consumer Attitudes and Physician Reaction», *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, vol. 2, n° 1, p. 3-23.
- Phillips, B. et E.F. McQuarrie (2002). «The Development, Change, and Transformation of Rhetorical Style in Magazine Advertisements 1954-1999», *Journal of Advertising*, vol. 31, n° 4, p. 1-14.
- Prather, J.E. et L.S. Fidell (1975). «Sex Differences in the Content and Style of Medical Advertisements», *Social Science and Medicine*, vol. 9, p. 23-26.
- Prevention Magazine* (2001). «International Survey on Wellness and Consumer Reaction to DTC Advertising of Prescription Drugs, vol. 1, US Report with International Perspectives». Emmaus, Pennsylvanie, Rodale Press.
- Puto, C. et W.D. Wells (1984). «Informational and Transformational Advertising: The Differential Efforts in Time», *Advances in Consumer Research*, vol. 11, p. 638-643.
- Rau, J.L. (2005). «Determinants of Patient Adherence to an Aerosol Regimen», *Respiratory Care*, vol. 50, n° 10, p. 1346-1356; discussion, p. 1357-1359.
- Riou, N. (2002). *Pub fiction*, 2^e éd., Paris, Éditions d'Organisation.
- Rockwell, T. (1986). «The Lifetime Experience with Prescription Drug Advertising Exposed to Consumers», *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, vol. 1, n° 2, p. 13-18.
- Saha, U.R., M.A. Kahn, M. Begun et R. Bairagi (2004). «Determinants of Pill Failure in Rural Bangladesh», *Journal of Biosocial Science*, vol. 36, n° 1, p. 39-50.
- Sansgiry, S., W.T. Sharp et S.S. Sansgiry (1999). «Accuracy of Information on Printed Over-the-Counter Drug Advertisement», *Health Marketing Quarterly*, vol. 17, n° 2, p. 7-17.
- Scott, T., N. Stanford et D.R. Thompson (2004). «Killing me Softly: Myth in Pharmaceutical Advertising», *British Medical Journal*, vol. 329, n°s 18-25, p. 1484-1487.
- Segal, J.Z. (2005). *Health and the Rhetoric of Medicine*, Carbondale, Southern Illinois University Press.
- Seidenberg, R. (1971). «Drug Advertising and Perception of Mental Illness», *Mental Hygiene*, vol. 55, n° 1, p. 21-31.
- Shaw, I. et K. Kidd (2003). «Images of Madness: The Patient in Pharmaceutical Advertising», *Aging Societies, New Sociology: The 6th Conference of the European Sociological Association*, 23-26 novembre, Murcia, Espagne.

- Stam, H.J. (2000). «Theorizing Health and Illness : Functionalism, Subectivity and Reflexivity», *Journal of Health Psychology*, vol. 5, n° 3, p. 273-283.
- Stimson, G.V. (1975). «The Message of Psychotropic Drug Ads», *Journal of Communications*, n° 25, p. 153-160.
- Stockwell, M.L. et R.M. Shulz (1992). «Patient Compliance – An Overview», *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, vol. 17, n° 5, p. 283-295.
- Sue-Hsien, C., T.J. Yin et J.-L. Huang (2002). «An Exploration of the Skills Needed for Inhalation Therapy in Schoolchildren with Asthma in Taiwan», *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, vol. 89, n° 3, p. 311-315.
- Sullivan G.L. et P.J. O'Connor (1988). «Women's Role Portrayals in Magazine Advertising 1958-1983, *Sex Roles*, vol. 18, n° 3-4, p. 181-188.
- Sumpradit, N., F.J. Ascione et R.P. Bagozzi (2003). «A Cross-Media Content Analysis of Motivational Themes in Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising», *Clinical Therapeutics*, vol. 26, n° 1, p. 135-154.
- Swaminathan V., G.M. Zinkhan et S.K. Reddy (1996). «The Evolution and Antecedents of Tranformational Advertising : A Conceptual Model», *Advances in Consumer Research*, vol. 23, p. 49-55.
- Tricker, R. (2000). «Painkilling Drugs in Collegiate Athletics : Knowledge, Attitudes and Use of Student Athletes», *Journal of Drug Education*, vol. 30, n° 3, p. 313-324.
- Vares, T., A. Potts, N. Gavey et V.M. Grace (2003). «Hard Sell, Soft Sell : Men Read Viagra Ads», *Media International Australia Incorporating Culture and Policy*, n° 108, p. 101-114.
- Watkins, R. et J. Kimberly Jr. (2004). «What Residents *Don't* Know about Physician-Pharmaceutical Industry», *Academic Medicine*, vol. 79, n° 5, p. 432-437.
- Whittaker, R. (1998). «Re-framing the Representation of Women in Advertisements for Hormone Replacement Therapy», *Nursing Inquiry*, vol. 5, n° 2, p. 77-86.
- Wofford, J.L. et C.A. Ohl (2005). «Teaching Appropriate Interactions with Pharmaceutical Company Representatives : The Impact of an Innovative Workshop on Student Attitudes», *British Medical Education*, vol. 5, n° 1, p. 5.

LES NOMS DE MARQUES DE MÉDICAMENTS

Points de repères linguistiques et onomastiques

Benoît LEBLANC
Catherine BILODEAU

«*Fidelino tells his clients [...] don't look at a name
like Viagra and think Niagara*¹.»

1. UN MAILLON DE LA CHAÎNE

À cette époque, les médecins prescrivent une substance par son nom chimique (générique) et le pharmacien peut délivrer le produit d'un fournisseur qu'il choisit. Quand l'*Antifébrine* apparut, les médecins trouvèrent plus simple de prescrire *Antifébrine*, qui leur rappelle un produit qui fait baisser la fièvre, plutôt qu'acétanilide, un nom plus difficile à retenir (Barbeau, 2006, p. 56).

1. R. John Fidelino, *creative director*, Wood Worldwide, firme créatrice de la marque *Viagra*, cité dans A. Frankel, *Word Craft: The Art of Turning Little Words into Big Business*, New York, Crown, 2004, p. 156.

Cette époque, évoquée par l'auteur, se situe vers la fin du XIX^e siècle et illustre que, déjà, le nom de marque se posait en concurrent synonymique du nom générique du médicament. Barbeau ajoute : « Le pharmacien est donc obligé de fournir l'*Antifébrine*, beaucoup plus cher pour le malade » (*ibidem*). Chronique d'une situation annoncée ! Cette anecdote fait voir que le nom de marque s'imposait comme un maillon important de la chaîne des médicaments, tant par ses incidences thérapeutiques que par les impératifs de marketing que ce propos sous-tend. Elle démontre aussi, tout comme les éléments développés dans ce texte, que l'étude des noms de marque s'inscrit d'emblée dans la dynamique de la chaîne des médicaments, se situant entre la phase de leur conception et celle de leur consommation. En outre, notre étude s'insère vraisemblablement dans les systèmes de représentations sociales, car la signification d'une marque, surtout l'acceptation d'une marque très connue, présente aux sens une image qui dépasse la simple dénotation du médicament. Le nom de marque d'un médicament se définit comme un signe affecté par une firme aux produits qu'elle fabrique ou qu'elle distribue pour les individualiser et en revendiquer la responsabilité. Un regard rétrospectif sur la littérature portant sur les noms de marques, tous domaines confondus, témoigne de son abondance et l'ensemble trouve surtout sa source chez les spécialistes en marketing, mais couvre très peu le domaine des médicaments. Mentionnons Aaker (1991), Kapferer (1995), Botton et Cegarra (1990) et Bernard C. Galey (1997) pour son dictionnaire de l'origine des noms de marques, ainsi que l'ouvrage collectif de Blackett et Robins (2001), portant exclusivement sur la stratégie de marque dans l'industrie pharmaceutique. En ce qui nous concerne, nous avons étudié en profondeur le système de création de marques de médicaments dans notre thèse (Leblanc, 1992) et développé cette première analyse dans des travaux ultérieurs.

Dans ce texte, c'est l'aspect terminologique, soit l'étude des termes techniques et scientifiques, qui sera surtout pris en compte. On tirera de l'onomastique, science pluridisciplinaire trop souvent reléguée à l'étude des noms de personnes, des concepts touchant l'étude des dénominations commerciales (onomastique économique). De plus, la création et l'étude linguistique des marques étant interdisciplinaires en amont, toute linguistique soit-elle, notre analyse ne peut faire l'économie de considérations d'ordre pharmaceutique, psychologique, légal et commercial. Cette émergence conceptuelle s'impose dans le but de présenter une vision globale du nom de marque. Dans le contexte de cet ouvrage, l'intérêt de l'analyse linguistique porte essentiellement sur les enjeux qu'une marque ne peut laisser transparaître en surface, et ce, en insistant sur ses aspects distinctifs.

2. VERS LA CRÉATION DES NOMS DE MARQUES DÉPOSÉS

La création et la commercialisation d'un nom de marque idoine sous-tend des interventions de divers spécialistes qui, d'un matériau constitué simultanément de lettres, de sons, de sens et souvent porteur de symbolisme et de connotation,

vont construire, à l'aide d'éléments connus, ou forgeront arbitrairement (formation *ex nihilo*, littéralement «à partir de rien») un signe linguistique destiné à identifier, le cas échéant, un nouveau médicament ou à renommer un médicament déjà existant. D'abord, qui sont ces intervenants, ces démiurges de l'onomastique pharmaceutique ?

2.1. ACTEURS EN JEU

Comme le mentionne Bouché : «Le choix d'un nom commercial pour un médicament fait donc, à n'en pas douter, l'objet d'âpres controverses et de réunions multiples dans les arrières-bureaux enfumés de nos concepteurs et stratèges pharmaceutiques» (1994, p. 292). Pour en savoir davantage sur ces lieux *asphyxiants*, nous avons procédé à une enquête, reprise ponctuellement, auprès d'un certain nombre d'entreprises pour savoir exactement qui chez eux (personne, service, etc.) était responsable de ce choix. Mentionnons que, secret industriel oblige, plusieurs personnes interrogées ont refusé de répondre ou ont fourni un refus *diplomatique*, répondant notamment qu'on avait perdu la trace du dossier (*Advil*). Les informations obtenues donnent néanmoins un portrait des acteurs intervenant dans la conception d'une marque. Ainsi, les noms de marques peuvent émaner du bureau du président de l'entreprise (réponse énigmatique...), être créés par le service de traduction ou choisis à la suite d'un concours tenu auprès des employés, une stratégie moins fréquente. Ils peuvent aussi résulter de séances de remue-ménages d'un comité *ad hoc* composé de membres de l'organisation (avocats, infographistes, responsables du marketing, représentants, pharmaciens, etc.), auxquels s'ajoutent parfois des ressources externes (consommateurs, linguistes, littéraires, etc.) ou sont fournis par des firmes spécialisées en création de marques. Il va sans dire que pour les multinationales pharmaceutiques, les sièges sociaux nationaux ont peu à dire dans le choix d'une marque. Prenons le cas de figure d'une compagnie allemande basée aux États-Unis et dont le siège social canadien est à Montréal ; ce dernier sera probablement ignoré dans le processus de choix d'une marque.

Le coût du recours aux firmes spécialisées s'avère parfois très élevé (de 100 000 à 700 000 dollars américains) et ce sont surtout les grands fabricants qui font appel à des multinationales offrant ces services, notamment la compagnie Interbrand Group (24 bureaux répartis dans 20 pays) qui a développé un intérêt particulier pour le *branding* dans l'industrie pharmaceutique. Il faut dire que ces firmes, outre le fait de créer le nom de marque, prennent en charge les aspects légaux, le design, l'évaluation de la marque et son suivi. Corollairement, des bureaux de recherche spécialisés produisent des rapports détaillés concernant la disponibilité d'une marque donnée ou des noms à consonance voisine, et ce, pour éliminer *a priori* les confusions possibles. Pour la méthode, le scénario prototypique respectant les règles de l'art s'articule sommairement comme suit : analyse

du mandat; documentation du mandat; remue-ménages de création en groupe; recueil et sélection de propositions; recherche de disponibilité des noms retenus et vérification de l'acceptabilité dans un bon nombre de langues (selon le marché visé); présentation devant un *focus group*, par exemple, un groupe de médecins; *livraison* au mandant, au client si la marque provient d'une firme spécialisée.

Si un certain nombre de marques, par leur forme linguistique, laissent transparaître leur signification aux yeux du consommateur moyen, comme *Sinutab* (*sinus* + *tablet*), la plupart, tel *Ridaura* (*remission inducing drug* + *auranofine*), nécessitent une analyse poussée pour en deviner le sens, voire pour en lever le *camouflage*². Notons d'emblée que l'ensemble des marques de médicaments forme un vocabulaire spécialisé, soit un sous-ensemble structuré du lexique. Qui plus est, le domaine pharmaceutique est l'un des rares, sinon le seul secteur de l'activité humaine, où les marques se voient utilisées comme des termes ordinaires dans les échanges langagiers, au même titre que les termes ordinaires de médecine, de biologie, de botanique, etc. Dans un premier temps, nous présentons ici les motivations des éléments de formation et les modes de formation en découlant qui entrent en jeu dans la formation de ces noms de marques (Leblanc, 1992). Malgré un fort pourcentage de décryptages réussis (97 %), l'origine de certaines marques demeure un secret bien gardé.

2.2. LA MOTIVATION OU LA TRANSPARENCE DES NOMS DE MARQUES

Un grand nombre d'éléments morphosémantiques (formes pourvues de sens) sont mis à contribution dans la création de la marque, tout comme peuvent l'être les patronymes, les apothiconymes (noms de fabricants), etc. Dans la marque, comme on pourra le constater à la lecture de la typologie qui suit, certains éléments (ou mots tronqués) rappellent généralement des notions relatives aux médicaments: les classes de médicaments – *Sulfamyl sodique* (sulfamides); le nom générique (DCI) de un ou plusieurs ingrédients actifs du médicament – *Diazemuls* (diazépam); l'appellation chimique – *Tylenol* (du nom chimique de l'acétaminophène, *p-acetylaminophenol*); l'organe ou la partie du corps visé par la médication – *Anusol* (thérapie anorectale); l'effet attendu du médicament – *Calmylin* (antitussif «qui calme»); la maladie, le malaise à soigner – *Inflamase* (anti-inflammatoire); les bienfaits apportés par les médicaments de bien-être (*lifestyle drugs*), produits destinés à prévenir la perte de cheveux, à aider au contrôle du poids, à améliorer la performance sexuelle, à faciliter la concentration mentale, etc. – *Levitra* (lévitation...); la présentation pharmaceutique – *Moisture Drops*; le nom du fabricant – *Vicks VapoRub*; et la posologie – *One-a-Day*. Dans une moindre mesure, d'autres éléments sont utilisés, soit des abréviations, des symboles, des noms de personnages, etc. – *Mandrax* (Mandrake).

2. Voir le chapitre 2 de A. Frankel, «Camouflage and Code Names», 2004.

2.3. LES MODES DE FORMATION

Bien qu'un certain nombre de marques soient formées de façon arbitraire ou reprennent des mots existants, comme *Stamina* (mot anglais), la plupart obéissent à des modes de formation reconnus en terminologie. Dans cette section, nous passons en revue, exemples à l'appui, les principaux modes de formation utilisés dans la conception des noms de marques. Ces exemples permettent en outre d'identifier certains éléments de formation qui entrent dans la construction d'unités complexes et des lettres d'appui servant à lier ces amalgames de formants parfois hétéroclites. Voici la typologie commentée de ces gabarits.

2.3.1. Dérivation par affixes

La dérivation résulte de l'agglutination, au radical d'un mot, d'un élément morphologique placé soit avant (préfixe), soit à l'intérieur (infixe), soit après (suffixe) cette base pour, la plupart du temps, en modifier le sens. Ainsi, la préfixation consiste en l'addition d'un préfixe à l'initiale d'un mot. Par exemple, *Minipress*, nom d'un antihypertenseur formé de *mini-* «petit, relativement plus petit» et de *-press*, apocope de «pression», signifie littéralement, qui rend la pression «plus petite». La suffixation résulte de l'addition d'un suffixe à la finale d'un mot, dont voici un exemple commenté : *insomnie* + *-al*) *Insomnal*. Comme l'explique Cottez : «*-al* (3.) suffixe servant à former les noms de divers somnifères (souvent pour des produits à nom déposé). De l'élément final de *chloral*, soporifique ainsi nommé par Liebig en 1831 de *chlore* et *l.-al* (alcool). Prod. Sulfonal, 1895, Veronal, 1903 » (1984, p. 13).

La suffixation commerciale se veut un cas de dérivation propre aux noms de marques, soit l'usage de suffixes commerciaux, «ensemble de finales qui entrent systématiquement dans la formation des dénominations commerciales de toutes sortes, notamment celles qui désignent des produits pharmaceutiques, et qui n'ont pour but que de *bien* terminer la marque, tout en lui donnant une valeur commerciale » (Leblanc et Bergeron, 2001, p. 25). Par définition, le suffixe commercial ne signifie rien, comme le souligne Praninskas, il est réduit à un rôle autonymique : «*In short, the suffix appears to have no semantic content whatever except "This is a trade name." In such cases it fits our definition of commercial suffix* » (Praninskas, 1968, p. 46). Voici quelques exemples de ces suffixes très productifs, tirés des 23 attestations relevées dans nos recherches précédentes : *-id*, *Clomid* ; *-ox*, *Diamox* ; *-in*, *Resteclin*.

La dérivation parasynthétique, pour sa part, résulte de l'ajout simultané d'un préfixe et d'un suffixe à un mot-base (tronqué ou non). Dans le nom *Trivirix* (vaccin à virus atténués), on peut isoler ces trois éléments : *Tri* (trois) + *vir* (virus) + *ix* (suffixe commercial).

2.3.2. Confixation (dérivation savante, interfixation)

Autre type d'affixation, la confixation, ou formation savante, est la formation de mots à partir de racines savantes, de racines grecques ou latines liées, sans mot-base ou radical, comme les mots *philosophie*, *téléphone* en langue commune. L'antiandrogène *Androcur* est un bel exemple d'un confixé : *Andro*, « mâle » – sans radical – *cur*, « je soigne ».

2.3.3. Mot-valise

Mode de formation souvent mis à contribution, le mot-valise est un terme simple composé de deux éléments lexicaux réduits, ne conservant que la partie initiale du premier et la partie finale du dernier (ou d'autres variantes de troncations). Par exemple : *Gastrozepin* (inhibe la sécrétion *gastrique* + o + dichlorhydrate de *pirenzepine*).

2.3.4. Composition

Fréquent en langue commune, le mot composé est un mot formé de la réunion de plusieurs mots appelés *composants*. Ces composants peuvent être agglutinés ou séparés par un trait d'union, par exemple l'agglutination de *time* + *dose* qui donne *Timedose*, ou la marque *Percocet-Demi*, formée d'éléments réunis par un trait d'union.

2.3.5. Dérivation syntagmatique

On appelle *syntagme lexical* une unité lexicale à plusieurs mots qui ne sont pas unis par un trait d'union, mais qui peuvent être liés par des joncteurs prépositionnels : *Accutane Roche*.

2.3.6. Siglaison

Un sigle résulte de la juxtaposition de lettres initiales d'une dénomination descriptive. Il peut être formé à partir de l'initiale ou encore des premières lettres de chacun des mots à l'origine du sigle et même de l'initiale des affixes et/ou des formants morphosémantiques d'un terme complexe. Les sigles autonomes forment des marques, par exemple, *M.O.S.* (morphine oral solution). Dans le domaine médical et les domaines paramédicaux, les sigles sont en si grand nombre qu'on a senti le besoin de les recenser dans des dictionnaires, soit le *Dictionary of Abbreviations in Medicine and the Health Sciences* (Hughes, 1978) et le recueil *Abbreviations and Acronyms in Medicine and Nursing* (Garb *et al.*, 1976). Même si ces dictionnaires traitent de sigles anglais, leur contenu s'avère significatif, puisqu'on les retrouve en abondance dans les noms de médicaments où ils s'assemblent (composition, syntagmes, etc.) avec des éléments français.

2.3.7. Anthroponymie et apothiconymie

Nous appellerons *anthroponyme* une marque formée d'un nom de personne ou d'un personnage réel ou fictif, par exemple : *Vicks*, *Phillips*, *Les Pierrafeu*. Ces noms ont été à la source d'expansions syntagmatiques comme *Vicks Formule 44 D* et sont souvent combinés, sous leur forme intégrale, modifiée ou abrégée, avec d'autres éléments pour former des marques : *Nadostyn* de Nadeau. Ces anthroponymes peuvent être confondus avec les apothiconymes. Ce terme, nous l'avons vu, désigne le nom d'un fabricant, mais certains noms comme *Vicks*, *Jamieson* et beaucoup d'autres peuvent servir à la fois à désigner des personnes et des entreprises. En revanche, les noms comme *AstraZeneca*, *Ortho*, *Apotex Ratiopharm* constituent de véritables apothiconymes susceptibles de figurer en tout ou en partie dans les marques, par exemple *Apo-Timol* (générique).

2.3.8. Emprunt

La notion d'«emprunt», que l'on peut définir comme le transfert lexical d'un élément linguistique déjà formé appartenant à une langue étrangère vivante (anglais, allemand, etc.) ou ancienne (latin, grec, etc.) vers le français (ou toute autre langue d'arrivée), est très difficile à cerner dans les marques de médicaments : certaines marques sont d'une facture particulière à telle enseigne qu'on ne peut les rattacher à première vue à aucune langue, comme *Sanorex*. Pour ce qui est des autres marques, on sait que la plupart des compagnies productrices de médicaments sont anglaises et il va sans dire que l'anglais est la principale langue prêteuse ; on note aussi quelques emprunts à l'allemand, au latin, à l'italien, etc. Notons que la tendance des multinationales est de favoriser des noms linguistiquement neutres, soit des internationalismes pouvant s'intégrer dans le plus grand nombre de langues possible, et ce, tant au point de vue graphique, phonétique que lexical tout en n'ayant aucune connotation déplacée ou homophonie gênante. Elles privilégient donc peu les traductions, préférant sans doute développer la notoriété internationale d'une seule marque.

2.3.9. Modification orthographique

Il s'agit ici d'un écart par rapport à l'orthographe habituelle d'un mot, par exemple *Halcyon* (de *halcion*, «*peaceful*») ou les mots anglais *crem* («*cream*»), *fibyr* («*fiber*»), *stix* («*stick*»), *readi* («*ready*»), *koff* («*cough*»), fort fréquents dans les marques.

2.3.10. Abrégement

Les formes abrégées donnent des marques simples, telle *Ceclor* (cefaclor), ou servent à former des marques complexes comme des mots-valises, des mots composés et des hybridations.

2.3.11. Syncope lexicale

La syncope se définit ici comme étant la chute de un ou plusieurs sons ou lettres à l'intérieur d'un mot, particulièrement d'un terme de la nomenclature chimique. Par exemple, dans *streptokinase* (protéine d'origine bactérienne), la séquence *okin* s'efface pour former *Streptase*, un agent fibrinolytique.

2.3.12. Apocope lexicale

L'apocope est un changement se manifestant par la chute de une ou plusieurs lettres, ou de une ou plusieurs syllabes à la fin d'un mot. Les noms de produits chimiques dont sont constituées les marques de médicaments font l'objet de ces tronctions. Par exemple, dans *sufentanil*, l'effacement de *nil*, donne *Sufenta*.

2.3.13. Aphérèse lexicale

L'aphérèse se manifeste par la chute d'un phonème initial ou par la suppression de la partie initiale (une ou plusieurs syllabes) d'un mot, soit *allopurinol*, qui devient *Purinol*.

2.3.14. Contraction lexicale

Pour expliquer la formation de *Penthotal* [sic], le *Grand Larousse de la langue française* mentionne qu'il s'agit de la « contraction de penth[i]o[barbi]tal » (Guilbert *et al.*, 1976, « Penthotal »). Nous avons repris le terme *contraction* pour désigner une marque formée à partir de la modification d'un lexème de base se manifestant par l'amputation de quelques lettres ; ainsi, *Tracrium* provient de « [a]trac[u]rium ».

2.3.15. Réarrangement

Les réarrangements ne correspondent à aucun schéma particulier ; on y trouve pêle-mêle des syllabacopes, syncopes, métathèses, etc., affectant une base désignant généralement un ingrédient actif, comme *flurbiprofen/Froben* et *sucralfate/Sulcrate*.

2.3.16. Combinaison de modes de formation : hybridation

Le procédé nommé *hybridation* combine surtout différents types de tronctions. Par exemple, *Mersyndol* est formée à partir de l'apocope de l'anthroponyme-apothiconyme *Merrell* à laquelle s'ajoute le formant *syn*. Cet ensemble se lie au formant *dol* (dolor) et forme le syntagme *Mersyndol avec codéine*.

2.3.17. Forme simple

Il s'agit dans ce cas d'un mot d'usage courant enregistré comme nom de marque. Dans la majeure partie des cas, il s'agit de termes de chimie ou de mots de la langue générale récupérés pour créer une marque porteuse d'un effet stylistique, comme *Sonata*, un nom commercial de somnifère qui évoque « *a pleasant chorus* » (Frankel, 2004, p. 129).

2.3.18. Forme arbitraire (*ex nihilo*)

Les formes arbitraires résultent de l'amalgame de lettres choisies au hasard, le plus souvent à l'aide d'un ordinateur. De multiples combinaisons sont possibles, soit 676 mots de deux lettres, 17 576 mots de trois lettres et 308 915 576 mots de six lettres. Pour ces créations, l'interprétation sémantique s'avère impossible, car la marque ainsi formée ne fait pas directement référence au médicament. On peut néanmoins interpréter *a posteriori* ces formes de façon plus ou moins fantaisiste, au gré des connotations qui peuvent ressurgir, ou encore être conduit à établir des associations avec des mots déjà existants. Par exemple, la marque *Mogadon* (hypnotique) a fait l'objet d'une analyse par Room (1982, p. 124) :

Mogadon : (tranquilizer and sedative drug by Roche Laboratories) Like Librium and Valium, the name is an arbitrary one, with no specific meaning. [...] Like all arbitrary names, however, it's bound to have associations, helpful or otherwise, with standard words and names. In this case it suggests either «moggy» (a cat) or, more exotically, the Moroccan city of Mogador (now Essaouira). But perhaps cats and dreams of warm seaside city are suitable associations for a drug that assists the restless to sleep at night.

De l'ensemble de ces éléments se dégage une modélisation de certains liens formels et sémantiques entre les marques, notamment entre celles commercialisées par un même fabricant.

3. L'ENFANT RITALIN, OU AUTRES APPLICATIONS DE LA LINGUISTIQUE

Un nom de marque n'est pas uniquement un signe linguistique, comme nous venons de le voir, constitué d'une forme et d'un sens. Dans cette section, nous traiterons d'autres aspects de la linguistique qui interfèrent dans le domaine des médicaments. Ainsi, une marque qui se comporte comme un terme sera soumise aux mêmes règles (homonymie, euphémisme, intégration dans le discours, etc.) et connaîtra des accidents de parcours identiques à ceux que subissent les mots. Le fabricant est aussi à la merci des aléas de l'usage linguistique, de la norme effective, c'est-à-dire que sa marque risque de se *plier* aux habitudes langagières de groupes donnés de locuteurs. À titre d'exemple, qui aurait pu prévoir que la

forme hybride *enfant Ritalin*, syntagme formé d'un nom commun suivi d'un nom de marque, allait se travestir en dysphémisme, soit en un mot marqué négativement ? De plus, les défis de l'internationalisation posent le problème de la création de marques linguistiques neutres, en mesure d'être reconnues et utilisées dans un grand nombre de langues, sans évoquer d'allusions choquantes et malveillantes. Tout comme une marque donnée peut être brimée dans son expansion extraterritoriale par une marque identique ou semblable jouissant déjà, pour un autre produit, d'une protection légale dans certains pays. Ces contraintes obéissent aux règles de protection des marques déposées propres à chaque pays. Cette situation oblige le fabricant à orchestrer des campagnes de publicité distinctes dans le ou les pays dans lesquels la dénomination commerciale d'un produit donné diffère de la marque courante distribuée à l'international.

3.1. LE PLAGIAT DE NOMS DE MARQUES

En réaction aux problèmes posés par les dénominations similaires des médicaments et des spécialités pharmaceutiques, Santé Canada a adopté la stratégie suivante :

Un problème spécifique de sécurité, relativement à la possibilité de confusion entre deux produits biologiques approuvés, ainsi que les problèmes des PSCPS, a incité la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques (DPBTG) à initier un examen et l'analyse des enjeux liés aux noms de produits de santé à présentation et à consonance semblables et la recommandation de mesures appropriées (Santé Canada, 2004, s.p.).

Dans le résumé de cette analyse très développée, il est notamment question de plusieurs facteurs contributifs tenus en compte dans la détermination du degré de similitude de l'orthographe des noms susceptibles de poser un problème, soit des notions relatives à la motivation ou à la transparence des noms de marques dont nous avons discuté précédemment (section 2.2), telles que les formes posologiques ou les voies d'administration. Parmi les solutions proposées dans cette analyse, notons l'acquisition d'une application informatique afin de passer au peigne fin les noms de PSCPS et ainsi déceler les similitudes d'orthographe et de consonance.

À ce sujet, Santé Canada reprend des données de Phillips (2003) concernant la gravité du problème lié aux noms : 700 paires de noms (noms de marques déposées et génériques) ont été rapportées à la USP (United States Pharmacopeia) et à la FDA concernant des confusions entre des produits à présentation et apparence semblables ; 25 000 erreurs de médication reçues par la FDA ; 12,5 % des erreurs sont liées aux noms.

Dans le même texte, on lit :

Données sur la mortalité de 1993 à 1998

- 469 décès dus à une erreur médicale ;
- 16 % des décès étaient dus à la prescription d'une mauvaise médication ;

- 5 % des décès ont été causés par une confusion quant au nom de marque ;
- 4 % ont été causés par une confusion quant au nom générique (Phillips, 2003).

Ces chiffres ménagent une mise en contexte illustrant la part importante que prend le nom de marque dans le processus thérapeutique. Les produits de santé à présentation et à consonance semblables sont des produits de santé aux noms différents, mais dont l'orthographe ou la consonance est similaire ; c'est-à-dire qu'ils sont semblables lorsqu'ils sont écrits ou exprimés verbalement. Ces similitudes peuvent présenter un risque pour la santé en entraînant des erreurs médicales dans les méthodes de prescription, de distribution ou d'administration d'un produit.

Par ailleurs, l'expertise du linguiste est souvent requise en cour de justice (Tousignant 1990), notamment dans les causes de copie de marques³ ou d'appel en ce qui concerne un refus du registraire des marques de commerce (Bureau des marques du Canada)⁴, causes où les risques de confusion entre les marques sont en jeu. Expertise sous-entend contre-expertise, par conséquent les juges émettent parfois des réserves sur la valeur de témoignages contradictoires des linguistes. Ainsi, monsieur le juge Pinard, dans une cause d'appel concernant le refus de la marque *Ixel* par le registraire en raison du risque de confusion avec la marque *Paxil*, déclare :

En outre, le registraire des marques de commerce n'a pas de raison de retenir l'opinion d'un expert sur la simple foi des connaissances de ce dernier. Ainsi que l'a souligné le juge Mahoney dans *William H. Rorer (Canada) Ltd. c. Johnson & Johnson*, 48 C.P.R. (2d) 58, à la p. 62, le juge doit connaître les faits ou les hypothèses sur lesquels l'expert fonde son opinion de manière à évaluer la validité de cette opinion et le raisonnement qui la sous-tend. De plus, les opinions contradictoires des experts en linguistique quant à la prononciation des marques de commerce en cause et dans d'autres instances en opposition me donnent à penser que le registraire des marques de commerce ne devrait peut-être accorder que peu de poids à ce témoignage d'expert [voir, par exemple, *Coca-Cola Ltd. c. Brasseries Kronenbourg, une société anonyme*, 55 C.P.R. (3d) 544, et *Chantelle c. Kabushiki Kaisha Chandel*, demande n° 730 153, décision datée du 19 mars 1998, non encore publiée]. » (Le soulignement est du juge.) (Voir note 4, p. 4.)

3. Voir *Rationpharm inc. v. Laboratoires Riva inc.* 2006 FC 889<decisions.fct-cf.gc.ca/fr/index.html>, consulté le 23 octobre 2006.

4. Voir la décision suivante : Date : 20000329 – Dossier : T-2093-98 Entre : Pierre Fabre Médicament Demanderesse – et Smithkline Beecham Corporation Défenderesse, <decisions.fct-cf.gc.ca/fr/index.html>, consulté le 23 octobre 2006.

Malgré une certaine réserve, monsieur le juge Harrington reconnaît néanmoins, dans un litige de même nature, la contribution des linguistes :

In my opinion, the key is the degree of resemblance between Calmylin and Damylin in appearance or sound having « regard to all the surrounding circumstances ». In this connection, the Court treats the opinions of the two linguistic professors, Drs. Leblanc and Gélinas-Chebat, with caution because the degree of resemblance between trade-marks in appearance, sounds or ideas suggested is but one of the circumstances which must be taken into account in determining if there is likelihood of confusion (Pierre Fabre Médicament Dicamante v. SmithKline Beecham Corp. 2004 FC 811, [2004] F.C.J. No. 999). Nevertheless, their evidence was helpful, particularly their differences in approach (V. note 3, p. 13).

Une analyse de risques de confusion entre des marques semblables comporte une certaine part de subjectivité, mais la jurisprudence tend à démontrer que les considérations suivantes sont le plus souvent examinées. Par exemple, seule l'imitation d'une marque reconnue est considérée comme *fautive*, l'impresion de confusion est analysée dans l'esprit d'une personne ordinaire, l'effet sur le récepteur prédomine sur l'intention de l'émetteur et la confusion au plan de la première syllabe du nom prévaut sur les syllabes qui suivent. Cela dit, l'aspect linguistique est un facteur qui sera considéré parmi d'autres : conditionnement du produit, variation des ventes, etc.

On conclura ici que dans son expertise ou sa contre-expertise, le linguiste favorisera, pour des raisons de crédibilité, une approche liée à sa spécialité en linguistique tout en restant en mesure de traiter de branches connexes. Le terminologue doit ainsi pouvoir discuter de phonétique de manière éclairée et vice-versa en ce qui a trait au phonéticien. Reste au juge à privilégier l'approche la plus crédible dans une cause donnée, car son jugement repose sur l'argumentation et non sur les connaissances ou sur la réputation de l'expert. Le linguiste doit tout de même prouver d'entrée de jeu sa qualité d'expert devant la cour.

3.2. LA MARQUE DÉPOSÉE ET LA MARQUE GÉNÉRIQUE

Deux problématiques interdépendantes concernant la marque déposée et la marque générique sont liées à la distribution des produits et spécialités pharmaceutiques : la création de noms de marques désignant les médicaments génériques et le passage du médicament breveté au médicament générique. La molécule d'origine ainsi reproduite sera alors vendue sous plusieurs nouvelles dénominations. Sous la pression des gouvernements et des assureurs, cette transition vers le générique prend de l'ampleur. La bioéquivalence entre le médicament breveté et le médicament générique correspondant étant acquise, la nouvelle dénomination assume en tant que principal élément d'actif (*asset*) le poids de la transition. Le changement étudié ici constitue-t-il un pas vers la fin des marques d'origine ? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons analysé les modes de formation des

marques génériques distribuées au Canada afin de les comparer avec les modes de formation des marques déposées. Ce changement se situe dans le contexte du problème de financement des soins de santé par les organismes gouvernementaux et privés dans la mesure où le remboursement des coûts des médicaments gruge une grande part de ces budgets. En effet, le marché subit, et subira, l'incidence de l'arrivée des médicaments génériques en raison de l'échéance de la protection des brevets d'un grand nombre de médicaments, parmi lesquels on compte des produits dont le chiffre d'affaires s'élève à des centaines de millions de dollars (*blockbusters*). Les organismes payeurs de médicaments (gouvernements, compagnies d'assurances, coopératives de santé, etc.) s'inquiètent des coûts et ne couvrent la plupart du temps, sauf avis contraire du médecin, que le coût des médicaments génériques. D'où l'importante portion du marché qu'occupent les génériques. Aux États-Unis, ceux-ci ont accaparé graduellement 20 % à 50 % du marché. Dans le même ordre d'idées, sur les 20 médicaments les plus consommés en France en 2002, 19 sont «génériquables». En outre, sur la liste des quelque 270 médicaments indispensables élaborée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé), 265 sont aussi génériquables (Pignarre, 2003, p. 27). Nous voyons là un contexte nouveau pour orienter la recherche vers les tenants et les aboutissants de cette médication substitutive.

3.2.1. Enjeu onomastique

Si l'on explore cette transition sous toutes ses facettes, cette mutation repose, abstraction faite de la baisse du prix, sur le nom de marque lui-même, la substitution dénomminative marque déposée/marque générique représentant un enjeu onomastique de premier ordre. La séquence du changement se déroule selon l'ordre suivant : un médicament breveté voit sa période de protection (environ 20 ans au maximum) échoir et en même temps apparaît sur le marché un médicament générique dont la bioéquivalence est reconnue ; sa mise en marché sous un nom générique, généralement sa dénomination commune internationale, se veut la dernière phase du changement. Ce phénomène étant commun à un grand nombre de médicaments d'origine, peut-on annoncer la déroute ou la fin des marques (Villemus, 1996 ; Chetochine, 1995) de médicaments ? Pour tenter de répondre à cette interrogation, il convient dans un premier temps de confronter les nomenclatures en présence afin de dégager, le cas échéant, leurs spécificités respectives du point de vue formel. Cette comparaison entre les nomenclatures respectives des médicaments brevetés et des génériques s'est effectuée, en ce qui concerne les médicaments brevetés, à partir d'une liste utilisée pour une recherche précédente, qui portait sur l'analyse linguistique des marques de médicaments distribués à l'échelle internationale (Leblanc, 2002). Pour les génériques, nous avons analysé quelque 2 000 noms de médicaments génériques fabriqués ou distribués par les quelque 20 membres de l'Industrie canadienne du médicament générique. Ce regroupement compte dans ses rangs des détaillants ou fabricants

de posologies finies, des fournisseurs industriels, des fabricants d'ingrédients actifs et des organismes de recherche sous contrat. L'encadré 1 présente un exemple comparatif entre une marque déposée et ses solutions de rechange génériques.

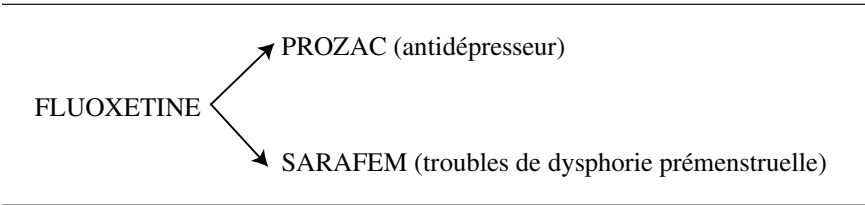
ENCADRÉ 1

PAROXETINE (ingrédient actif)		
Marque déposée : PAXIL® TAB 10 mg		
Génériques correspondants :		
APO®-PAROXETINE	PMS-PAROXETINE	RATIO-PAROXETINE
GEN-PAROXETINE 10 mg	DOM-PAROXETINE	PHL-PAROXETINE
NOVO-PAROXETINE TABLETS	RIVA-PAROXETINE	PAROXETINE-10

Ce mouvement de substitution du médicament breveté par le médicament générique prend de l'ampleur : au Canada, actuellement 40 % des ordonnances touchent les médicaments génériques. La bioéquivalence entre le médicament breveté et le médicament générique correspondant étant acquise, la nouvelle dénomination commerciale assume de facto, pour une bonne part, le poids de la transition. C'est-à-dire que la seule différence réelle et palpable résultant du passage du médicament breveté au générique est la marque du médicament, et corollairement son nouveau conditionnement, par ailleurs souvent imité. De plus, la baisse de prix afférente n'est pas toujours évidente pour le consommateur : la facture est habituellement réglée par les régimes d'assurances gouvernementaux ou privés, et ce, dans un contexte où le patient est souvent réfractaire au changement.

Comme en témoigne l'exemple donné par Azulay concernant les marques *Prozac* et *Sarafem*, le nom de marque d'un médicament revêt une importance capitale, notamment du point de vue de l'effet psychologique appréhendé. En effet, un organisme comme la Food and Drug Administration (États-Unis) reconnaît explicitement les conséquences de l'effet *marque*, ayant récemment approuvé la vente d'un même médicament, la fluoxétine, sous deux appellations (voir la figure 8.1).

Figure 8.1
La vente de la fluoxétine



«*The separate name was requested for the new indication to avoid the mental illness stigma associated with Prozac*» (Azulay, 2001, p. 205). Les instances consentent rarement ce genre d'exception : «*The FDA, EMEA⁵ and national European regulatory authorities do not generally permit multiple trade marks in respect of a substance more than one therapeutic indication*» (ibidem).

Situation à l'identique, notons que la FDA a accepté (en 2004) que la marque *Revatio* identifie un médicament traitant l'hypertension artérielle pulmonaire dont le principe actif est le même que celui du *Viagra*, soit le citrate de sil-dénafil. Pour le distinguer de son prédécesseur, la présentation pharmaceutique est toutefois différente.

3.2.2. Médicaments et acteurs

Deux types de médicaments sont donc en jeu ici. Premièrement, le médicament breveté, pour lequel un fabricant possède un droit exclusif d'exploitation qui empêche tout concurrent de le copier pendant une période de vingt ans (plus ou moins selon les pays). Le deuxième type, soit le médicament générique, se présente comme une copie d'une molécule originale après l'échéance de son brevet ; cette copie peut correspondre à une ou plusieurs dénominations commerciales génériques (*non-proprietary names*), selon le nombre de fabricants distribuant un générique donné (voir l'exemple de paroxétine cité précédemment).

Les statistiques suivantes donnent un aperçu du contexte et des enjeux économiques en ce qui concerne le marché du générique : 40 % des ordonnances touchent les génériques (Canada, 2004) ; aux États-Unis et au Royaume-Uni, les génériques comptent pour 50 % des ordonnances (2004) ; au Canada, plus de 2 000 médicaments génériques sont distribués ; enfin, toujours au Canada, 1,25 milliard de dollars ont été économisés grâce à la substitution de médicaments brevetés par des génériques en 2002.

Parmi les acteurs en jeu, mentionnons le représentant pharmaceutique qui démarche pour un produit auprès des médecins, sa stratégie étant appuyée par une campagne de marketing par aspiration auprès de la clientèle cible. Ainsi, le consommateur lira dans un journal une publicité déclarant que la calvitie se soigne, lui conseillant d'en parler à son médecin, lequel aura sûrement reçu la visite d'un représentant pharmaceutique pour lui parler d'un médicament destiné à combattre cette même calvitie. Peu importe la stratégie du représentant pharmaceutique, ce dernier joue un rôle d'influence auprès du médecin, qui est probablement l'acteur principal de la médication, avec ou sans prescription. Le pharmacien jouera un rôle de soutien ou, en ce qui a trait aux médicaments en vente libre, de conseiller, son influence étant également importante.

5. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products.

En faisant pression auprès de son médecin, le patient aura son mot à dire dans le choix du médicament, surtout s'il recherche des produits de marque et qu'il est prêt à assumer la différence de prix. De plus, il usera de son libre arbitre devant les rayons de la pharmacie pour faire un choix entre les médicaments brevetés ou génériques en vente libre : un choix motivé notamment par sa fidélité à un médicament, par la recommandation d'une personne de son entourage ou par la publicité.

3.2.3. Enjeux thérapeutiques et onomastiques

Amalgamer les enjeux thérapeutiques et onomastiques dans un contexte pharmaceutique peut, dans un premier temps, sembler audacieux, voire peu pertinent pour qui ne perçoit pas les tenants et aboutissants de la consommation de médicaments. Pour en démontrer la pertinence, prenons l'exemple de la France qui a cru nécessaire d'établir une norme en ce qui touche les dénominations commerciales des génériques. En effet, dans l'Hexagone, le nom du médicament doit obligatoirement afficher sa qualité de générique, soit sous forme de la DCI (dénomination commune internationale) et du nom du laboratoire (Amoxicilline RPG, Cefradoxil GNR), soit avec un nom commercial suivi d'un suffixe « générique ».

À la suite de ce changement et du point de vue thérapeutique, les questions à se poser sont les suivantes : est-ce que l'effet thérapeutique est préservé ? Peut-on déterminer un effet placebo de la marque ? L'adhésion au traitement (*compliance*) est-elle perturbée ? Pour les enjeux sociaux, l'effet est palpable, car la réduction des coûts de santé s'avère importante ; les génériques coûtent environ 50 % moins cher. Enfin, la question martelée comme une antienne par les fabricants de produits brevetés, à savoir que la courte durée de la protection du brevet affecte le financement de la recherche en raison de la baisse de profits, entre en jeu ici, mais cette discussion ne fait pas l'objet de notre propos.

Du point de vue psychologique, quelle est la nature de la *relation* que le patient entretient avec son médicament ? Dans notre contexte, on admettra sans discussion que la résistance au changement constitue un comportement propre à un grand nombre d'individus, attitude exacerbée pour tout ce qui touche la santé. Il est permis de penser qu'en effet, le patient, plus particulièrement s'il est âgé, développe une dépendance positive envers un remède qu'il trouve efficace dans le soulagement de ses maux : on ne change pas des conditions gagnantes ! Corollairement, le lien de confiance du patient envers *son* médicament risque de s'affaiblir, voire de se rompre, si une modification quelconque y est apportée. Comme nous l'avons mentionné précédemment, outre le prix, la marque porte à elle seule le fardeau du changement, les fabricants de génériques prenant soin d'imiter, par ailleurs, la présentation pharmaceutique, par exemple, la forme, la couleur, etc., du médicament. Il semblerait aussi que la résistance s'afficherait davantage lors de la consommation de médicaments indiqués pour les traitements symptomatiques

plutôt que régularisateurs : l'effet de guérison agissant concrètement après l'absorption d'un médicament destiné à une guérison symptomatique (migraine, rhume des foins, labyrinthite, etc.). Donc, la relation de cause à effet se ressent alors davantage que pour les résultats attendus d'une médication qui traite les causes d'une maladie (diurétique, inhibiteur calcique, antihypercholestérolémiant, etc.). De plus, le patient risque de transposer la perception courante en ce qui a trait aux produits de grande consommation, à savoir la concurrence entre les grandes marques ou marques fortes et les produits sans marques. On admettra sans discussion qu'il est reconnu que la qualité du ketchup, des petits pois, du cola et du maïs en grains vendus sous l'étiquette de grandes marques est supérieure à celle des produits génériques. Par conséquent, le patient aura tendance à y voir erronément la même différence de qualité, oubliant ou ignorant que le médicament d'origine et son équivalent générique sont de même nature et de même qualité (bioéquivalence).

3.3. LES NOMS DE MARQUES ET LES GÉNÉRIQUES

Comme nous supposons que la transition étudiée ici touche particulièrement le nom de marque, une analyse de la formation des marques distribuées par l'industrie canadienne du médicament générique donne le portrait suivant en ce qui touche les modes les plus usités : le terme simple (souvent le nom de la molécule), par exemple, *Zopiclone* (ingrédient actif) ; la composition, telle *Riva-Lopéramide* (formé de l'apothiconyme tronqué et du nom de l'ingrédient actif) ; le mot-valise, comme *Laxacil* (*laxatif* + *mucilage*) ; la suffixation, par exemple, *Allernix* (*allergie* + *nix*) V. – *Allerdryl*® ; l'hybridation (croisement de modes de formation), *Viaderm-K.C.* (préfixe + *derm* + sigle), entre autres.

Une première conclusion se dégage de cette comparaison : les marques génériques s'avèrent assez reconnaissables, voire assez distinctes des noms de marques déposées. Les séries paradigmatiques privilégiées que s'imposent certains fabricants suggèrent sûrement et implicitement un modèle auprès des intervenants. Par exemple, la compagnie Apotex inc. distribue plus de 220 (2004) produits sous des marques dont le premier formant est la troncation *Apo-* suivie du nom de l'ingrédient actif (*Apo-Lamotrigine*) ou d'une troncation du nom de l'ingrédient actif (*Apo*®-*Keto*[profène]).

3.3.1. Les marques déposées sont-elles en péril ?

Précédemment, nous avons insisté sur cette compétition entre les marques déposées et les marques génériques. C'est que tout fabricant redoute la date d'expiration du brevet de sa molécule, moment où il voit les fabricants de génériques se l'approprier. Néanmoins, l'industrie des médicaments d'origine n'est pas dépourvue de fortes défenses. Pour elle, le meilleur scénario demeure celui où le nom de marque

a maintenu son élan durant sa période d'exclusivité: «*Brands such as Ventolin, Clarityn, and Canesten continue to be valuable to their owners because during their years of exclusivity they created a momentum in demand. This momentum helped to cushion them against the effects of generic competition*» (Blackett, 2001, p. 5). D'autres stratégies des fabricants consistent à tenter de faire passer leurs produits de l'autre côté du comptoir (OTC), évitant ainsi les intermédiaires, ou à développer une valeur ajoutée à un médicament connu (générationnalisation) en modifiant légèrement la molécule et, par la suite, à ajouter un suffixe au nom déjà reconnu. Ou, comme le formule Pignarre, le fabricant *cosmétise* sa marque, c'est-à-dire que «les laboratoires pharmaceutiques jouent ainsi sur les effets de gamme en créant ce qu'ils appellent des “marques ombrelles”. Ainsi, Rhinatiol® n'est plus le nom d'un sirop contre la toux remboursé, mais celui d'une gamme de médicaments en vente libre dans les pathologies respiratoires bénignes» (2003, p. 141).

Dans ce contexte, est-ce que les marques déposées sont en péril ? En guise de réponse, mentionnons que les génériques ne sont disponibles que dans une proportion de 60 % de l'ensemble des médicaments ; il restera alors 40 % de marques sans concurrents génériques. De plus, le groupement Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada se compose de plus de 50 compagnies qui développent des médicaments et vaccins novateurs et dont les membres sont responsables du développement d'au moins 90 % des médicaments disponibles à l'heure actuelle : des joueurs indispensables, voire incontournables.

La confrontation entre les modes de formation des noms de marques de médicaments brevetés et ceux des noms génériques permet de constater que d'un point de vue strictement formel, la comparaison des nomenclatures fait voir d'importantes différences. Par exemple, les contraintes paradigmatiques (modèles de référence) que s'imposent les fabricants de génériques sont nettement plus fortes que celles auxquelles se soumettent les fabricants de médicaments brevetés, par exemple, le modèle *ratio* (de Ratiopharm) + un nom d'ingrédient actif, comme *ratio-Calmydone*. Reste à voir si ces dissimilitudes se manifestent lors de l'interprétation perceptive de la marque par le consommateur. Cette section trace des pistes d'investigation plutôt que des résultats définitifs, mais requiert indiscutablement le développement d'une enquête approfondie pour mesurer les effets de la perception du changement de dénomination et surtout pour évaluer les facteurs de résistance au changement, dont les hypothèses ont été avancées précédemment sur la base d'une observation empirique. Ce que nous aspirons aussi à faire entendre, c'est que le lobbying des fabricants de médicaments génériques auprès du gouvernement cache une fausse concurrence entre les génériques et les spécifiques. En effet, c'est un truisme d'affirmer que le fabricant de médicaments génériques ne mordra pas la main qui le nourrit : sans l'industrie de la recherche (médicaments brevetés), les producteurs de médicaments génériques n'auraient rien à copier.

3.4. L'EUPHÉMISME ET LES NOMS DE MARQUES

Rappelons ici que l'euphémisme est l'adoucissement de l'expression d'une notion dont l'expression directe peut s'avérer choquante ou jugée trop crue. En raison du caractère morbide ou gênant de certaines maladies ou affections, le fabricant se doit d'atténuer au besoin le nom d'une marque pour éviter toute référence déplaisante, le cas échéant, à l'intention thérapeutique bien circonscrite. Nous opposons (Leblanc, 1993) les maladies neutres à celles marquées des points de vue de l'interdiction culturelle (toxicomanie), de l'interdiction sexuelle et scatologique (MTS) et de l'interdiction sociale touchant surtout certains tabous (antidépresseur, anti-obsessionnel, antiboulimique). Les marques à caractère euphémique sont réparties dans les thérapies reliées aux types de maladies ou affections suivantes.

Soit les maladies vénériennes (blennorragie, chancrelle, syphilis, vaginite, etc.) appelées aussi *maladies honteuses* ; cette dernière expression marquant bien la stigmatisation sociale. Pour illustrer cette tabouïsation, on imagine mal trouver sur les tablettes d'une pharmacie des marques (fictives) telles *Siphylex* ou *Blennoragil*... En revanche, les marques euphémisantes suivantes camouflent bien leurs intentions thérapeutiques : *Eryc* (syphilis primaire) et *R & C Shampooping* (traitement des poux de tête ou de pubis).

Soit les troubles pathologiques de la vie psychique, notons que l'exemple *Prozac* qui suit a acquis *a posteriori* une connotation péjorative : *Piportil* (psychoses aiguës ou chroniques, schizophrénie) et *Prozac* (antidépresseur, antiobsessionnel, antiboulimique).

Soit les maladies graves, il est question ici de divers types de cancer, de maladies mortelles ou d'états d'agonie, les noms suivants masquent bien ces maladies : *Megace* (traitement du cancer de la prostate) et *Zanosar* (traitement des adénocarcinomes métastatiques des îlots de Langerhans et des tumeurs carcinoïdes métastasées).

En revanche, la notion de « tabou » évoluant au rythme de la tolérance sociale, certains noms de marques indiquent nettement des notions dont l'expression aurait pu être perçue comme déplacée à une autre époque : *Anugesic* (anus), *Rectogel* (rectum). En résumé, la prise en compte de l'euphémisme dans les noms de marques ne peut faire l'économie de concepts d'analyse linguistiques.

3.5. HYPOSTASE DE LA MARQUE

L'hypostase, ou plus simplement la *dérivation impropre*, est le mode de formation d'un mot par lequel un terme existant change de catégorie lexicale ou grammaticale, soit ici le passage du statut de nom de marque (nom propre) à celui de nom commun. Par exemple, les marques *Band-Aid* (anglais) et *Vaseline* ; on peut penser que d'autres marques bien connues sont en train de connaître le même sort, soit

Viagra, *Ritalin* et *Vioxx*. Dans les cas reconnus, cette lexicalisation est même consignée dans des dictionnaires de langue, notamment le médicament *Halcion*, dans le *Oxford English Dictionary* (OED): « In December 2001, it added *Dolcetatte*, *Halcion*, *Porta Potti* and *Portaloo* » (Frankel, 2004, p. 123). Le nom de marque est ainsi banalisé.

CONCLUSION

Dans ce texte, nous avons tenté de démontrer que la linguistique, plus précisément l'onomastique économique, a sa place dans le monde pharmaceutique. De plus, dans le but de favoriser une utilisation optimale du médicament, les perspectives de recherche suivantes méritent d'être explorées, en prenant en compte les concepts d'analyse présentés précédemment. Par exemple, quelles sont les variables psychologiques associées au nom de marque et les incidences thérapeutiques découlant d'une substitution d'une marque déposée par une marque générique ? Ainsi, pourrait-on déceler un effet placebo produit par la marque ? Cette investigation permettrait d'évaluer les éléments porteurs du changement afin de mettre sur pied des stratégies de sensibilisation chez les acteurs sociaux en vue de mieux intégrer l'usage de médicaments génériques dans le but d'alléger la facture globale reliée à la consommation du médicament. Cette étude pourrait s'inscrire dans un projet plus large, dont l'objectif consisterait à proposer des moyens de sensibilisation du public et des intervenants en soins de santé en faveur du médicament générique, et ce, dans une optique de vulgarisation, d'économie sociale et de diffusion de masse. Bref, davantage qu'une étiquette commerciale, la marque se veut d'abord et avant tout un outil de communication porteur de sens, de symboles, de connotations et d'espoirs de bien-être, de soulagement et de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

-
- Aaker, D.A. (1991). *Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name*, New York, The Free Press.
- Azulay, A. (2001). « Regulatory Issues and Generic Names » dans T. Blackett et R. Robins (dir.), *Brand Medicine: The Role of Branding in the Pharmaceutical Industry*, New York, Palgrave Macmillan, p. 197-210.
- Barbeau, G. (2006). « L'erreur d'un pharmacien cause la fortune de deux médecins », *L'actualité pharmaceutique – le journal du pharmacien*, vol. XIV, n° 9, p. 56-57.
- Blackett, T. (2001). « Introduction », dans T. Blackett, et R. Robins (dir.), *Brand Medicine: The Role of Branding in the Pharmaceutical Industry*, New York, Palgrave Macmillan, p. 1-5.
- Blackett, T. et R. Robins (dir.) (2001). *Brand Medicine: The Role of Branding in the Pharmaceutical Industry*, New York, Palgrave Macmillan.

- Botton, M. et J.-J. Cegarra (1990). *Le nom de marque : création et stratégies de marque*, Paris, McGraw-Hill.
- Bouché, P. (1994). *Les mots de la médecine*, Paris, Belin.
- Chetochine, G. (1995). *La déroute des marques : comment l'arrêter ?*, Rueil-Malmaison, Liaisons.
- Clark, K.A. (2004). *Brandscendence™ : Three Essential Elements of Enduring Brands*, Chicago, Dearborn Trade.
- Cottez, H. (1989). *Dictionnaire des structures du vocabulaire savant*, Paris, Le Robert.
- Frankel, A. (2004). *Word Craft: The Art of Turning Little Words into Big Business*, New York, Crown.
- Galey, B.C. (1997). *De mémoire de marques : dictionnaire de l'origine des noms de marques*, Paris, Tallandier.
- Garb, S., E. Krakauer et J. Carson (1976). *Abbreviations and Acronyms in Medicine and Nursing*, New York, Springer Pub Co.
- Guilbert, L. et al. (dir.) (1971-1978). *Grand Larousse de la langue française*, Paris, Larousse.
- Hébert, C. (2005). «Le choix des pharmaciens Enquête 2004 – MVL Les médicaments de vente libre les plus recommandés par les pharmaciens du Québec», *L'actualité pharmaceutique – le journal du pharmacien*, vol. XIII, n° 5 p. 37-54.
- Hugues, H.K (1978). *Dictionary of Abbreviations in Medicine and the Health Sciences*, Toronto/Lexington, Lexington Books.
- Kapferer, J.-N. (2001). *Les marques, capital de l'entreprise : créer et développer des marques fortes*, Paris, Éditions d'Organisation.
- Leblanc, B. (1992). *Analyse linguistique des marques de fabrique dans le domaine des médicaments : la formation d'un vocabulaire*, Québec, Université Laval. Thèse de doctorat en linguistique non publiée.
- Leblanc, B. (1993). «Les marques de fabrique dans le domaine des médicaments – L'acceptabilité linguistique : les euphémismes», *Actes des 6^e Journées de linguistique (1992)*, CIRAL, B-186, p. 99-106.
- Leblanc, B. (1997). «L'usage des patronymes dans la création des noms de marques», *Rivista Italiana di Onomastica*, III, vol. 2, p. 501-517.
- Leblanc, B. (2002). «Conception d'un précis d'onomastique pharmaceutique», *Patronymica Romanica : Akten des 18. Internationalen Kongresses für Namenforschung Trier*, vol. 12-17, p. 83-90.
- Leblanc, B. et A. Bergeron (2001). «La suffixation commerciale : pistes de description», *L'Actualité terminologique*, XXXIII, vol. 4, p. 25-28.
- Nuessel, F. (1992). *The Study of Names : A Guide to the Principles and Topics*, Westport, Greenwood Press.
- Phillips, J. (2003). «Évaluation des noms de marques à la FDA», <www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/proj/alike-semblable/j_phillips_f.html>, consulté le 24 octobre 2006.
- Pignarre, P. (2003). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte.
- Praninskas, J. (1968). *Trade Name Creation : Processes and Patterns*, La Haye et Paris, Mouton.

- Room, A. (1982). *Dictionary of Trade Name Origins*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Santé Canada et Groupe de travail (GT) sur les PSPCS (2004). *Résumé analytique de la question – Nom des produits de santé à présentation et à consonance semblables (PSPCS), Élaboration d'une politique globale*, <www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/brgtherap/proj/alike-semblable/lasa-pspcs_ias-ra_f.html#exec>, consulté le 30 octobre 2006.
- Tousignant, C. (1990). *La linguistique en cours de justice*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Villemus, P. (1996). *La fin des marques ? Vers un retour au produit*, Paris, Éditions d'Organisation.

ALPHABÉTISME, SANTÉ ET MÉDICAMENTS

Des liens importants à connaître et à comprendre

Chantal OUELLET
Isabelle MÉDEIROS
Marjolaine THOUIN

Afin de mieux comprendre le rapport au médicament, il est essentiel de tenir compte non seulement des connaissances et des représentations des individus mais aussi de leur compréhension de la prescription. L'analphabétisme constitue dans cette perspective une question importante dont il convient de présenter les éléments saillants et ses répercussions sur les usages des médicaments.

1. LA SITUATION DES PERSONNES FAIBLEMENT ALPHABÉTISÉES ET L'ÉMERGENCE DE LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Selon l'Agence de santé publique du Canada, la réalité de l'analphabétisme serait méconnue et mal comprise des professionnels de la santé en général et ne serait pas présentée aux étudiants en pharmacie (Frenette, 2004 ; Agence de santé publique

du Canada, 2003). Mais qu'entend-on au juste par alphabétisme ou littératie¹ ? D'abord, l'alphabétisme va au-delà du seul savoir lire, écrire ou calculer. L'alphabétisme est défini comme l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités. C'est aussi comprendre et être capable d'utiliser l'information requise pour bien fonctionner (Statistique Canada, 1996). Le degré de difficulté de toute tâche de lecture dépendrait à la fois de la difficulté à **trouver de l'information** dans un texte et de la difficulté à **utiliser cette information** pour exécuter une tâche plus importante (Kirsh et Mosenthal, 1990). C'est à partir de cette définition en usage dans les pays industrialisés depuis la tenue, en 1994, de la première Enquête internationale d'envergure sur l'alphabétisation des adultes, l'EIAA, que s'établit, en premier lieu, ce lien entre alphabétisme, santé et médicaments.

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes de 1994 a établi un continuum de capacités de lecture, se traduisant par cinq niveaux d'alphabétisme. Ce continuum a été repris par la seconde édition de cette grande enquête, l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) de 2003 (Statistique Canada et Ressources humaines et développement des compétences Canada, 2005). Le niveau 1 représente le niveau des individus qui ont une grande difficulté ou une incapacité à lire. Ils possèdent peu de compétences de base ou de stratégies pour décoder un texte. Ces lecteurs s'identifient fort probablement comme des personnes qui ont des troubles de lecture. Au Canada, selon cette enquête de 2003, ces personnes comptent pour 15 % de la population. Généralement, une personne dont les connaissances correspondent à ce niveau est incapable de savoir la bonne dose de médicament à administrer à un enfant selon le mode d'emploi de l'emballage. Au niveau 2, les individus ont des compétences limitées. Ils lisent, mais ne lisent pas bien. Ils ne peuvent lire que du matériel simple, clairement présenté, et explicite. Ils sont capables d'accomplir des tâches simples comme repérer un mot familier. Les personnes classées au niveau 2 représentent 27 % des adultes canadiens. Une personne ayant un niveau 2 en lecture est qualifiée d'analphabète fonctionnel mais ne se signale généralement pas comme ayant des troubles de lecture. Son niveau de scolarité peut équivaloir à celui du primaire ou du début du secondaire. Les individus se situant à ce niveau peuvent lire avec facilité mais éprouvent des difficultés pour la réalisation de tâches plus complexes. Au niveau 3, un individu a la capacité d'utiliser du matériel écrit à condition qu'il soit clair mais il éprouve des difficultés pour la réalisation de tâches plus complexes. Ce niveau correspond à la fin des études secondaires et au début du niveau collégial. Ce niveau, où se retrouve 38 %

1. Les termes alphabétisme et littératie sont équivalents et souvent employés l'un pour l'autre. Le terme « littératie » est par contre un calque de l'anglais « literacy », de plus en plus en usage au Canada, au Québec et dans les pays francophones.

de la population, est considéré comme le niveau minimal requis pour une pleine participation à la société. Aux niveaux 4 et 5, les individus possèdent de fortes compétences en littératie et la capacité de répondre à la plupart des exigences de lecture avec beaucoup de polyvalence. Ils possèdent un large éventail de compétences en lecture et de nombreuses stratégies pour lire et comprendre du matériel complexe. Ces personnes peuvent relever de nouveaux défis en lecture et correspondent à 20 % de la population. C'est généralement le niveau des professionnels et des personnes qui lisent le plus au travail et qui possèdent des compétences supérieures de traitement de l'information.

Or près de la moitié des adultes canadiens ont de faibles capacités de lecture et d'écriture, se classant aux niveaux 1 et 2, et ont de la difficulté à lire l'information écrite qu'ils rencontrent dans leurs activités quotidiennes. Ces Canadiens faiblement alphabétisés sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé que ceux dont le niveau d'alphabétisation est élevé. Ils sont plus susceptibles de vivre avec des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques ou le cancer (Agence de santé publique du Canada, 2003). De plus, l'Agence canadienne de santé publique en est arrivée, au début des années 2000, à un grave constat. La plupart des documents d'information destinés aux patients ne peuvent être lus et compris sans aide que par 20 % des adultes canadiens.

Selon l'Agence, l'alphabétisme est l'un des principaux déterminants de la santé : les personnes faiblement alphabétisées sont en moins bonne santé que celles qui possèdent des capacités de lecture supérieures. Il existerait donc une relation étroite entre le niveau de scolarité et l'état de santé, si bien qu'au concept simple d'alphabétisme est venu s'adjoindre, récemment, celui de littératie ou d'alphabétisme en matière de santé. Ce concept se définit par la capacité d'un individu d'obtenir, d'interpréter et de comprendre des informations de base reliées à la santé et aux services qui sont offerts dans ce domaine de même que « [...] la capacité d'utiliser ces informations pour faire des choix éclairés concernant la santé » (National Health Education Standards, dans Fontaine, 2003, p. 2). Cette situation n'est pas sans conséquence pour les personnes faiblement alphabétisées. Celles-ci ont un accès limité aux informations écrites et verbales relatives à la santé. Elles ne comprennent pas toujours les renseignements qui leur sont donnés et commettent des erreurs pouvant nuire à leur santé (Fontaine, 2003).

Le niveau de lecture utilisé lors de la rédaction des renseignements sur les médicaments correspond, généralement, à celui d'une 6^e année du primaire (Association canadienne de santé publique [ACSP], 2002). Malgré ces précautions, il existe des personnes qui n'atteignent pas ce niveau de compréhension de l'écrit, qui ne comprennent aucune des deux langues officielles du Canada, ou qui ont des handicaps tels que la cécité ou la surdité. Des personnes ayant des troubles d'apprentissage propres au langage écrit, telles les dyslexies, peuvent se situer au niveau 1. D'autres personnes ayant des capacités de niveau 2 et même 3 peuvent

éprouver, pour leur part, des difficultés d'apprentissage qui ont des répercussions directes sur leur capacité à lire et à comprendre l'information. La difficulté de faire appel à des stratégies ou à des connaissances antérieures, de faibles capacités aux plans de la métacognition, des processus cognitifs, des habiletés mnémoniques et attentionnelles, une faible maîtrise de ses impulsions tout comme de faibles habiletés de généralisation sont autant de difficultés d'apprentissage ayant une incidence sur la lecture et le traitement de l'information (Minskoff et Allsopp, 2006). Pour certains, ces difficultés de lecture seront causées par un malmenage pédagogique (Martinez, 2003). Ces difficultés seront associées, ou non, à des troubles de comportement. Pour d'autres, ce sont des raisons familiales, sociales, socioculturelles ou économiques qui les auront empêchés d'apprendre à lire. Quelle que soit la clarté ou la simplicité du style employé, ces personnes ne comprennent pas le message et ont besoin d'aide. Certaines erreurs dans l'utilisation des médicaments en vente libre ou prescrits sont directement liées à des difficultés de lecture (Agence de santé publique du Canada, 2003).

Pour Petch, Ronson et Rootman (2004), la littératie en matière de santé n'a pas seulement pour objectif de pouvoir déchiffrer les étiquettes des flacons de médicaments ou des ordonnances, c'est aussi la possibilité de recevoir et de comprendre des informations sur sa santé. La situation a conduit ces auteurs à traiter des effets directs et indirects de l'analphabétisme sur la santé. Les effets directs d'une faible alphabétisation et d'une mauvaise santé se manifestent par certaines difficultés : comprendre l'information sur la santé et respecter les conseils concernant les soins, la prise de médicaments, les étiquettes de produits alimentaires et les consignes de sécurité. Ces problèmes se traduisent aussi par une difficulté à obtenir les services nécessaires pour demeurer en santé, à s'y retrouver dans un système de santé complexe, à interagir avec les professionnels de la santé ou à réclamer des soins médicaux adéquats au bon moment. Bien que certaines personnes utilisent davantage les services de santé, bon nombre d'entre elles attendent d'être en état d'urgence avant de chercher l'aide médicale dont elles ont besoin (Gillis, 2005 ; Petch *et al.*, 2004). Ces effets prennent la forme, par exemple, d'une prise incorrecte des médicaments comme celle de ne pas donner la bonne dose à son enfant ou à un autre membre de la famille, d'un non-respect des consignes de santé, d'une inaptitude à comprendre le mode d'emploi des préparations pour nouveau-nés, d'une incapacité à suivre les directives d'un régime diabétique. Les aînés, à qui s'adressent 40 % des ordonnances, ne peuvent suivre leur régime posologique s'ils ne savent pas lire les étiquettes, s'ils ne peuvent pas ouvrir les flacons de pilules, s'ils ne se souviennent pas de l'espacement des doses. Ils peuvent aussi expérimenter d'autres situations problématiques liées à la santé telles que remplir un formulaire médical, comprendre un formulaire de consentement pour un traitement médical, demander et obtenir l'aide d'un spécialiste (ACSP, 2001). Ces situations ont pour conséquence d'accroître le nombre

de visites chez le médecin et de tests de laboratoire, des hospitalisations répétées ainsi que des décès en milieu de travail. Cette problématique coûterait plus de 9 milliards aux contribuables canadiens (Fontaine, 2003).

Si les répercussions directes sont plus évidentes (difficultés à lire et comprendre les flacons, les ordonnances, des risques de blessures au travail plus élevés résultant d'une mauvaise compréhension des instructions en matière de sécurité), les conséquences indirectes ne sont pas moins importantes. Il est alors question de chômage, d'emplois mal rémunérés, de stress, de vulnérabilité, de mauvaises habitudes de vie et d'hospitalisations plus longues et plus fréquentes. Les personnes peu alphabétisées sont susceptibles de vivre dans un état de pauvreté et peuvent manquer d'un approvisionnement alimentaire adéquat, vivre dans des logements insalubres, travailler dans des milieux dangereux, se sentir exclues sur le plan social, subir beaucoup de stress et manquer d'assurance. De plus, elles peuvent avoir plus de difficultés à adopter des habitudes de vie saines (faire de l'exercice, bien manger, ne pas fumer, etc.) et être confrontées à des obstacles qui vont nuire au développement des enfants (Gillis, 2005).

2. ÉTAT DE LA RECHERCHE AU CANADA ET AU QUÉBEC SUR L'ALPHABÉTISME, LA SANTÉ ET LE MÉDICAMENT

Il existerait, au Canada, beaucoup de programmes d'alphabétisation en matière de santé, mais très peu de recherches (Rootman *et al.*, 2002). Ce postulat a d'ailleurs été à la base de la II^e Conférence canadienne sur l'alphabétisme en matière de santé tenue à Ottawa en 2004. Rootman *et al.* (2002) ont mené une recherche évaluative et documentaire pour le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et l'Association canadienne de santé publique afin de relever les lacunes de la recherche, les initiatives en cours et à l'état de projet, de même que les ressources et les pistes à explorer dans le domaine de la recherche sur l'alphabétisme et la santé au Canada. À la suite de leur recherche, cette équipe confirme qu'il existe un grand nombre de programmes d'alphabétisation et de santé au Canada mais que la recherche, dans ce domaine, présente de graves lacunes. Les résultats de cette étude sont regroupés en six grands thèmes : 1) les projets canadiens en cours et envisagés dans le domaine de l'alphabétisation et de la santé, 2) les études canadiennes prometteuses dans ce domaine, 3) un recensement des chercheurs intéressés par le sujet au Canada, 4) l'identification de diverses lacunes, 5) les obstacles à la recherche et 6) les solutions et pistes à explorer. Tout comme les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche, ces auteurs estiment que la population n'est pas encore assez informée en matière de santé et que de nouvelles recherches sont nécessaires.

Ces mêmes auteurs suggèrent trois grandes thématiques à couvrir pour le développement de ce champ d'études qu'est l'alphabétisme et la santé. Il s'agit d'abord de clarifier l'enjeu alphabétisation-santé, de développer au besoin des arguments pour sensibiliser les décideurs, d'améliorer la recherche et les pratiques dans ce domaine et de mettre sur pied des recherches-actions participatives visant à améliorer la santé et l'alphabétisation de l'ensemble de la population. Petch *et al.* (2004) proposent par ailleurs de se concentrer sur l'incidence du bas niveau d'alphabétisme sur les coûts du système de santé et de favoriser, de façon particulière, l'étude des besoins des peuples autochtones, des francophones et des personnes immigrantes.

Solar, Solar-Pelletier et Solar-Pelletier (2006), dans une importante recension des recherches menées en alphabétisation en français au Canada, ont inventorié les recherches réalisées au Canada en français entre 1997 et 2004, qui portent sur le thème de l'alphabétisation et de la santé et qui établissent un lien direct entre les deux concepts. La majorité de ces recherches ont été menées au Québec. De ces recherches, les auteurs de cette recension dégagent une constante claire : il existe un lien entre l'analphabétisme et une plus grande prédisposition à des problèmes de santé (Parent, 1997 ; Boyer et Boucher, 1998 ; Roberts et Fawcett, 1998 ; Kaszap *et al.*, 2000).

Parmi les recherches recensées, un certain nombre portent sur les incidences et les conséquences de l'analphabétisme sur la santé alors que d'autres se concentrent sur la problématique de l'accessibilité et la disponibilité des informations pour les analphabètes.

2.1. RECHERCHES SUR L'ACCESSIBILITÉ ET LA DISPONIBILITÉ DES INFORMATIONS POUR LES PERSONNES FAIBLEMENT ALPHABÉTISÉES

L'accessibilité et la disponibilité des informations sur la santé pour les personnes faiblement alphabétisées nous apparaissent indispensables compte tenu de la définition même de l'alphabétisation en matière de santé².

Sur cette question, Kaszap *et al.* (2000) ainsi que Petch *et al.* (2004) ont abordé la question de la nécessité d'une écriture claire et simple, d'illustrations et de vidéocassettes pour communiquer l'information aux personnes peu alphabétisées. Ces auteurs préconisent une amélioration et un ajustement de la littératie en matière de santé afin de rendre l'information plus accessible aux personnes

2. Ce concept se définit par la capacité d'un individu d'obtenir, d'interpréter et de comprendre des informations de base reliées à la santé et aux services qui sont offerts dans ce domaine de même que la capacité d'utiliser ces informations pour faire des choix éclairés concernant la santé.

peu ou pas alphabétisées. L'utilisation d'un langage clair et simple³, de même que des illustrations et des vidéocassettes, devraient, selon eux, améliorer la situation. Une autre recherche sur la nutrition emploie, dans le même ordre d'idées, les termes de logos santé, de parcours visuels et de conseils des spécialistes en diététique (Dubois *et al.*, 2001) comme moyens de faciliter l'accès à l'information. Ce rapport de recherche de Dubois *et al.* (2001) sur la problématique des analphabètes qui doivent faire leur épicerie et suivre un régime alimentaire prescrit par un professionnel de la santé offre des suggestions d'amélioration et en précise la portée. Selon ces auteurs, pour 38 % de la population des personnes âgées vivant avec des maladies chroniques il est difficile de se prendre en charge, car plusieurs ont de la difficulté à comprendre les consignes de professionnels de la santé parce qu'elles sont souvent écrites. Ces auteurs affirment aussi que les épiciers sont ouverts à l'idée de faire la promotion d'aliments pour une saine alimentation. Or ces résultats indiquent que les épiceries pourraient être un bon lieu pour joindre les analphabètes. Par ailleurs, une bonne compréhension des instructions de la part du patient est essentielle au traitement de la maladie. Kaszap *et al.* (2000) soulignent la crainte de certaines personnes âgées quant à leur capacité de gérer leur santé. Celles-ci sont souvent peu enclines à poser des questions au professionnel de la santé et elles auront de la difficulté à faire le lien entre leur état de santé et les traitements prescrits. Par ailleurs, le Centre d'alphabétisation du Québec (2001) a mené une importante recherche en deux phases sur l'information en matière de santé. Il souligne que l'information sur la santé est généralement très uniformisée et rarement adaptée. Par conséquent, les documents offerts aux patients sont d'une utilité relative puisqu'une barrière de nature langagière en dissimule la signification. En collaboration avec le Comité d'alphabétisation-santé de l'Hôpital général de Montréal, le Centre d'alphabétisation a procédé à une analyse des besoins en information et en éducation en matière de santé auprès de patients qualifiés de « marginaux ». Ce terme renvoie aux différents facteurs qui entravent la communication, comme le niveau d'alphabétisme, les barrières linguistiques, les traumatismes découlant d'une situation vécue dans un pays ravagé par la guerre, la déficience physique ou les problèmes cognitifs. La première phase d'analyse a donné lieu à une seconde, ayant eu lieu en 2001-2002. Cette seconde phase de la recherche a permis de mettre en application et de documenter les recommandations de la phase un. Trois unités de l'hôpital ont suivi tout particulièrement les recommandations formulées au sujet de la production de matériel adapté et la mise en place de comités d'éducation à la santé. Cette recherche a permis d'observer que la problématique de l'accessibilité de l'information concernait un pourcentage important de la population desservie par l'hôpital. Il faut

3. Un texte en langage clair ne contient que l'information essentielle, il est écrit et présenté de la manière la plus directe qui soit, afin qu'un public le plus large possible le comprenne. Il doit, de plus, respecter des critères de rédaction bien précis.

également retenir que le développement de la littératie en matière de santé est non seulement bénéfique pour les patients, mais elle l'est aussi pour leur famille et leur entourage.

Une autre étude, celle de Roberts et Fawcett (1998), offre d'autres informations sur la situation que vivent les personnes âgées analphabètes. Leur rapport, se basant sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et sur les données de l'EIAA⁴, indique que 79 % des personnes âgées ont des capacités de lecture de niveau 1 et 2 alors que ce ne serait le cas que de 33 % des 16 à 24 ans. Ces mêmes personnes âgées, dont 66 % sont de niveau 1 et 90 % de niveau 2, surestiment leur capacité de lecture. Dans certains cas, cette situation pourrait occasionner un danger pour leur santé, d'autant plus que 74 % de ces personnes, ayant des capacités de lecture de niveau 1 et 2, lisent quotidiennement des recettes ou des instructions sur les contenants de médicaments. Compte tenu de la croissance de la population des personnes âgées au Canada, Roberts et Fawcett (1998) concluent qu'il est urgent que l'alphabétisme devienne un enjeu important de promotion de la santé. Dans le même sens, Kaszap *et al.* (2000) considèrent que l'élaboration de stratégies et d'outils d'éducation à la santé adaptés aux besoins des personnes âgées peu alphabétisées qui sont atteintes d'une maladie cardiovasculaire favoriserait la prise en charge de leurs soins, de même que l'adhésion et l'assiduité au traitement.

Toujours sur cette thématique de l'accessibilité et de la disponibilité de l'information en matière de santé, Ouellet et Garnier (2004, 2005) ont mené une recherche empirique et exploratoire auprès de 14 femmes immigrantes en démarche d'alphabétisation. Ces femmes avaient une connaissance fonctionnelle du français oral et fréquentaient trois groupes populaires de formation en alphabétisation de trois quartiers défavorisés de Montréal. Elles ont été interrogées au moyen d'entretiens semi-dirigés sur leurs représentations de la santé, des médicaments et de la nutrition en relation avec leur utilisation de l'écrit. Concernant la santé, c'est leur degré de compréhension de la communication écrite et verbale lors de consultations médicales qui a été investiguée. Quant à leur prise de médicaments, les entretiens ont porté sur la compréhension des informations posologiques tant à l'oral qu'à l'écrit. Les résultats ont été mis en relation avec les dimensions du modèle conceptuel de l'alphabétisation en matière de santé : les connaissances sur la santé, la capacité d'interpréter l'information sanitaire, les connaissances des soins de santé appropriés et la capacité de les chercher, la capacité de comprendre, de donner son consentement et, enfin, la capacité de comprendre le risque (Rootman *et al.*, etc., 2002).

4. Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes.

Les résultats de cette recherche indiquent que la presque totalité des répondantes (13/14) ont une représentation positive de leur santé, s'estimant somme toute « en bonne santé ». Une seule femme mentionne souffrir de diabète, d'hypertension, de douleurs. Chez ces répondantes ayant une représentation positive de leur état de santé, une majorité dit, par contre, faire de l'anémie, avoir mal à l'estomac, avoir des migraines, faire de l'arthrose, avoir des problèmes liés à la ménopause, avoir mal au coude (et fréquenter un chiropraticien), avoir mal aux yeux, et avoir un problème de santé mentale. Selon la théorie des représentations sociales, nous serions peut-être en présence d'un schème étrange ou d'une contradiction concernant la compréhension du concept de *bonne santé*. Pour elles, être en bonne santé signifierait « ne pas être souffrante » au point d'être alitée. Il y aurait donc lieu d'approfondir les représentations sociales de la santé ou des « états de santé » de personnes analphabètes en relation avec leurs connaissances sur la santé, ces connaissances sur la santé faisant partie intégrante du cadre conceptuel de la littératie en matière de santé.

Les résultats relatifs aux communications avec le médecin indiquent une bonne compréhension des informations transmises verbalement pour un peu plus de la moitié des répondantes, mais aussi un comportement d'évitement et le recours à des médecins ou des spécialistes parlant leur langue maternelle. Un peu moins de la moitié des répondantes déclarent prendre des médicaments sur une base régulière. Quant à la compréhension de la posologie lors de la prise de médicaments, celles-ci en arrivent à comprendre et à retenir les consignes grâce à une explication verbale donnée par des professionnels (p. ex., médecin, pharmacien) et par des proches (p. ex., mari, amie, voisine). En même temps, ces personnes qui prennent régulièrement des médicaments en raison de maladies chroniques (p. ex., diabète, hypertension) disent ne pas avoir besoin d'aide. Selon l'interprétation des auteures, les malades chroniques auraient tendance à apprendre leur régime posologique « par cœur », n'ayant pas le choix. En ce sens, les personnes ne souffrant pas de maladies chroniques seraient plus susceptibles d'avoir besoin d'aide ; une prise de médicament occasionnelle ou variant selon les besoins rendant plus difficiles la mémorisation et la rétention des informations posologiques. En conséquence, il y aurait lieu d'étudier les difficultés relatives à la prise de médicaments, chez les personnes analphabètes, en fonction de leur état de santé et des types de maladies, chroniques ou non, dont elles peuvent être affectées. En ce sens, le Programme national sur l'alphabétisation et la santé (ACSP, s.d.) suggère, dans ses priorités, d'étudier les besoins de littératie en matière de santé en fonction de groupes bien ciblés. Quant à une interprétation des situations d'évitement ou de négation lors des situations de communication avec le médecin, les auteures voient dans les problèmes de communication verbale un manque d'autonomie de la personne la limitant dans ses échanges et ses demandes d'informations. À ces problèmes de recherche d'information au plan verbal s'ajoutent bien sûr la difficulté ou l'impossibilité de recourir aux informations écrites, qu'il

s'agisse de dépliants ou d'Internet. Ces problèmes de communication entraînent par conséquent une incompréhension des relations entre les maladies et les médicaments ou entre le soulagement de certains symptômes et les médicaments, d'où des conflits sociocognitifs non résolus et d'où, pour certaines personnes, une mauvaise relation médecin-patient illustrée par cet extrait : *« J'ai les problèmes avec le docteur, pourquoi il m'a donné quelque chose pour la ménopause. Mais ça, ça n'a rien à voir avec la santé. Pourquoi... ça fait partie de la vie. Quand l'âge [...] quand on commence [...] c'est tout. »* Une situation de blocage ou d'évitement se manifeste par une non-observance pour une autre répondante : *« J'aime pas les médecins [...] quand ils donnent des médicaments, ça me donne mal à l'estomac alors je les prends pas. »*

Ces situations conduisent, selon les auteures, à des sortes de « culs-de-sac » sanitaires qui ont, comme nous l'avons vu plus haut, des incidences directes sur la santé. En conclusion, cette recherche de Garnier et Ouellet (2004, 2005) réaffirme une prédominance de la mémoire et de l'expérience concrète chez les personnes faiblement alphabétisées ainsi que l'importance des informations verbales pour l'acquisition de connaissances. Comme leur recours à l'écrit est limité, ces personnes manquent d'autonomie et doivent demander de l'aide (p. ex., entourage ou professionnels). Ce manque d'accès aux informations verbales et écrites a pour conséquence une incompréhension des relations entre les maladies, ou certains symptômes, et les médicaments, d'où les effets directs sur leur santé. Ces auteures suggèrent enfin des pistes de recherche sur les représentations sociales et l'alphabétisation en matière de santé. D'abord, il y aurait lieu : 1) de mieux cerner les représentations « erronées » (et/ou conflits sociocognitifs) des relations maladies/médicaments dans les cas d'évitement ou de non-observance, 2) d'étudier les représentations de groupes ciblés (maladies chroniques, maladies mentales, etc.) et 3) d'étudier la grande importance des interactions avec les proches et avec les professionnels de la santé et de miser sur ces interactions pour améliorer la recherche, la compréhension et l'interprétation de l'information sanitaire. Enfin, elles recommandent, à l'instar des auteurs cités plus haut, de mieux outiller le système de santé, au moyen de différentes littératies (p. ex., visuelles) ou de personnes-ressources pour faciliter l'accès à l'information.

3. DES PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS ET D'ADAPTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Bien qu'encore peu de recherches portent sur les relations entre alphabétisation, santé et médicaments et sur l'accessibilité et la disponibilité des informations sanitaires, il n'en demeure pas moins que des praticiens ont mis en place et fait la promotion de moyens d'intervention pour venir en aide aux personnes faiblement alphabétisées.

La plupart des personnes peu alphabétisées ont appris à compenser très astucieusement cette lacune. Elles sont souvent très habiles à camoufler leurs difficultés, à trouver de l'information et à comprendre les conseils qui leur sont donnés. Il faut dire qu'un patient ayant un faible niveau d'alphabétisme utiliserait fréquemment les services de santé et manquerait régulièrement ses rendez-vous chez le médecin. Certains signes permettent, notamment lors de consultations avec des pharmaciens, de repérer les personnes peu à l'aise avec l'écrit. Ainsi, regarder le pharmacien dans les yeux lorsqu'il montre l'étiquette d'un médicament, arriver aux rendez-vous sans avoir rempli les formulaires requis, éviter de remplir les questionnaires et les formulaires, prétendre avoir des problèmes de vision ou autres (pour éviter de lire), amener un membre de la famille pour se faire expliquer les consignes, se fier aux autres pour la lecture de documents, ne jamais faire allusion à l'information écrite reçue, ne jamais noter les consignes, poser trop de questions... ou n'en poser aucune et sembler frustré ou anxieux en lisant constituent autant de signes révélateurs de difficultés à comprendre l'information écrite. De façon plus précise, il est possible d'identifier les personnes peu à l'aise avec l'écrit lors de la lecture de documents : certains patients lisent lentement et avec trop d'efforts, en tenant la page à l'envers, d'autres lisent plus vite que la normale sans comprendre le sens du texte (Gillis, 2005 ; ACSP, 2001).

4. COMMENT INTERVENIR ?

Il n'est pas toujours facile de savoir qu'une personne éprouve des problèmes de lecture parce qu'elle a appris, comme nous l'avons vu, à les camoufler. Cependant, il est possible pour un professionnel de la santé, comme le pharmacien, d'évaluer le niveau de lecture du patient. Certains moyens concrets sont proposés (Frenette, 2004), par exemple, en posant des questions générales et en demandant des explications, en créant un environnement convivial et chaleureux. Pour les personnes faiblement alphabétisées, et particulièrement pour les personnes âgées, aller chez un professionnel de la santé peut représenter un cauchemar. Il est possible d'adapter l'établissement aux besoins des personnes faiblement alphabétisées, par exemple, en peignant des pas au sol pour guider le patient vers la réception. Être plus sensible aux besoins des patients, en faisant preuve de patience sera très aidant. La patience, souvent réclamée par les personnes analphabètes elles-mêmes, nécessite la mise en place d'un mécanisme de communication, car les personnes faiblement alphabétisées ne s'expriment pas toujours clairement et peuvent avoir de la difficulté à comprendre les instructions verbales et écrites à propos de leur santé. De plus, elles ont souvent de la difficulté à remplir des formulaires et encore plus à s'exprimer lorsque le médecin, l'infirmière ou tout autre professionnel de la santé se montre impatient. Ceux-ci doivent donc être en mesure de fournir au patient des informations spécialement adaptées à ses besoins, tant à l'oral qu'à l'écrit, par l'utilisation d'une langue claire et simple (Fontaine, 2003).

Pour Fortin (FCAF, 2004), qui a fait une étude exploratoire en 2000 auprès de personnes peu alphabétisées atteintes d'une maladie cardiovasculaire, il importe de bien comprendre la situation de la personne peu alphabétisée. Qu'elle soit alphabétisée ou non, celle-ci n'en demeure pas moins vulnérable, inquiète, stressée et déstabilisée lorsqu'elle se présente en consultation. Connaissant peu le langage médical, elle est souvent intimidée par ce que Fortin appelle « l'effet du sarreau blanc ». Il se peut également que cette personne soit en état de choc ; elle a donc besoin qu'on prenne le temps, qu'on l'écoute et qu'on l'informe. De plus, la personne peu alphabétisée :

[...] vit la crainte de ne pas être à la hauteur de ce qu'on va lui dire ou de ce que le professionnel lui demandera de raconter, de faire. Elle n'ose pas poser des questions ou dire qu'elle ne comprend pas. Elle a même peur de déranger et, parfois, elle minimise son problème de santé. Il arrive qu'elle n'ait pas la capacité intellectuelle de décrire son état, d'expliquer sa façon de vivre ou de poser les bonnes questions. Elle a souvent une idée préconçue de sa maladie qui repose sur ce qui est arrivé à une personne connue ou à un membre de sa famille (FCAF, 2004, p. 10).

Pour Fortin, le personnel médical est alphabétisé et croit, en général, que la personne malade l'est elle aussi suffisamment pour comprendre ce qu'il lui dit, si ce dernier utilise des mots ou des expressions plus simples.

Certes, le personnel médical serait qualifié. Il informerait le patient et lui expliquerait, par exemple, comment prendre sa médication. Cependant, **il oublie de vérifier ce que le patient a compris**. Fortin donne l'exemple suivant :

[...] il ne suffit pas de dire à une personne de se peser régulièrement. Il faut d'abord s'informer si elle dispose d'un pèse-personne à la maison puis lui montrer comment mesurer son poids, lui dire de se peser régulièrement et lui demander d'inscrire chaque fois son poids dans un carnet. Il ne suffit pas non plus de dire au patient que sa pression est bonne ; il faut lui préciser qu'elle est bonne en raison des médicaments qu'il prend et qu'il doit continuer à les prendre (FCAF, 2004, p. 11).

Pour cette infirmière et professeure, l'expérience lui a appris que ce n'est pas parce qu'on enseigne quelque chose à une personne que celle-ci apprend nécessairement. L'enseignement ne serait donc qu'un outil d'apprentissage parmi d'autres. « L'apprentissage en soins de santé doit se faire au moment où le patient est potentiellement ouvert à un tel apprentissage » (FCAF, 2004, p. 11). Par exemple, au début d'une hospitalisation, il est trop tôt pour apprendre car la santé du patient est instable et détériorée. La personne peut être sous l'effet de médicaments et de calmants à la suite d'une intervention chirurgicale et n'est donc pas « disposée » à apprendre. De même, Fortin précise qu'il faut éviter de le faire peu avant le départ du patient pour la maison car il est dans un état d'excitation qui rend son apprentissage plus difficile. Le temps de séjour à l'hôpital étant court, la personne peu alphabétisée se trouve dans une situation où il devient impossible de respecter son rythme d'apprentissage :

L'apprentissage, quel qu'il soit, suppose un climat de confiance et le respect de l'apprenant ainsi que la valorisation de ce qu'il est, de ce qu'il sait et de ce qu'il fait pour sa santé. L'apprentissage exige que l'enseignant place le contenu à transmettre dans le contexte de vie de la personne peu alphabétisée, permette à cette dernière d'expérimenter et enfin vérifie sa compréhension et sa capacité de transférer ses apprentissages dans son contexte de vie [...] L'apprentissage suppose aussi que l'enseignant connaisse l'apprenant et qu'il sache de quelle façon il apprend (FCAF, 2004, p. 11).

Si le patient peut profiter d'un suivi médical une fois de retour à la maison, il pourra alors compléter son apprentissage, éviter une récurrence et une nouvelle hospitalisation. Malheureusement, le personnel médical n'a pas la possibilité de connaître suffisamment les capacités d'apprendre des personnes soignées, en raison, entre autres, de contraintes de temps. Il ne dispose pas, non plus, des outils permettant d'observer et de détecter rapidement leurs difficultés de compréhension.

5. ADAPTER LES DOCUMENTS ÉCRITS

Il est aussi possible d'adapter les documents écrits en faisant une version correspondant à une 4^e ou 6^e année du primaire et une autre version offrant davantage d'informations. Employer un style clair et simple lors de la communication avec le patient contribue à lui simplifier la tâche (ACSP, 2002). Il est suggéré de vulgariser et d'organiser l'information de façon à en faciliter le traitement. De plus, fournir des informations verbales en guise d'accompagnement des informations écrites ou fournir les deux types d'informations à la fois peut aussi aider. Utiliser des pictogrammes ou des étiquettes avec des symboles représentant le sommeil, la nourriture, l'alcool, etc., peuvent également faciliter l'accès à l'information écrite (Frenette, 2004 ; ACSP, 2002).

Il est également possible de recourir au langage non verbal pour faciliter la compréhension des consignes nécessaires à la prise de médicaments, en joignant le geste à la parole, comme par exemple, en montrant deux doigts pour indiquer deux pilules ou encore, en regardant le patient directement dans les yeux, en hochant la tête, en utilisant le pilulier ou la dosette et en faisant une démonstration (avec un inhalateur, une seringue, etc.). Ces moyens constituent des appuis utiles permettant de faciliter la transmission des informations verbales ou écrites. À l'oral, il est recommandé de faire répéter la personne pour vérifier sa compréhension, de vulgariser et d'organiser l'information ainsi que de renforcer les explications verbales et écrites du médecin par le pharmacien (Frenette, 2004 ; ACSP, 2002).

D'autres suggestions portent sur le suivi des patients quant à leurs difficultés à maîtriser l'écrit. Par exemple, il est proposé de mettre une note au dossier du patient concernant ses difficultés à lire, afin que le professionnel soit moins dépourvu, agisse plus rapidement et plus efficacement lors d'une rencontre ultérieure. Établir une relation de confiance entre le patient, le médecin et le pharmacien

demeure essentiel dans ces cas. Obtenir de l'aide du personnel médical et paramédical – infirmières, thérapeutes, diététistes et les travailleurs sociaux – pour la compréhension et la gestion des médicaments et référer les cas problématiques à un CLSC pour s'assurer d'un meilleur suivi demeurent autant de moyens d'assurer un suivi efficace auprès de personnes analphabètes (Frenette, 2004).

Enfin, les spécialistes de la rédaction professionnelle donnent également des conseils pour la rédaction des documents d'information à l'intention de patients ayant de faibles niveaux de littératie. Ils suggèrent l'emploi de mots courants et non d'un jargon propre à un domaine, de phrases et de mots courts, d'un *Précis de terminologie* en style clair et simple, de la forme affirmative au lieu de la forme négative, de s'adresser directement au lecteur à l'impératif (ACSP, 2002). Il est aussi possible de rédiger les instructions dans l'ordre d'exécution, d'isoler les principaux points du texte (lieux, dates, coordonnées, etc.), de se préoccuper de la présentation graphique par une conception et une mise en page appropriées (des images claires pour faciliter le repérage et le « déchiffrement » de l'information) et de recourir à des techniques d'évaluation de la lisibilité des documents. L'Association canadienne de santé publique offre même sur son site Internet un service de consultation en langage clair et simple.

CONCLUSION

Les liens entre alphabétisme, santé et médicaments étant maintenant clairs et bien établis, les professionnels de la santé, dont les pharmaciens, tant en formation initiale que continue, devraient être beaucoup mieux renseignés sur cette problématique afin de répondre plus adéquatement à cette portion de la population. Certaines améliorations ont déjà été proposées en ce sens. Cependant, des efforts devront être consentis au plan de la recherche, par exemple, sur les effets de telles interventions auprès de personnes faiblement alphabétisées. Davantage de recherches pourraient également être menées sur les besoins des personnes faiblement alphabétisées en termes d'accessibilité et de disponibilité des informations sanitaires dans notre société fondée sur le savoir, un savoir de plus en plus souvent présenté sous une forme écrite, rarement clair et simple.

BIBLIOGRAPHIE

-
- Agence canadienne de santé publique – ACSP (2003). *Rapport annuel 2003*, Ottawa.
- Association canadienne de santé publique – ASCP (2002). *De bons remèdes pour les aînés : lignes directrices sur la rédaction des documents et la conception des emballages des médicaments sur ordonnances*, Ottawa, l'Association.
- Association canadienne de santé publique (s.d.). *Programme national sur l'alphabétisation et la santé. Literacy and Health for Life*, Ottawa, l'Association.

- Boyer, R. et C. Boucher (1998). *La santé mentale des personnes avec des difficultés sévères de lecture et d'écriture : une problématique en marge mais loin d'être marginale : rapport de recherche*, Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin, Université de Montréal.
- Centre d'alphabétisation du Québec (2001). *Évaluation des besoins en matière d'information sur la santé et en éducation à la santé des patients « difficiles à rejoindre » : rapport sommaire et recommandations*, Montréal, Centre d'alphabétisation du Québec.
- Dubois, L. et al. (2001). *Évaluation d'un nouveau lieu d'alphabétisation : l'épicerie-santé*, Montréal, Groupe Alpha-Santé.
- Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français – FCAF (2004). « Docteur, je ne comprends pas ! », *À lire*, n° 11, Ottawa, la Fédération.
- Fontaine, C. (2003). « L'alphabétisme et les soins de santé, qu'en est-il en l'an 2003 », *Bloc-Notes*, vol. 5, n° 24, Toronto, Centre ontarien d'information en prévention (COIP).
- Frenette, J. (2004). « Les médicaments : la clarté a bien meilleur goût », *À lire*, n° 11, Ottawa, Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français, p. 28-29.
- Gillis, D.E. (2005). *Au-delà des mots : le lien entre l'alphabétisme et la santé*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, <www.canadian-health-network.ca/>, consulté le 18 août 2006.
- Kaszap, M. et al. (2000). *Besoins d'éducation à la santé chez une clientèle âgée peu alphabétisée atteinte de maladies cardiovasculaires : une étude exploratoire*, s.l., Groupe de recherche éducation-santé.
- Kaszap, M. (2002). *Rapport de recherche : évaluation de l'applicabilité des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine de l'éducation à la santé des adultes peu alphabétisés atteints de maladies cardiovasculaires*, Montréal, Groupe de recherche Alpha-santé.
- Kirsch, I.S. et P.B. Mosenthal (1990). « Exploring Document Literacy : Variables Underlying the Performance of Young Adults », *Reading Research Quarterly*, vol. 25, p. 5-30.
- Martinez, J.-P. (2003). *Dyslexique ou mauvais lecteur : le grand malentendu*, Montréal, Éditions nouvelles.
- Minskoff, E. et D. Allsopp (2006). *Stratégies d'apprentissage et réussite au secondaire*. Montréal, Chenelière Éducation.
- Ouellet, C. et C. Garnier (2004). *Représentations sociales de la santé et du médicament chez des personnes analphabètes en contexte montréalais*. Communication présentée à la VII^e Conférence internationale des représentations sociales, Représentations sociales et formes d'interaction, groupes, communautés, mouvements sociaux, Guadalajara, Mexique.
- Ouellet, C. et C. Garnier (2005). « Représentations sociales de la santé et du médicament chez des personnes analphabètes en contexte montréalais », *Les Cahiers du Geirso*, vol. 1, n° 6, p. 77-106.
- Parent, C. (1997). *Effet de deux méthodes d'enseignement du régime hypocholestérolémiant sur les connaissances, les comportements alimentaires et le profil lipidique d'une population analphabète fonctionnelle hypercholestérolémique*, Moncton, Centre universitaire de Moncton, École de nutrition et d'études familiales.

- Petch, E., B. Ronson et I. Rootman (2004). *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait aider dans l'avenir. Un rapport de recherche/édition en langage clair et simple*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada.
- Roberts, P. et G. Fawcett (1998). *Personnes à risques : analyse socio-économique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, Ottawa, Statistique Canada, Développement des ressources humaines Canada.
- Rootman, I. et al. (2002). *Programme national de recherches sur l'alphabétisation et la santé : évaluation des besoins et analyse du contexte*, Ottawa, ACSP.
- Solar, C., L. Solar-Pelletier et M. Solar-Pelletier (2006). *Douze ans de recherche en alphabétisation en français au Canada : 1994-2005*, Montréal, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF).
- Statistique Canada (1996). *Lire l'avenir : un portrait de l'alphabétisme au Canada*, Ottawa, Statistique Canada.
- Statistique Canada et Ressources humaines et développement des compétences Canada (2005). *Miser sur nos compétences, résultats canadiens sur l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Ottawa, Ministère de l'Industrie.

POURQUOI S'INTÉRESSER À LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT À PROPOS DE LA MÉDICATION ?

Claude RICHARD

Marie-Thérèse LUSSIER

La consommation de médicaments par la population constitue un phénomène très répandu. En 2002, les pharmacies du Canada ont exécuté 335 millions d'ordonnances et les Canadiens ont dépensé plus de 14 milliards de dollars pour leurs médicaments. Le nombre d'ordonnances augmente d'environ 7 % par année, si bien qu'en 2005, près de 400 millions d'ordonnances ont été exécutées, représentant environ 18 milliards de dollars de dépenses. Le vieillissement de la population canadienne, la popularité croissante des médicaments associés à un « mode de vie » et la diminution de la durée des séjours à l'hôpital expliqueraient en partie l'augmentation du nombre d'ordonnances exécutées au Canada (données publiées sur le site Internet IMS, <www.imshealthcanada.com>). Une enquête américaine récente (Kaufman *et al.*, 2002) rapportait que 81 % des adultes recensés vivant dans la communauté avaient consommé au moins un médicament dans la semaine qui a précédé l'enquête. Parmi ceux-ci, 50 % avaient pris un médicament prescrit et 7 % en avaient consommé cinq ou plus. Par ailleurs, 14 % de la population déclarait faire usage de suppléments vitaminiques et de produits naturels. Une

autre enquête américaine (Ni *et al.*, 2002) confirme qu'environ 24 % des Américains utilisent une forme ou une autre de médecine complémentaire ou alternative. Qui plus est, la majorité de ceux qui consomment ces produits (70 %) n'en parle pas à leur médecin (Crock *et al.*, 1999). Les données de l'Enquête sociale et de santé Québec de 1998 (Papillon *et al.*, 2001) révèlent que 53 % des personnes (tous âges) et 82 % des personnes de 65 ans et plus ont indiqué avoir consommé au moins un médicament dans les deux jours qui ont précédé le questionnaire. Parmi les répondants qui affirmaient avoir consommé un médicament, 34 % avait pris un médicament d'ordonnance et 31 % de la population rapportait faire usage de médicaments offerts en vente libre. On peut donc déduire de ces données que plusieurs des médicaments consommés ont fait l'objet d'une ordonnance lors d'une consultation médicale. En effet, le National Center for Health Statistics (1997) nous apprend que plus de 60 % des visites médicales s'accompagnent de la rédaction d'une ordonnance de médicaments. Sachant qu'un médecin peut effectuer entre 150 000 et 200 000 entrevues au cours d'une carrière de 40 ans (Lipkin *et al.*, 1995), c'est dire qu'il pourra rédiger entre 90 000 et 120 000 ordonnances durant sa vie professionnelle. Voilà un geste médical des plus fréquents. Ainsi la médication, sans contredit, occupe-t-elle une place de premier plan dans la relation qui s'établit entre un médecin et un patient.

Jusqu'à très récemment, au Québec à tout le moins, le médecin et le dentiste ont été les seuls professionnels autorisés par la loi à prescrire des produits ayant une activité pharmacologique reconnue. La « loi 90 » modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé qui est entrée en vigueur au Québec en janvier 2003 a considérablement changé cela en permettant aux pharmaciens et aux infirmiers et infirmières d'effectuer et d'ajuster certains traitements selon une ordonnance individuelle ou collective. Selon Makoul *et al.* (1995), 85 % des patients considèrent le médecin comme leur source principale d'informations sur les médicaments prescrits, suivi par le pharmacien (33 %) et, loin derrière, par l'infirmière (3,7 %). Le médecin est encore perçu comme la personne la plus crédible pour discuter des médicaments. Un sondage effectué sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec révélait plus récemment que le médecin et le pharmacien sont, tous les deux, considérés comme la principale source d'information au sujet des médicaments par 85 % des répondants (MSSSQ, 2004). On mentionne par ailleurs que les patients qui reçoivent des ordonnances ont des visites plus courtes et sont moins satisfaits du comportement du médecin (Wartman *et al.*, 1981). Ces chercheurs croient que les patients perçoivent l'utilisation de la médication comme substitut à une bonne communication. Dans le même ordre d'idées, Tamblyn *et al.* (1997) ont montré que les visites médicales de moins de 15 minutes au cours desquelles le médecin explore très peu le besoin ou le désir chez le patient d'avoir une prescription augmentent les risques d'erreurs de prescriptions.

1. LES MÉFAITS ASSOCIÉS À L'USAGE DES MÉDICAMENTS

Au Québec, on a évalué que l'usage inadéquat des médicaments entraîne annuellement à lui seul entre 1,75 et 2,25 milliards de dollars de dépenses (Lacroix, 1997). Les coûts de la non-observance s'élèvent annuellement à 75 milliards de dollars aux États-Unis. Lazarou *et al.* (1998), dans une méta-analyse de 39 études prospectives effectuées dans des hôpitaux américains, ont estimé pouvoir attribuer à la prise d'un médicament environ 106 000 décès et plus de deux millions d'effets indésirables sérieux nécessitant une prolongation de l'hospitalisation.

Gandhi *et al.* (2003) relèvent quant à eux une incidence élevée d'effets indésirables associés à la consommation de médicaments en soins ambulatoires. Ils ont répertorié 27 événements par 100 patients suivis en externe dont 13 % étaient sérieux, 28 % améliorables (ceux dont la sévérité ou la durée auraient pu être diminuées si d'autres actions avaient été prises) et 11 % évitables. Parmi les événements améliorables, 63 % étaient attribuables à l'absence de réponse du médecin aux symptômes reliés à la médication et rapportés par les patients et 37 %, au fait que les patients n'informaient pas le médecin de la présence de symptômes. Une autre étude récente, effectuée sur une population âgée ambulatoire, cite des taux significatifs d'événements indésirables semblables (Gurwitz *et al.*, 2003). Un taux de 50,1 effets indésirables par 1 000 personnes par année a été trouvé. De ceux-ci, un peu plus du quart (27,6 %) étaient considérés évitables. Les erreurs se produisaient au moment de la prescription ou du suivi (*monitoring*) et étaient aussi attribuables à la non-observance des patients.

Ainsi, on reconnaît que certaines des complications associées aux médicaments sont imprévisibles ou inévitables. Cependant, toutes celles qui sont associées à une utilisation inadéquate pourraient, en grande partie, être prévenues. C'est ce qui fait dire à plusieurs que la diminution de ces coûts et la diminution des souffrances associées à la mauvaise utilisation des médicaments ne se feront pas uniquement par des améliorations technologiques, mais qu'elle passera, entre autres, par l'amélioration de la communication entre le prescripteur et le patient.

2. LE CONTEXTE COMMUNICATIONNEL

Les aspects communicationnels et relationnels sous-tendent toutes les activités cliniques des professionnels de la santé, par exemple pour recueillir les données, pour poser un diagnostic, pour renseigner et conseiller les patients et leurs familles sur la maladie, les habitudes de vie et sur les solutions de rechange au traitement, pour prescrire un traitement et parler du médicament. Or, jusqu'à récemment, la profession médicale était l'une des dernières professions en relation avec le public qui ne formait pas de façon systématique ses membres à la pratique de la communication. Ainsi, il ne faut pas s'étonner que les habiletés communicationnelles

et relationnelles soient officiellement reconnues comme une compétence clinique essentielle en médecine (Collège des médecins de famille du Canada, 2002; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1996).

Communiquer efficacement dans le domaine de la santé est et sera de plus en plus difficile. Il n'y a qu'à penser : 1) aux contraintes de temps de plus en plus marquées imposées aux contacts entre professionnels de la santé et patients, 2) au poids démographique accru des personnes âgées et des immigrants, 3) à la hausse de la prévalence des maladies chroniques, 4) à la complexité et la diversité des options thérapeutiques disponibles, et 5) à la valorisation de l'autonomie des personnes et de leur participation active aux soins. Jusqu'à récemment, cet aspect fondamental des soins était considéré comme relevant d'un art s'apprenant par l'exercice de la profession. Cependant, on peut apprendre à communiquer professionnellement en santé (Kurtz, 2002; Kurtz *et al.*, 2005; Aspergren, 1999; Kurtz *et al.*, 2003; Langewitz *et al.*, 1998; Yedidia *et al.*, 2003).

Au cours des dernières décennies, plusieurs travaux ont mis en lumière des lacunes dans les compétences communicationnelles et relationnelles des professionnels de la santé : l'adoption, le plus souvent, d'un style autoritaire (ils initient les questions, ils interrompent fréquemment les patients; Roter *et al.*, 1997), la négligence de la perception qu'ont les patients de leur problème (Beckman *et al.*, 1994; Tuckett *et al.*, 1985), les incompréhensions fréquentes des raisons de consultation (Beckman et Frankel, 1984; Maguire *et al.*, 1986; Marvel *et al.*, 1999; Starfield *et al.*, 1981), la sous-estimation du désir d'information des patients et la surestimation du temps passé à donner de l'information (Waitzkin, 1984; Beisecker et Beisecker 1990; Makoul *et al.*, 1995), la difficulté à traduire les données médicales en des termes clairs pour le patient (Tuckett *et al.*, 1985; Svarstad, 1974) et le manque d'attention au contexte de vie des patients ou aux facteurs psychosociaux (Arborelius et Bremberg, 1992; Ormel *et al.*, 1991). Les médecins eux-mêmes reconnaissent que la communication avec les patients est l'une des principales difficultés qui se posent dans l'exercice de leur profession, en particulier avec les patients atteints de maladie chronique, aux prises avec des problèmes d'observance (Beaulieu *et al.*, 1993).

Les enquêtes de satisfaction montrent que c'est au plan de la communication que les patients ont le plus de critiques à exprimer à l'égard des médecins (19 % disent avoir un problème de communication avec leur médecin; Bertakis, Roter et Putman, 1991; Robbins *et al.*, 1993; Rowland-Morin et Corral, 1990). Notamment, une étude récente sur les attentes et la satisfaction de la population montréalaise à l'égard des services de santé et des services sociaux révèle que les attentes jugées les plus importantes par les usagers relèvent des dimensions communicationnelles et relationnelles des soins (écoute attentive, explications adéquates, respect; Zins, Beauchesne et associés, 2000). Williams *et al.* (1998) ont présenté une révision des études portant sur la relation entre la communication

et la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus. Ils en tirent les conclusions suivantes : l'échange d'information, de manière générale, est associé à la satisfaction des patients. Cependant, les données sont contradictoires en ce qui a trait à la relation entre un comportement plus actif du patient (pose plus de questions au médecin) et la satisfaction. Ainsi, Roter (1977) a montré que, à la suite d'une intervention pour augmenter leur participation, les patients plus actifs dans l'entrevue ont été plus observants au rendez-vous de suivi, mais se sont dits moins satisfaits des médecins. De plus, la tonalité affective des interactions des patients a été évaluée comme plus négative. Ces données soulignent la possibilité d'effets paradoxaux lorsque les rôles traditionnels des interlocuteurs sont modifiés.

Par ailleurs, on estime que 70 % à 80 % des plaintes et poursuites médicales comportent des problèmes de relation ou de communication (perception par les patients d'une attitude hautaine du médecin, échec d'échange d'information, médecin pressé qui n'accorde pas l'attention nécessaire; Kravitz *et al.*, 1996; Levinson *et al.*, 1997). Ces insatisfactions de part et d'autre indiquent que, malgré la reconnaissance officielle de l'importance de la communication, la formation des médecins, en particulier, n'a pas encore permis d'atteindre un niveau professionnel de compétence en communication.

Les données accablantes provenant des recherches sur l'observance aux prescriptions faites par les médecins constituent un autre indice que tout n'est pas optimal dans le monde de la communication médicale. Les estimés du taux de non-observance aux prescriptions varient de 30 % à 70 % (Stevenson, Cox, Britten et Dundar, 2004; Desmond et Copeland, 2000; DiMatteo, 1994; DiMatteo *et al.*, 1993; Haynes, 2001). Bien que l'on reconnaisse qu'un ensemble de facteurs contribuent à ce phénomène, nul ne peut nier que la communication entre le patient et le médecin y participe. Dans le domaine de la santé mentale, le style de communication des médecins nuit à leur performance lorsqu'il s'agit de la détection des problèmes psychologiques (Goldberg et Bridges, 1993). Lussier *et al.* (1998) ont noté que seulement 30 % des patients présentant un indice de détresse psychologique élevé étaient détectés par les médecins généralistes au cours de consultations régulières. Enfin, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, les études d'observation (Arborelius et Bremberg, 1994; Waitzkin, 1985; Beaudoin *et al.*, 2001) révèlent que les interventions des médecins sont généralement superficielles et qu'elles n'abordent que rarement de façon approfondie les liens entre les facteurs de risque et les problèmes de santé. En particulier, les recherches signalent que la discussion sur les habitudes de vie, qui nécessite une adaptation du style d'interaction et de l'organisation de la consultation, reste problématique (Goudreau, 2002).

Pourtant, plusieurs écrits rapportant des synthèses critiques de la littérature ont montré l'influence favorable de certains comportements communicationnels des médecins sur les résultats de soins. Une première méta-analyse de 41 études

(Hall, Roter et Katz, 1988) a relevé les effets positifs de deux manières de faire des médecins en consultation : plus les médecins semblent soucieux de répondre aux besoins d'information des patients et cherchent à établir une relation de collaboration plutôt qu'une relation d'autorité, meilleures sont la compréhension des patients, leur observance des recommandations et leur satisfaction. Dans cette méta-analyse, la majorité des études utilisaient comme mesures de résultats des variables de type intermédiaire ou processuel telles que la satisfaction, la participation, l'observance et le rappel des informations.

Stewart (1995) a présenté une révision systématique des études sur la communication médecin-patient qui évaluaient les effets de la communication sur les variables non plus intermédiaires, mais sur des indicateurs de santé des patients. Elle a inclus dans sa révision 21 études de communication médecin-patient, de qualité méthodologique supérieure. Elle conclut que la qualité de la communication, à la fois pendant le recueil des informations et pendant la discussion du plan de traitement, influence la santé des patients. Les diverses mesures de résultats qui ont fait ressortir un effet favorable de la communication étaient en ordre décroissant de fréquence : la santé émotionnelle, la disparition des symptômes, l'état fonctionnel, les mesures physiologiques telles que la tension artérielle, la glycémie et le contrôle de la douleur. Plus précisément, lors du premier segment de l'entrevue, les éléments de la communication médecin associés à des résultats cliniques positifs sont liés au fait que le médecin s'informe : 1) de la compréhension qu'a le patient de son problème de santé ; 2) de ses préoccupations ; 3) de sa perception de l'incidence du problème sur son état fonctionnel ; 4) des aspects affectifs associés au problème. Enfin, un autre élément important de la communication est que le médecin exprime de l'empathie. Pour le patient, les éléments efficaces sont l'expression d'émotions et d'opinions par rapport au problème et la perception que son problème a fait l'objet d'une discussion complète et satisfaisante. Dans le segment de la discussion du plan de traitement, les éléments communicationnels associés à des résultats cliniques favorables sont que le médecin : 1) donne des informations claires et offre un soutien affectif ; 2) partage le processus de décision ; 3) arrive à un accord avec le patient sur la nature du problème et le besoin d'un suivi. Pour le patient, les éléments efficaces sont les suivants : 1) il est encouragé à poser des questions, 2) il réussit à obtenir une information et 3) il obtient des informations supplémentaires sous d'autres formes (feuillets, vidéo, etc.).

De plus, selon Ong *et al.* (1995), Lewin *et al.* (2001) et Maguire et Pitceathly (2002), une meilleure communication aide le médecin à mieux cerner les problèmes, aide le patient à s'adapter psychologiquement et améliore la satisfaction à la fois des patients et des médecins eux-mêmes.

Les enjeux pratiques auxquels les professionnels de la santé font face actuellement nécessitent qu'ils deviennent de bons communicateurs d'autant plus que, pour les patients, il n'est pas naturel de communiquer avec un professionnel.

En effet, selon Rubin (1981, dans Spitzberg et Cupach, 2002), 22 % de la population auraient de la difficulté à poser une question, 33 % aurait de la difficulté à donner une direction correctement, 35 % ne pourraient décrire et défendre un point de vue correctement, 49 % ne seraient pas capables de décrire le point de vue de quelqu'un en désaccord avec eux-mêmes. On pourrait insérer ici quelques données sur l'alphabétisme en santé. De telles données, méconnues des professionnels de la santé, nous rappellent les défis importants que pose, pour plusieurs patients, une participation active à la consultation. Sensibilisés à ces difficultés, les professionnels doivent aider les patients à exprimer leurs besoins en santé et les soutenir dans la prise en charge de leurs soins. En améliorant la compétence communicationnelle des professionnels de la santé, nous aiderons aussi le patient à mieux communiquer.

3. UNE COMMUNICATION OU DES COMMUNICATIONS

Lorsque l'on parle de la communication médecin-patient, on parle en fait de philosophies et d'approches différentes. Il n'y a pas une seule forme de communication médecin-patient. La philosophie ou modèle du médecin communicateur idéal en ce moment est associée à l'approche théorique dite « centrée sur le patient » (Levenstein *et al.*, 1986). C'est cette tendance qui s'impose actuellement dans les milieux de formation médicale. S'il s'agit du modèle dominant, d'autres modèles coexistent et se distinguent par les rapports que le médecin et le patient entretiennent entre eux. Dès 1956, Thomas Szasz avait proposé trois modèles de relation : le modèle actif/passif, le modèle paternaliste et le modèle participatif. Le modèle actif/passif se retrouve dans les situations d'urgence où les médecins traitent des patients sans que ceux-ci ni leurs proches ne puissent vraiment participer à la décision. Le modèle guidance/coopération (paternaliste) demeure le modèle clinique dominant la pratique médicale dans plusieurs pays. Dans ce modèle, le médecin seul prend les décisions pour le patient. Parce que le patient et le médecin partagent un même système de valeur, il est attendu que le patient suive les recommandations du médecin. La relation est basée sur une confiance mutuelle. Le modèle participatif suppose l'autonomie du patient et l'égalité entre les interlocuteurs. Le modèle centré sur le patient est un exemple de modèle participatif où le médecin ne dicte pas au patient quoi faire et tente d'arriver à une décision partagée. Le modèle consumériste par contre réduit le rôle du médecin à celui de conseiller au service des demandes du patient.

Le tableau 10.1, inspiré d'un texte d'Epstein (1997), synthétise le rôle du médecin et les valeurs sous-jacentes aux principaux modèles de la relation médecin-patient qui ont été décrits au cours des cinquante dernières années.

Tableau 10.1
Principaux modèles de relation médecin-patient

Modèle	Rôle du médecin	Valeurs
Activité/Passivité	Le médecin intervient sans la participation du patient.	Le médecin a l'expertise ; le patient ne peut participer aux soins.
Guidance/Coopération (Paternalisme)	Le médecin dit quoi faire au patient pour améliorer sa santé ; il le rassure plutôt qu'il ne l'informe.	Le médecin sait ce qui est bon pour le patient ; ils partagent des valeurs.
Centré sur patient	Le médecin cherche un terrain d'entente sur lequel baser la décision.	La perspective du patient doit être comprise ; il y a partage du pouvoir.
Consommériste/Information	Le médecin aide le patient à s'aider lui-même ; il présente les options ; le patient décide.	Le patient prend ses décisions en fonction de ses valeurs.

Source : Traduit et adapté du tableau de la p. 109 dans Epstein (1997).

Au-delà des divers modèles théoriques proposés de la relation médecin-patient, des chercheurs ont tenté de cerner le type de relation qu'entretiennent médecins et patients à partir de l'observation directe de consultations réelles. C'est ainsi qu'à partir de l'analyse de 537 entrevues médicales effectuées par 127 médecins (internistes généraux pour la plupart), Roter *et al.* (1997) ont fait émerger cinq patterns de consultation et leur fréquence respective : 1) biomédical strict (32 %) ; 2) biomédical élargi (33 %) ; 3) biopsychosocial (20 %) ; 4) psychosocial (8 %) ; 5) consommateur (7 %). Dans les deux premiers styles, les échanges sont dominés par le médecin. Le médecin pose un grand nombre de questions ; la nature de l'information échangée est essentiellement biomédicale et le médecin donne peu d'information. Le pattern biomédical élargi se distingue du précédent par le plus grand apport, de la part du patient, d'information de nature psychosociale. Le pattern biopsychosocial relevé dans l'analyse de Roter *et al.* s'apparente au modèle centré sur le patient. Dans ce pattern communicationnel, on remarque, chez les patients, un équilibre entre la fréquence des échanges de nature biomédicale (39 %) et de nature psychosociale (29 %). Les médecins, pour leur part, posent un nombre de questions relativement moins élevé que dans les modèles biomédicaux. Dans le style consommériste, le médecin donne plus d'information médicale en réponse à un nombre plus élevé de questions de la part du patient.

4. LES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION MÉDICALE

Les travaux classiques de Byrne et Long (1976), de Bain (1976), de Frankel (1984), et ceux, plus récents, de Kurtz *et al.* (2002, 2005) ont permis de définir les étapes habituelles de la consultation médicale et de décrire les différents styles d'interaction qui caractérisent chaque étape. Il s'agit de l'accueil du patient, de la détermination des motifs de consultation, du recueil de l'information nécessaire pour établir le diagnostic, de la conclusion de la rencontre avec l'explication du diagnostic, du plan d'investigation ou de traitement et de l'entente sur le suivi. Waitzkin (1984, 1985) a démontré que les médecins adoptent le plus souvent un style autoritaire: ils initient les questions, ils interrompent fréquemment leurs patients et ils négligent la perception qu'ont les patients de leur problème. Mishler (1984), et plus récemment Kennedy (2003), définissent l'interaction médecin-patient comme une conversation entre deux perceptions du monde: celle du médecin «*medical world voice*» et celle du patient «*life world voice*». Selon Mishler, le médecin a beaucoup de difficulté à «entendre la voix du patient».

4.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS

Roter *et al.* (1991), Hall *et al.* (1994), Roter, Hall et Aoki (2002) et Street (2002) ont montré l'influence du sexe du médecin sur la durée des entrevues, sur leur contenu et sur le déroulement des consultations. Les conclusions générales de ces études sont sensiblement les mêmes. Les entrevues effectuées par des femmes médecins sont plus longues; celles-ci parlent davantage que leurs collègues masculins, en particulier dans le premier segment de l'entrevue qui correspond généralement à l'anamnèse. Comparativement aux hommes médecins, les femmes médecins engagent plus de conversations positives (rires, accords, approbation), établissent un rapport de partenariat (demande d'opinion, demande de compréhension, paraphrase, offre d'interprétation), posent plus de questions tant dans le registre biomédical que psychosocial ou sur le style de vie. L'effet le plus marquant du sexe du médecin est que les patients parlent davantage aux femmes médecins! Les patients (hommes et femmes) vus par des femmes médecins s'engagent davantage dans des conversations positives, s'engagent plus dans des partenariats, posent plus de questions tant du côté médical que psychosocial. L'effet du sexe du médecin subsiste même lorsque l'on contrôle pour le site de pratique.

4.2. LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Indépendamment des styles des médecins, on observe des différences dans la communication médecin-patient en fonction de certaines variables. Les patients âgés et socioéconomiquement favorisés recevraient plus d'information, en particulier

sur les effets des médicaments, alors que les patients socioéconomiquement défavorisés poseraient moins de questions (Waitzkin, 1984, 1985). Enfin, comparativement aux hommes, les femmes poseraient plus de questions à leur médecin et recevraient davantage d'informations et de conseils (Beckman *et al.*, 1989; Frankel, 1984; Roter *et al.*, 2002; Street, 2002). Les médecins procèdent à une histoire de cas moins longue et s'engagent dans plus de conversation « sociale » avec les patients en meilleure santé (Bertakis *et al.*, 1993). Ces auteurs notent également que les patients en moins bonne santé bénéficient d'une plus longue discussion sur les effets des traitements pour leurs problèmes de santé courants. Les patients ayant un niveau d'éducation collégial ou supérieur et les patients ayant des revenus plus élevés ont pu discuter plus longuement des effets des traitements.

4.3. LES FACTEURS CONTEXTUELS ET ORGANISATIONNELS

Les études sur la communication médecin-patient suggèrent que la connaissance qu'ont les médecins des patients avant la consultation (Bertakis et Callahan, 1992), la durée de la consultation, la consultation avec ou sans rendez-vous et l'environnement de pratique peuvent influencer la qualité de la communication durant la consultation (Waitzkin, 1984; Stewart *et al.*, 1979; Bertakis et Callahan, 1992; Street et Gordon 2006). La première consultation d'une série est plus longue et les échanges dans les premières rencontres sont davantage instrumentaux (reliés au diagnostic et au traitement) que socioémotifs. De plus, au cours des consultations successives, la dominance verbale du médecin s'intensifie et l'attention aux aspects socioaffectifs semble diminuer, ce qui constitue un empêchement potentiel au développement d'une relation professionnelle (Graugaard *et al.*, 2005; Ford *et al.*, 1996; Van Dulmen, Verhaak et Bilo, 1997)

5. LES PROBLÈMES AVEC LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT EN GÉNÉRAL

Lorsqu'on regarde de près les interactions entre les patients et les médecins, des problèmes de communication importants sont mis en évidence. Stewart *et al.* (1979), dans une étude portant sur les effets de la qualité de la relation médecin-patient sur la satisfaction et l'état de santé, mentionnent que plus de la moitié (54 %) des motifs de consultation des patients et 45 % de leurs préoccupations n'avaient pas été considérées par le médecin au moment de la consultation. Starfield *et al.* (1981) ont noté que, dans 50 % des visites, le patient et le médecin ne s'entendent pas sur la nature du problème faisant l'objet de la consultation.

Plusieurs études sur le contrôle du début de la consultation sont intéressantes à rapporter ici. Beckman et Frankel (1984), dans une étude devenue un « classique », ont montré que les médecins interrompaient les patients en moyenne

18 secondes seulement après que ceux-ci eurent commencé à décrire le motif de leur consultation, de sorte que les patients ne parvenaient pas à signaler d'autres préoccupations importantes. Lorsque les patients n'étaient pas interrompus, le temps maximal requis pour qu'ils terminent l'énoncé de leur motif de consultation n'était que de 150 secondes ! Ces chiffres n'avaient pas changé de façon significative quinze ans plus tard puisqu'on a relevé que les patients étaient maintenant interrompus après 23 secondes (Marvel *et al.*, 1999) ! Par ailleurs, Langewitz *et al.* (2002) ont remarqué que si les patients complétaient l'énoncé initial du motif de leur consultation, en moyenne, ils terminaient en moins de 92 secondes et 50 % des patients avaient terminé en moins de 59 secondes. De plus, alors que les patients souhaitent recevoir plus d'informations et d'explications de la part de leur médecin, ces derniers sous-estiment ce désir dans 65 % des cas et surestiment le temps qu'ils passent à donner de l'information par un facteur de 6,8 (Waitzkin, 1984, 1985).

Les recherches de ce type ont porté le plus souvent sur le début de l'entrevue. Il est clair qu'une attention moins grande a été accordée au troisième segment de l'entrevue, là où généralement le médecin explique le diagnostic et le plan de traitement et décrit le suivi. Cependant, tout porte à croire que les médecins maîtrisent peu les habiletés communicationnelles nécessaires à l'explication du plan de traitement (Lipkin *et al.*, 1995 ; Cohen et Bird, 2000).

6. LA COMMUNICATION SUR LES MÉDICAMENTS

De manière générale, l'échange d'information durant la consultation médicale est l'unique moyen permettant aux patients, d'une part, de consentir de façon éclairée au traitement et, d'autre part, d'apprendre à consommer le médicament de façon appropriée. Jusqu'à présent, les études d'observation directe du discours sur la médication au cours de consultations médicales sont relativement peu nombreuses (Cockburn *et al.*, 1987 ; Heath, 1980, 1981 ; Makoul *et al.*, 1995 ; Morris *et al.*, 1997 ; Parrott, 1994 ; Raynes, 1979 ; Scherwitz *et al.*, 1985 ; Sleath *et al.*, 1999 ; Sleath *et al.*, 1997 ; Stevenson *et al.*, 2000 ; Svarstad, 1976 ; Todd, 1993).

La compréhension qu'a le patient de sa maladie, du rationnel de la prescription et de son importance, de même que des instructions pour leur usage semble reliée à des facteurs communicationnels. Les consultations qui permettent une exploration structurée des représentations du patient au sujet de sa maladie et des médicaments et au cours desquelles on traite de manière explicite du problème, de son acceptation, du niveau de contrôle perçu et de la motivation au changement entraînent une amélioration de la condition clinique et de l'usage des médicaments (Maiman *et al.*, 1988 ; Dowell et Langdon, 2002). On peut ainsi

améliorer l'observance et la santé lorsque la relation médecin-patient est un processus de négociation caractérisé par une compréhension plus poussée et un accord par rapport au traitement proposé (Coombs *et al.*, 1995).

Cependant, une discussion approfondie sur toutes ces dimensions au moment de la consultation est rare. Campion *et al.* (2004) ont évalué des enregistrements vidéo de candidats aux examens de fin de résidence de médecine générale en Grande-Bretagne et ils ont montré que l'exploration des représentations avait eu lieu dans 39 % des cas, l'intégration des croyances des patients aux explications données était observée dans 17 % des cas, la vérification de la compréhension du patient dans 9 % des cas et l'invitation à une participation active du patient à la prise de décision dans 36 % des cas.

Lorsque des médicaments sont prescrits, 20 % de ceux-ci ne sont accompagnés d'aucune instruction verbale et, dans le tiers des cas, le médicament n'est pas nommé et aucune information explicite sur son but n'est donnée au patient (Svarstad, 1974). Scherwitz *et al.* (1985) ont trouvé que les médecins posaient peu de questions et donnaient peu d'instructions au sujet des médicaments. Wiederholt *et al.* (1992) indiquent que, dans le cas des nouvelles prescriptions, entre 17 % et 30 % des médecins ne fournissent aucune instruction verbale.

Les médecins posent en moyenne 9,3 questions (Sleath *et al.*, 1999) sur les médicaments, alors que près de la moitié des patients n'ont posé aucune question à ce sujet. Les questions les plus fréquentes portaient sur la consommation de médicaments (80 %), les effets du médicament sur la condition médicale (56 %), la quantité (51 %), le dosage (41 %), la durée (41 %) et les barrières à la prise du médicament ou les effets indésirables (27 %). Près de la moitié des patients ne sont pas interrogés sur l'effet du médicament sur leur état de santé et les deux tiers ne sont pas interrogés sur les difficultés que pose la prise du médicament ni sur d'éventuels effets secondaires.

Dans un article plus récent, Stevenson *et al.* (2000) signalent que le nom du médicament n'est pas mentionné dans près du tiers des nouvelles prescriptions. Concernant les instructions pour la prise du médicament, les auteurs rapportent que 79 % des nouvelles prescriptions s'accompagnent d'information sur le dosage et la posologie. En ce qui a trait aux effets indésirables, ils sont abordés par les médecins dans un peu moins de la moitié des cas.

Makoul *et al.* (1995) notent que les médecins ont surestimé le pourcentage des entrevues dans lesquelles ils discutaient avec le patient des sujets suivants : 1) sa capacité à suivre la prescription (49,2 % contre 7,9 % observé), 2) son opinion sur le traitement proposé (48,9 % contre 33,9 %) et 3) des risques associés ou des effets secondaires potentiels des médicaments prescrits (40 % contre 33 %). En effet, près de 70 % des consultations ne comportaient aucune discussion sur les risques, les précautions ou les effets secondaires potentiels des médicaments

prescrits. Lorsqu'il y avait discussion, les auteurs mentionnent que celle-ci se limitait le plus souvent à une phrase impérative du type : «Je vous prescris un antibiotique, le XX, à prendre deux fois par jour pour trois jours.» Les patients sont décrits comme étant passifs, donnant peu leur opinion ou initiant rarement la discussion sur un aspect du traitement. Les auteurs concluent que le patient ne tente pas d'exercer un grand contrôle sur sa santé.

Richard et Lussier (2006) ont étudié 462 consultations menées au Québec par des médecins généralistes. De ces consultations, 422 contenaient des discussions sur les médicaments. Ils y ont répertorié l'ensemble des discussions portant sur les médicaments et ont classé les propos échangés en 10 blocs thématiques ; 8 thématiques sont inspirées des recommandations du National Council on Patient Information and Education (2000), auxquelles deux thématiques reconnues dans la littérature comme importantes ont été ajoutées : les « attitudes et émotions » et l'« observance ». Richard et Lussier ont tenté de dresser le profil précis des discussions portant sur la médication dans le cadre des consultations en médecine générale, puis de dégager des schèmes de discussion selon qu'il s'agisse d'un médicament nouvellement prescrit, d'un médicament dont la prescription est renouvelée ou d'un médicament que le patient utilise mais dont la prescription

Tableau 10.2

Pourcentage des médicaments ayant fait l'objet d'une discussion, par bloc thématique et catégorie de médicaments*

Bloc thématique	Tous les médicaments Fr/%	Médicaments actifs Fr/%	Médicaments nouvellement prescrits Fr/%	Médicaments repris Fr/%
Désignation	73,9	82,3	53,2	90,9
Effet principal anticipé	14,3	6,8	46,8	9,9
Effet principal observé	22,7	30,2	NA	28,0
Effet indésirable anticipé	8,2	6,8	16,5	7,0
Effet indésirable observé	7,6	7,3	NA	11,9
Mise en garde	4,8	3,5	12,7	2,0
Posologie	34,5	32,0	63,9	50,6
Indication de reconsulter	12,5	9,0	35,4	18,9
Observance	3,8	5,3	NA	8,2
Attitudes et émotions	17,4	21,2	11,4	20,1
	N = 1 492	N = 643	N = 158	N = 243

* Le total des médicaments de la première colonne ($n = 1492$) ne correspond pas à la somme des trois colonnes suivantes ($n = 1044$), 348 médicaments ayant été exclus de la présentation parce qu'ils appartiennent à des catégories autres, moins fréquentes.

n'a pas besoin d'être renouvelée lors de la consultation. Le tableau 10.2 donne le pourcentage des médicaments ayant fait l'objet d'une discussion pour chacune des 10 thématiques, et ce, pour chacune des catégories de médicaments.

Comme le montre l'analyse des données présentées au tableau 10.2, la fréquence de discussion est très faible pour la plupart des thèmes, exception faite des blocs thématiques « désignation », « posologie » et « effet principal du médicament », ce qui confirme les conclusions des recherches précédentes (Scherwitz *et al.*, 1985 ; Parrot, 1994 ; Makoul *et al.*, 1995). Les résultats sont particulièrement éloquentes en ce qui concerne la discussion sur l'« observance ». On constate que le discours sur l'observance est quasiment absent dans le cas des nouveaux médicaments, ce qui indique qu'aucune tentative de prévenir ou de contrer les problèmes d'observance n'est faite.

Richard et Lussier (2007) ont ensuite évalué dans quelle mesure les médecins et les patients contribuaient à la discussion de chacune des thématiques, c'est-à-dire dans quelle mesure il y avait un dialogue ou un monologue (taux dialogique) sur ces thèmes. Bien que les échanges puissent être décrits en général comme des monologues du médecin, les auteurs ont noté des différences selon le statut du patient et les thèmes abordés. Ils ont observé que les patients participent davantage à la discussion lorsqu'il s'agit d'une thématique dans laquelle leur expérience compte (« effets observés », « attitudes et émotions » et « observance »). Ils ont enfin relevé que, du médecin ou du patient, initie les propos sur les différents thèmes : l'initiative vient du médecin dans la majorité des cas, mais elle varie, plus encore que les taux dialogiques, selon les statuts et les thèmes.

Ces auteurs proposent deux facteurs pouvant être à l'origine des variations observées. Le premier, l'expérience et les connaissances du patient à propos des médicaments, pourrait expliquer les variations en matière de participation au contenu et d'initiative des propos. Ce facteur met en lumière comment le patient peut contribuer à la conversation : une contribution ne serait possible que lorsque le patient connaît bien « sa » maladie et « ses » médicaments. C'est la condition pour qu'il puisse opposer « son expertise » à celle du médecin, surtout s'il connaît bien ce dernier. Bref, on parle lorsqu'on a quelque chose à dire. Le second facteur pouvant expliquer les variations dans la prise d'initiative selon le statut du médicament serait la responsabilité du médecin, engagée plus ou moins directement selon qu'il effectue une nouvelle prescription, un renouvellement de prescription ou qu'il discute d'un médicament que le patient consomme déjà. C'est lors d'une nouvelle prescription que le médecin est le plus engagé. Dans ce cas, même s'il existe de plus en plus de sources d'information auxquelles les patients peuvent accéder (Media, Internet, presse écrite), tout est à faire ; le médecin ne peut tabler sur la connaissance du patient du nouveau médicament, et il porte l'entière responsabilité de l'acte. Lorsqu'il y a renouvellement d'une prescription, son engagement dans la discussion diminue ; il peut se reposer sur la connaissance du

patient et sur son observance. Lorsque l'on discute simplement d'un médicament déjà prescrit, il n'y a pas d'acte de prescription et l'engagement du médecin dans la conversation est à son plus bas.

Par ailleurs, la nature des thèmes influence la contribution potentielle de chacun des interlocuteurs. Ainsi, certains thèmes touchent d'emblée des sujets liés à l'expérience personnelle («effets observés» et «attitudes et émotions»), alors que d'autres relèvent davantage de l'expertise technique du médecin («effets anticipés», «indication de reconsulter» et «mise en garde»). La nature d'autres thèmes varie dans le temps: «désignation», «observance», «posologie» et «mise en garde». Avec le temps, ces thèmes se prêteraient davantage à une véritable discussion entre le médecin et le patient. Certains thèmes restent non partageables par le médecin car ils relèvent strictement de son expertise professionnelle; ils correspondent à l'évaluation qu'il doit refaire lors de chaque consultation («indication de reconsulter», «effet principal anticipé» et «effets indésirables anticipés»). Quant aux «émotions», elles relèvent uniquement du patient.

Cependant, il y a des exceptions. Dans une étude sur les psychotropes, Sleath *et al.* (1997) montrent que 42 % des prescriptions de psychotropes sont demandées par les patients. Ce taux élevé de participation des patients s'explique selon les auteurs par: 1) la présence de une ou plusieurs maladies chroniques; 2) le fait que les patients connaissaient le médecin; 3) le fait que plusieurs d'entre eux avaient déjà eu une prescription de psychotropes dans le passé. Les auteurs suggèrent que les patients qui initient la prescription ont une plus grande expérience de la maladie; du médecin et du médicament, appuyant ainsi les travaux de Richard et Lussier (2007).

Le peu de participation des patients pourrait s'expliquer par la structure de la relation médecin-patient. Dans le contexte où le patient vient demander un service à un expert, il adopte l'attitude de celui qui attend que le «spécialiste» se prononce. Il serait déplacé, impoli et même peut-être prétentieux, dans ce cadre de parole, que le patient discute de l'avis du spécialiste qu'il vient consulter. Mais aussitôt sorti de la situation de consultation, il se réapproprie sa capacité d'agir ouvertement et il agit alors selon son bon vouloir à l'égard du traitement prescrit. C'est seulement lorsque le patient connaît bien sa maladie et «ses» médicaments qu'il peut opposer son «expertise» à l'expertise du médecin, surtout s'il connaît bien ce dernier. Il faut noter que les patients à statut socioéconomique élevé sont plus susceptibles de soumettre une demande de psychotropes, les médecins initiant davantage la prescription pour les patients à statut socioéconomique bas.

L'ensemble des données provenant des recherches faites sur le terrain, en particulier lors d'observations directes des consultations, débouchent sur la conclusion suivante: la communication entourant la médication est pauvre à tout point de vue. Cette situation nous permet de constater que les conversations entre médecins et patients n'appliquent pas, dans les faits, les principes du consentement

éclairé au traitement (principe éthique reconnu et enchâssé dans les lois de plusieurs pays) et de « choix de traitement informé » (Charles *et al.*, 1997). Dans une telle situation, il ne peut y avoir de consentement éclairé de la part du patient, et on peut ainsi affirmer que les patients qui observent leur traitement le font sur la base de la confiance qu'ils accordent à leur médecin, et non en se fondant sur une discussion élaborée des tenants et des aboutissants du traitement (Gelb Safran *et al.*, 1998).

7. L'OBSERVANCE

L'une des difficultés majeures de la pratique médicale, reconnue par les médecins eux-mêmes (Beaulieu *et al.*, 1993) et maintes fois confirmée par les résultats de recherches sur l'observance aux recommandations médicales (DiMatteo, 1994, 2004), est que les patients ne suivent pas toujours les traitements tels qu'ils sont prescrits. Cependant, les médecins ne s'informent pas plus de l'observance de leurs patients qui, de leur côté, n'en parlent pas spontanément. Selon Hammond et Lambert (1994), une communication inadéquate expliquerait que 55 % des patients dévient, de façon non intentionnelle, de leur prescription. Par ailleurs, l'observance s'améliore lorsque le médecin offre plus d'information, tient des propos plus positifs et pose moins de questions générales, mais davantage centrées sur l'observance elle-même (Roter *et al.*, 1988).

L'observance peut être simplement définie par le degré auquel le comportement du patient correspond à l'avis médical reçu, en ce qui concerne une recommandation de changement d'habitude de vie, de prise de rendez-vous, de prise de médicament (Haynes, 2001). À la fin des années 1970, Sackett et Snow (1979) affirmaient déjà que le taux habituel d'observance se situait autour de 50 %, variant de 0 à plus de 100 %. DiMatteo (1994), un chercheur chevronné dans le domaine de l'observance thérapeutique, résume les résultats des études des dernières années de la façon suivante : seulement 40 % à 50 % des patients respectent l'ordonnance telle qu'elle est rédigée par le médecin. Plus récemment, ces chiffres sont confirmés par Dahl (1997) qui rapporte que de 30 % à 60 % des patients ne prennent pas leurs médicaments. Tamblyn et Perreault (1998) nous rappellent que un cinquième des prescriptions ne sont jamais exécutées. Lorsqu'elles sont remplies, l'observance varie de 16 % à 73 %. La sous-utilisation est un problème plus fréquent que la surutilisation et représente 80 % des problèmes d'observance du médicament. Ils mentionnent également que 77 % de la non-observance est intentionnelle et serait reliée à l'impression que le médicament n'est pas nécessaire ou à des effets indésirables. Les principales raisons de l'inobservance non intentionnelle sont les oublis et les incompréhensions. Lorsque les professionnels (médecins et infirmières) de la santé prennent des médicaments, ils ne font guère mieux que les patients avec une observance de 77 % pour l'usage de médication à court terme

et de 84 % pour l'usage de médication à long terme. Cette donnée permet de voir que les seules connaissances ne suffisent pas à assurer une observance optimale (Corda *et al.*, 2000).

L'inobservance varie en fonction de la nature de la maladie. Ainsi, pour l'asthme, le taux d'inobservance serait de l'ordre de 20 % à 40 % ; pour l'hypertension, il serait de 40 % à 70 % ; pour le diabète, de 25 % à 65 % ; et, pour l'ostéoporose, il serait de 45 % à 60 % (Aventis, 2002). Les principales raisons invoquées par les patients pour leur inobservance sont, dans le cas de l'asthme, le refus d'accepter le diagnostic et le fait que la maladie soit intermittente. Dans le cas de l'hypertension, ce serait plutôt le fait que la maladie soit asymptomatique alors que pour le diabète, l'inobservance s'expliquerait par les nombreux changements dans le style de vie que cette maladie nécessite. Enfin, en ce qui a trait à l'ostéoporose, comme les patients ne percevant pas de bénéfice immédiat, ils sont plus enclins à interrompre le traitement.

Le phénomène de l'observance est, de l'avis de tous les experts, complexe et multifactoriel. Le tableau 10.3 résume l'ensemble des facteurs explicatifs qui, selon Hotz (2002), sont impliqués dans le comportement d'observance. Ils sont regroupés selon leur domaine cognitif ou perceptif, comportemental ou social ou, encore, selon les caractéristiques du problème de santé et de son traitement.

Il est maintenant reconnu que les difficultés posées par l'observance ne sont pas uniquement techniques, comme le serait la complexité de la posologie par exemple (Berg *et al.*, 1993 ; Korsch et Harding, 1997). Ce qui explique la non-observance, ce sont les aspects humains associés aux plans de traitement, c'est-à-dire les croyances des patients par rapport à la nature du problème, aux traitements requis et leur préoccupation au sujet des effets indésirables. Contrairement à la croyance populaire chez les médecins, partager l'information technique sur le médicament ne garantit pas l'observance (Stone, 1979). Suivre le plan de traitement ne sera pas une priorité si le patient ne croit pas que sa maladie est sérieuse ou si les médicaments ne semblent pas y changer quoi que ce soit.

Le tableau 10.3 nous rappelle que la prise d'un médicament est un geste qui repose sur un processus potentiellement complexe et que les sources de désaccords entre la vision du médecin et celle du patient sont nombreuses. Lorsqu'il y a désaccord entre le médecin et le patient sur le traitement à suivre, Marinker et Shaw (2003) signalent que c'est l'agenda du patient qui déterminera s'il prendra ses médicaments et que les médecins ont de la difficulté à reconnaître cet état de fait.

Tableau 10.3

Les différents facteurs influençant l'observance

Facteurs de nature cognitive et perceptuelle

- Dénî de la maladie
 - Absence de confiance envers le médecin/professionnel de la santé
 - Fait de se sentir mieux ou d'être asymptomatique
 - Crainte de la dépendance
 - Incompréhension de la maladie
 - Évaluation imprécise du statut de la santé ou du niveau de risque
 - Attentes par rapport aux résultats incluant la qualité de vie
-

EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES

Facteurs de nature comportementale et sociale

- Absence de soutien social/rétroaction insuffisante
- Habiletés comportementales
- Continuité des soins
- Priorités concurrentes
- Obstacles dans l'environnement
- Culture et croyances

Caractéristiques de la maladie

- Durée
- Type et sévérité des symptômes
- Niveau d'invalidité
- Nature chronique/aiguë

Caractéristiques du traitement

- Complexité
 - Commodité
 - Effets indésirables
 - Délai d'action
 - Coûts
-

8. L'OBSERVANCE DU POINT DE VUE DU PATIENT

Le patient est engagé dans un dialogue avec lui-même et avec les autres dans sa vie; le médecin n'est qu'une des voix avec lesquelles il entretient un dialogue. Le patient doit prendre des décisions, arbitrer des situations aux exigences contradictoires et accommoder une réalité changeante. Les décisions qu'il a prises sont continuellement à réévaluer et il doit reprendre des décisions ou les changer (Billig, 1996), ce qui est propre à toutes situations changeantes. Aussi, le patient ne se présente pas simplement avec un problème qu'il veut voir résoudre. Il se présente avec un ensemble de motivations qui ne sont pas explicitement énoncées, mais qui feront qu'on ne peut s'attendre de lui à ce qu'il obtempère simplement aux demandes du médecin. Ainsi, Hanner et Witek (1995) identifient les motifs de la consultation du patient qui détermineront son comportement après la consultation. Le premier motif de consultation est la recherche d'un traitement pour un

problème précis. Il s'agit souvent de problèmes ou de symptômes aigus. Dans de tels cas, c'est d'abord la compétence du médecin qui est recherchée et ses recommandations sont alors plus susceptibles d'être suivies.

Le deuxième motif est le besoin d'être rassuré. Dans ce cas, le plus souvent, les problèmes ne sont pas aigus et les soins n'ont pas besoin d'être immédiats. À partir du moment où le patient est rassuré, il n'y a plus d'urgence, pour ce dernier, de s'occuper du problème. Dans le cas où le patient recherche un diagnostic, souvent, le problème est plutôt aigu, mais n'a pas encore été cerné. Une fois le diagnostic posé, le patient n'est pas nécessairement prêt à appliquer la solution proposée. Enfin, le dernier type de motif serait la recherche de conseils sur la gestion de sa santé, le patient s'attendant alors à recevoir des recommandations et du soutien. Souvent, il s'agit d'un problème de nature plus chronique. Ici, la proposition d'une nouvelle médication pourrait être accueillie froidement, car elle pourrait être perçue comme une substitution à l'écoute du médecin. McWhinney (dans Premi *et al.*, 1997) envisage les motifs de consultations de manière légèrement différente. Selon lui, le patient consulte, soit parce qu'il : 1) a atteint son seuil de tolérance aux symptômes, 2) a atteint sa limite d'anxiété, 3) a des problèmes relationnels, 4) doit faire compléter un formulaire ou 5) désire prévenir la maladie. Pour Prochaska et DiClemente (1984), le problème se pose encore différemment et l'issue de la consultation pourrait alors dépendre du stade de préparation à l'action dans lequel le patient se situe par rapport à l'action prescrite.

La décision de prendre ou non un médicament relève donc d'une situation complexe et changeante. Les nuances que nous avons émises nous permettent de conclure que l'observance du patient est loin d'être un comportement automatique et régulier. Ainsi, pour bien évaluer ce qui est raisonnable d'attendre d'un patient, il faudrait tenir compte à la fois des motifs de consultation et de la volonté d'agir du patient.

Le changement de comportement exigé par l'introduction d'un traitement dans la vie du patient requiert une adaptation de sa part qui pourrait être, à ses yeux, trop lourde compte tenu des efforts à fournir. Il ne faut pas oublier que plusieurs patients décident en toute connaissance de cause de ne pas se soigner. Or le médecin présume trop souvent que le patient est motivé à suivre le « meilleur » traitement. Ce postulat amène les médecins à proposer des traitements ou des changements de comportement que les patients ne sont pas prêts à suivre ou à faire. C'est ce qu'on appelle le « biais biomédical » qui occulte la dimension comportementale de tout traitement. Hotz (2002) conclut qu'il est essentiel d'évaluer le risque d'inobservance de tous les patients à qui le médecin propose un traitement et de moduler son offre de traitement en fonction de cette évaluation. Cette distinction s'apparente à celle que fait l'épidémiologie clinique entre

l'efficacité et l'efficience d'un traitement, car l'efficacité mesurée dans un contexte de recherche contrôlée diffère de l'efficacité observée sur le terrain dans un contexte réel d'application.

Pour définir le « traitement », le médecin doit tenir compte de l'ensemble des contraintes, résistances, objections et craintes du patient par rapport au traitement. C'est cependant le médecin qui, en dernière analyse, porte la responsabilité de proposer le traitement, des conséquences médico-légales étant liées à cette action. Le patient, de son côté, doit aider le médecin en lui fournissant l'information nécessaire mais c'est lui qui, ultimement, décidera de suivre ou non le traitement. La collaboration entreprise au moment de la définition du traitement doit se poursuivre par l'observance du patient. Selon Dahl (1997), une intervention médicale, pour être considérée réussie, doit faire état du suivi que donne le patient à cette intervention.

9. LES PRINCIPALES ENTRAVES À LA COMMUNICATION SUR LA MÉDICATION

9.1. LE CONTEXTE GÉNÉRAL DE SOINS

L'aménagement physique des cliniques et l'organisation du travail, orientés tout deux vers la fonctionnalité et l'efficacité, sont porteurs d'un message très clair : « Ici, nous avons une tâche à accomplir et nous devons être efficaces. » Ainsi, lorsque vient le temps de débiter l'échange avec le médecin, le patient se trouve dans un état d'esprit très particulier : il vient pour parler de ses difficultés et il se doit d'être le plus précis et le plus concis possible car tout contribue à créer l'impression que le médecin est très occupé et qu'il y a d'autres patients très malades dont il doit s'occuper (Quint, 1972). Dans un tel contexte, le patient tente de se conformer aux exigences de la situation pour faciliter le travail du médecin.

9.2. LE RÔLE TRADITIONNEL PRINCIPAL DU MÉDECIN : LE DIAGNOSTIC

La culture biomédicale valorise le processus diagnostique. Les médecins, issus de cette culture, accordent, avec raison, une grande importance à la tâche de porter un diagnostic. Tout se passe comme si, une fois le diagnostic posé, le médecin n'a qu'à en informer le patient pour que ce dernier l'accepte. Rien n'est moins vrai comme nous l'avons vu précédemment.

9.3. LA GESTION DU TEMPS DE L'ENTREVUE

L'un des corollaires de l'importance du diagnostic est que la gestion du temps de l'entrevue favorise le processus diagnostique au détriment de la discussion du plan de traitement. Waitzkin et Stoeckle (1972) ont montré que sur des entrevues d'une durée de 20 minutes, les médecins passent en moyenne une minute à donner des explications par rapport au plan de traitement. Les médecins passent, dans les faits, très peu de temps à donner de l'information à leur patient, et ce, en dépit du fait que les patients désirent recevoir des explications sur la nature de leur problème et discuter des avenues thérapeutiques (Waitzkin, 1984).

9.4. L'UTILISATION D'UN VOCABULAIRE TECHNIQUE

Les médecins utilisent trop souvent un vocabulaire technique difficile à comprendre pour le patient (DiMatteo, 1991). Selon Tuckett *et al.* (1985), 36 % des patients qui ont reçu des informations à propos du diagnostic ne se rappellent pas ce que le médecin a dit ou ne peuvent pas répéter en leurs propres mots ce qu'il a dit. Cela donne à penser que le médecin a failli à sa tâche de traduire les données médicales en des termes que le patient peut comprendre et intégrer dans son vécu. Dans 50 % des entrevues, le patient n'arrive même pas à se souvenir des recommandations principales à propos du diagnostic, du traitement ou de la prévention. De plus, seulement 15 % des patients affirment avoir tout compris des propos tenus par leur médecin (DiMatteo, 1991).

9.5. LE STYLE COMMUNICATIONNEL

La prédominance du style biomédical observé dans les entrevues médicales, dans lesquelles le médecin domine les échanges et contrôle le flot de l'entrevue, limite la participation du patient. Selon Roter *et al.* (1988), les médecins prennent la parole 60 % du temps et les patients 40 %. Lussier *et al.* (1998, 2006) obtiennent une répartition des énoncés médecin et patient plus près de la proportion 55/45. Seulement 6 % des échanges sont constitués de questions posées au médecin. Pourtant, celles-ci sont associées à une meilleure compréhension du patient et à de meilleurs résultats de soins (Kaplan *et al.*, 1989; Rost *et al.*, 1990).

Le contrôle de l'entrevue par le médecin s'exerce de différentes façons. D'abord, le mode interrogatif des médecins, avec des séries de questions fermées qui, par leur structure, excluent toute forme d'élaboration, présente une barrière pour bien comprendre la perspective du patient. De plus, les médecins utilisent diverses stratégies (regarder l'heure, consulter la liste des patients à voir, ne pas répondre à une question, changer de sujet sans explication, marmonner des explications; Svarstad, 1976; West, 1984; Elwyn *et al.*, 1999; Elwyn *et al.*, 2001) pour interrompre le récit des patients et pour le limiter aux aspects strictement

biomédicaux (Tuckett *et al.*, 1985). Enfin, les médecins expliquent souvent le problème en termes de certitude et non de probabilités, ce qui réduit les possibilités de discussion de la part du patient (DiMatteo, 1994).

9.6. LES CROYANCES DES MÉDECINS PAR RAPPORT À L'INFORMATION ET À L'OBSERVANCE

Il existe un écart entre la perception des médecins et celle des patients de ce qui constitue une information adéquate. La majorité des patients veulent une discussion élaborée sur les risques et les solutions de rechange alors que le médecin donne peu d'information sur les traitements alternatifs et informe les patients seulement des risques importants (Makoul *et al.*, 1995 ; Stevenson *et al.*, 2000).

Aronsson et Satterlund-Larsson (1987) indiquent que les patients ne verbalisent pas leurs désaccords et mentent par omission, et ce, pour rester polis avec leur médecin. Les patients rapportent avoir assez de temps pour discuter des médicaments mais un temps insuffisant pour aborder des aspects plus généraux tels que le désir de cesser de prendre un médicament (Stevenson *et al.* 2002). Selon Hayes-Bautista (1976) jusqu'à 50 % des patients modifient les prescriptions que leur remettent les médecins pour tenir compte de leurs expériences.

9.7. CONCLUSION DE LA SECTION SUR LES ENTRAVES À LA COMMUNICATION SUR LA MÉDICATION

Au regard de la prescription de la médication, il est impossible actuellement de soutenir que le patient peut faire un choix éclairé. En effet, dans bien des cas, le patient ignore tout du médicament : son nom, sa composition, ses bienfaits ou ses effets indésirables. Il ne sait pas non plus ce qui se passera s'il ne suit pas le traitement et s'il en existe d'autres pour le remplacer. Ainsi, le patient effectue un choix basé sur la confiance et non sur un ensemble d'informations qu'on lui aurait données sur les médicaments.

Etchells *et al.* (1996) font la distinction entre la partie de la consultation qui sert à établir le diagnostic et celle de la prise de décision. Selon eux, la majorité des patients vont accepter que le médecin « mène » la phase diagnostique et qu'il propose des options thérapeutiques. Cependant, il revient au patient de choisir entre différentes modalités thérapeutiques. Le patient doit être en mesure de poser toutes les questions qu'il désire et de recevoir les réponses au sujet des options présentées par le médecin et d'autres options envisageables. Le médecin doit en tout temps encourager la participation du patient à la prise de décision. Le médecin a également l'obligation de s'assurer que le patient a compris les explications fournies.

De plus, l'information à elle seule suffit rarement à amener un changement chez le patient. Le médecin est appelé à motiver ses patients à changer (Miller et Rollnick, 1991). Ce que le médecin recherche, c'est un engagement explicite de la part du patient à mettre en branle le plan de traitement discuté. Préciser les objectifs visés, planifier un échéancier réaliste qui tienne compte des ressources du patient et fixer les étapes du suivi sont d'autres outils qui aident le médecin à assumer son rôle de motivateur.

10. LE RAPPEL DES INFORMATIONS SUR LES MÉDICAMENTS PAR LES PATIENTS: UN PROBLÈME

Lorsque l'information est transmise lors de l'entrevue médicale, 40 % à 80 % de celle-ci est oubliée immédiatement après l'entrevue et près de la moitié des informations retenues sont inexactes (Ferner et Robin 2003 ; Kessels, 2003). Quand la médication est modifiée lors d'une entrevue, seulement 66 % des patients se souviennent de tous les changements après l'entrevue, la familiarité des interlocuteurs ne changeant pas les données (Rost *et al.*, 1990). Le manque d'insistance des médecins sur la médication pourrait s'expliquer par le fait qu'ils croient avoir suffisamment élaboré sur le sujet et que les patients ont compris leurs propos. Une étude classique de Waitzkin (1984) sur l'échange d'information en général durant la consultation vient ébranler cette croyance. Les médecins surestiment le temps qu'ils passent à donner des explications par un facteur de 7 et sous-estiment systématiquement le désir des patients d'obtenir de l'information. Plus précisément, au regard de la discussion sur les médicaments, Calkins *et al.* (1997) ont montré que 89 % des médecins croyaient qu'au moment de leur congé de l'hôpital, leurs patients comprenaient les risques d'effets indésirables de leur médication, alors qu'uniquement 57 % d'entre eux affirmaient les comprendre. Dans un contexte d'urgence, le rappel par les patients de la médication qu'ils consomment est encore moins bon. Seulement 48 % des patients se rappelaient de l'ensemble des médicaments qu'ils prenaient. De ceux-ci, 39 % pouvaient rapporter correctement les moments de la prise des médicaments et seulement 24 % connaissaient les dosages (Vilke *et al.*, 2000). Dans un contexte psychiatrique, environ 33 % des patients connaissaient le nom du médicament et son dosage, environ 38 % connaissaient le nom, mais non le dosage et environ 21 % ne connaissaient ni le nom ni le dosage (Kanakadurga et Poduri 2003). On ne peut que constater la convergence des données de recherche sur la pauvreté des connaissances qu'ont les patients de la médication qu'ils utilisent et la difficulté des patients d'intégrer et de maîtriser ces informations. Ces données nous indiquent qu'il faut prendre très au sérieux les problèmes de communication à propos des médicaments.

CONCLUSION

La satisfaction du patient et le confort actuel du médecin dans son rôle ne présagent pas de changements prochains chez ces derniers. Le médecin reçoit peu de commentaires directs du patient qui lui permettent de percevoir l'efficacité de son intervention et ainsi l'inciter à changer. Afin de développer une véritable coopération avec le patient qui s'étende au-delà de l'entrevue, il faut élargir la perception qu'a le médecin de son rôle pour inclure à la fois le diagnostic et l'éducation ou l'enseignement thérapeutique. Trop souvent, pour le médecin, une fois le problème identifié, le reste de son travail devient plus technique : prescrire le meilleur traitement disponible.

Le médecin doit aussi s'assurer que le patient a bien compris l'information qu'il veut lui communiquer. Il peut, par exemple, lui demander de redire les éléments importants dans ses propres mots, en doublant ces explications avec du matériel écrit ou visuel pour ceux qui sont illettrés fonctionnels (30 % de la population). Le médecin ne doit pas craindre de répéter ses instructions ainsi que les raisons pour lesquelles il propose un traitement. Le médecin présume trop souvent que c'est évident.

Il doit aussi savoir quand adapter son attitude afin de rassurer le patient et de le prendre en charge lorsque la situation l'indique, mais toujours de façon à permettre au patient de prendre des décisions éclairées. Le médecin se doit aussi d'être capable à d'autres moments de faire ressortir des aspects plus émotifs ainsi que le vécu du patient et à d'autres moments encore d'être un simple conseiller pour le patient qui fait ses propres choix. Enfin, c'est en favorisant une coopération active avec le patient que le médecin pourra le mieux faciliter la discussion, la compréhension et la rétention de l'information par le patient ainsi que son adhésion au traitement choisi.

BIBLIOGRAPHIE

- Arborelius, E. et S. Bremberg (1994). « Prevention in Practice. How do General Practitioners Discuss Life-Style Issues with Their Patients? », *Patient Education and Counseling*, vol. 23, p. 23-31.
- Arborelius, E. et S. Bremberg (1992). « What Does a Human Relationship with the Doctor Mean? », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 10, p. 163-169.
- Aronsson, K. et U. Satterlund-Larsson (1987). « Politeness Strategy and Doctor-Patient Communication. On the Social Choreography of Collaborative Thinking », *Journal of Language and Social Psychology*, vol. 6, n° 1, p. 1-27.
- Aspergren, K. (1999). « BEME Guide No 2: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: A Review with Quality Grading of Articles », *Medical Teacher*, vol. 21, p. 563-570.

- Assemblée nationale, 2^e session, 36^e législature (2002). *Projet de loi n° 90. Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Éditeur officiel du Québec. Sanctionné le 14 juin 2002.
- Aventis (2002). *La non-observance*, Bureau de la formation des professionnels, Aventis Canada. Document interne non publié.
- Bain, D.J.G. (1976). « Doctor-patient Communication in General Practice Consultations », *Medical Educational*, vol. 10, p. 125-131.
- Beaudoin, C., M.-T. Lussier, R.J. Gagnon, M.-I. Brouillet et R. Lalande (2001). « Discussion of Lifestyle-Related Issues in Family Practice During Visits with General Medical Examination as the Main Reason for Encounter: An Exploratory Study of Content and Determinants », *Patient Education and Counseling*, vol. 45, n° 4, p. 275-284.
- Beaulieu, M. D., H. Leclère et G. Bordages (1993). « Taxonomy of Difficulties in General Practice », *Canadian Family Physician*, vol. 39, p. 1369-1375.
- Beckman, H.B. et R.M. Frankel (1984). « The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data », *Annals of Internal Medicine*, vol. 101, n° 5, p. 692-696.
- Beckman, H., K.M. Markakis, A.L. Suchman et R.M. Frankel (1994). « The Doctor-Patient Relationship and Malpractice. Lessons from Plaintiff Depositions », *Archives of Internal Medicine*, vol. 154, p. 1365-1363.
- Beckman, H., S.H. Kaplan et R. Frankel (1989). *Outcome Based Research on Doctor-Patient Communication. A Review*, Newbury Park, Sage Publications.
- Beisecker, A.E. et T.D. Beisecker (1990). « Patient Information-Seeking Behaviours when Communicating with Doctors », *Medical Care*, vol. 28, p. 19-28.
- Berg, J.S., J. Dischler, D.J. Wagner, J.J., Raia et N. Palmer-Shevlin (1993). « Medication Compliance: A Healthcare Problem », *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 27, n° 9, p. S3-S22.
- Bertakis, K.D. et E.J. Callahan (1992). « A Comparison of Initial and Established Patient Encounters Using the Davis Observation Code », *Family Medicine*, vol. 24, n° 4, p. 307-311.
- Bertakis, K.D., D. Roter et S.M. Putman (1991). « The Relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction », *Family Practice*, vol. 32, n° 2, p. 175-181.
- Bertakis, K.D., E.J. Callahan, L.J. Helms, R. Azari et J.A. Robbins (1993). « The Effect of Patient Health Status on Physician Practice Style », *Family Medicine*, vol. 25, n° 5, p. 530-535.
- Billig, M. (1996). *Arguing and Thinking: A Rhetorical Approach to Social Psychology*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Byrne, P. et B. Long (1976). *Doctors Talking to Patients*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- Calkins, D.R., R.B. Davis, P. Reiley, R.S. Phillips, K.L. Pineo, T.L. Delbanco et L.I. Iezzoni (1997). « Patient-Physician Communication at Hospital Discharge and Patients' Understanding of the Postdischarge Treatment Plan », *Archives of Internal Medicine*, vol. 157, n° 9, p. 1026-1030.
- Campion, P. et M. Langdon (2004). « Achieving Multiple Topic Shifts in Primary Care Medical Consultations: A Conversation Analysis Study in UK General Practice », *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 1, p. 81-101.

- Charles, C., A. Gafni et T. Whelan (1997). «Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does it Mean? (Or it Takes at Least Two to Tango)», *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 5, p. 681-692.
- Coambs, R.B. *et al.* (1995). *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Noncompliance and Inappropriate Use of Prescription Medication in Canada*, Ottawa, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, University of Toronto Press.
- Cockburn, J., A.L. Reid et R.W. Sanson-Fisher (1987). «The Process and Content of General-Practice Consultations that Involve Prescription of Antibiotic Agents», *Medical Journal of Australia*, vol. 147, n° 7, p. 321-324.
- Cohen, S. et J. Bird (2000). *The Medical Interview: The Three Function Model*, New York, NY, C.V. Mosby.
- Collège des médecins de famille du Canada (2002). *Critères pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale, médecine d'urgence, compétences avancées et soins palliatifs*, Mississauga, Service de l'éducation du Collège des médecins de famille du Canada.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (1996). *Compétences pour le nouveau millénaire: rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux*, Ottawa, ProMEDS 2000.
- Corda, R.S., H.B. Burke et H.W. Horowitz (2000). «Adherence to Prescription Medications among Medical Professionals», *Southern Medicine*, vol. 93, n° 6, p. 585-589.
- Crock, R.D., D. Jarjoura, A. Polen et G.W. Rutecki (1999). «Confronting the Communication Gap Between Conventional and Alternative Medicine: A Survey of Physicians' Attitudes», *Alternative Therapies in Health and Medicine*, vol. 5, n° 2, p. 61-66.
- Dahl, R. (1997). «How to Get Through to Your Patients», *Hippocrates*, vol. 11, n° 4, p. 38-44.
- Desmond, J. et L.R. Copeland (2000). *Communicating with Today's Patient. Essentials to Save Time, Decrease Risk, and Increase Patient Compliance*, San Francisco, Jossey-Bass.
- DiMatteo, M.R. (1991). *The Psychology of Health, Illness, and Medical Care: An Individual Perspective*, Pacific Grove, Brooks-Cole.
- DiMatteo, R.M. (1994). «The Physician-Patient Relationship: Effects on the Quality of Health Care», *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 37, n° 1, p. 149-161.
- DiMatteo, M.R. (2004a). «Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research», *Medical Care*, vol. 42, n° 3, p. 200-209.
- DiMatteo, M.R. (2004b). «Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis», *Health Psychology*, vol. 23, n° 2, p. 207-218.
- DiMatteo, M.R., C.D. Sherbourne, R.D. Hays, L. Ordway, R.L. Kravitz, E.A. McGlynn, S. Kaplan et W.H. Rogers (1993). «Physicians' Characteristics Influence Patients' Adherence to Medical Treatment: Results from the Medical Outcomes Study», *Health Psychology*, vol. 12, n° 2, p. 93-102.
- Dowell, J., A. Jones et D. Snadden (2002). «Exploring Medication Use to Seek Concordance with "Non-Adherent" Patients: A Qualitative Study», *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 40, n° 2, p. 575-583

- Elwyn, G., A. Edwards et P. Kinnersley (1999). «Shared Decision-Making in Primary Care: The Neglected Second Half of the Consultation», *British Journal of General Practice*, vol. 49, p. 477-482.
- Elwyn, G., A. Edwards, S. Mowle, M. Wensing et C. Wilkinson (2001). «Measuring the Involvement of Patients in Shared Decision-making: A Systemic Review of Instruments», *Patient Education and Counselling*, vol. 43, p. 5-22.
- Epstein, R.M. (1997). «The Patient-Physician Relationship», dans M.B. Mengel, W.L. Holleman et S.A. Fields (dir.), *Fundamentals of Clinical Practice. A Textbook on the Patient, Doctor, and Society*, New York, Plenum Medical Book, p. 105-132.
- Etchells, E., G. Sharpe, P. Walsh, J.R. Williams et P.A. Singer (1996). «Bioethics for Clinicians: 2. Disclosure», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 155, p. 387-391.
- Faden, R.R., C. Becker, C. Lewis, J. Freeman et A.I. Faden (1981). «Disclosure of Information to Patients in Medical Care», *Medical Care*, vol. 19, p. 718-733.
- Ferner, A. et E. Robin (2003). «Is Concordance the Primrose Path to Health?», *British Medical Journal*, vol. 327, p. 821-822.
- Ford, S., L. Fallowfield et S. Lewis (1996). «Doctor-Patient Interactions in Oncology», *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 11, p. 1511-9.
- Frankel, R.M. (1984). «From Sentence to Sequence: Understanding the Medical Encounter Through Microinteractional Analysis», *Discourse Processes*, vol. 7, p. 135-170.
- Gandhi, T.K., S.N. Weingart, J. Borus, A.C. Seger, J. Peterson, E. Burdick, D.L. Seger, K. Shu, F. Federico, L.L. Leape et W. Bates (2003). «Adverse Drug Events in Ambulatory Care», *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 16, p. 1556-1564.
- Gelb-Safran, D., D.A. Taira, W.H. Rogers, M. Kosinski, J.E. Ware et A.R. Tarlov (1998). «Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care», *Journal of Family Practice*, n° 47, p. 213-220.
- Goldberg, D.P. et K. Bridges (1993). «The Ability of Trainee General Practitioners to Identify Psychological Distress Among Their patients», *Psychological Medicine*, n° 3, p. 185-188.
- Goudreau, J. (2002). *Améliorer les pratiques préventives des médecins: une recherche-action*, Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux. Rapport de recherche.
- Graugaard, P.K., K. Holgersen, H. Heide et A. Finset (2005). «Changes in Physician-Patient Communication from Initial to Return Visits: A Prospective Study in Haematology Outpatient Clinic», *Patient Education and Counseling*, vol. 57, n° 1, p. 22-29.
- Gurwitz, J.H., T. Field, D. Bates, L. Harrold et J. Rothschild (2003). «Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting», *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 9, p. 1107-1116.
- Hall, J.A., D.L. Roter et N.R. Katz (1988). «Meta-Analysis of Correlates of Provider Behaviour in Medical Encounters», *Medical Care*, vol. 26, n° 7, p. 657-675.
- Hall, J.A., J. Irish, D. Roter, C. Ehrlich et L. Miller (1994). «Gender in Medical Encounters: An Analysis of Physician and Patient Communication in a Primary Care Setting», *Health Psychology*, vol. 13, n° 5, p. 384-392.
- Hammond, S.L. et B.L. Lambert (1994). «Communicating about Medications: Directions for Research», *Health Communication*, vol. 6, n° 4, p. 247-251.

- Hanner, L. et J.J. Witek (1995). *Healing Wounded Doctor-Patient Relationships*, Delano, Kashan Publishing.
- Hayes-Baulista, D.E. (1976). «Termination of the Patient-Practitioner Relationship: Divorce, Patient Style», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 17, p. 12-21.
- Haynes, R.B. (2001). «Improving Patient Adherence: State of the Art, with a Special Focus on Medication Taking for Cardiovascular Disorders», dans L.E. Burke et I.S. Ockene (dir.), *Compliance in Health Care and Research*, New York, Futura Publishing Company, p. 3-21.
- Heath, C. (1980). «On Prescription-Writing in Social Interaction», dans R. Mapes (dir.), *Prescribing Practice and Drug Usage*, Londres, Croom Helm, p. 58-69.
- Heath, C. (1981). «The Opening Sequence in Doctor-patient Interaction», dans P. Atkinson et C. Heath (dir.), *Medical Work: Realities and Routines*, Farmborough, Angleterre, Cambridge, p. 71-90.
- Hotz, S. (2002). *Treatment Compliance. A Review*. Manuscrit non publié.
- IMS (2005). *Statistiques*, <www.imshealthcanada.com>, consulté le 16 mars 2006.
- Kanakadurga, R. et M.D. Poduri (2003). «Patients' Awareness of Their Medications», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 84, n° 9, p. E36.
- Kaplan, S.H., S. Greenfield et J.E. Ware (1989). «Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease», *Medical Care*, vol. 27, p. S110-S127.
- Kaufman, D.W., J.P. Kelly, L. Rosenberg, T.E. Anderson et A.A. Mitchell (2002). «Recent Patterns of Medication Use in the Ambulatory Adult Population of the United States. The Slone Survey», *Journal of the American Medical Association*, vol. 87, n° 3, p. 337-344.
- Kennedy, I. (2003). «Patients Are Experts in Their Own Field. The Interests of Patients and Healthcare Professionals Are Intertwined», *British Medical Journal*, vol. 326, p. 1276-1277.
- Kessels, R.P. (2003). «Patients' Memory for Medical Information», *Journal of Royal Society of Medicine*, vol. 96, p. 370.
- Korsch, B.M. et C. Harding (1997). *The Intelligent Patient's Guide to the Doctor-Patient Relationship. Learning to Talk So Your Doctor will Listen*, New York, Oxford University Press.
- Kravitz, R., E.J. Callahan, D. Paterniti, D.E. Antonius, M. Dunham et C.E. Lewis (1996). «Prevalence and Sources of Patients' Unmet Expectations for Care», *Annals of Internal Medicine*, vol. 125, p. 730-737.
- Kurtz, S. (2002). «Doctor-Patient Communication: Principles and Practices», *Canadian Journal of Neurological Science*, vol. 29, p. S23-S29.
- Kurtz, S. et al. (2003). «Calgary-Cambridge Guide to Communication: Process Skills», Cambridge (R.-U.) et Calgary (Canada), <www.skillscascade.com>, <www.med.ualgary.ca/education/learningresources>, consulté le 16 mars 2006.
- Kurtz, S., J. Silverman, J. Benson et J. Draper (2003). «Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides», *Academic Medicine*, vol. 78, n° 8, p. 802-809.
- Kurtz, S., J. Silverman et J. Draper (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, 2^e éd., Abingdon, Radcliffe Medical Press.

- Lacroix, L. (1997). «Un vaste programme d'éducation est lancé pour contrer l'utilisation inappropriée des médicaments», *La Presse*, 24 septembre, p. A-10.
- Langewitz, W.A., P. Eich, A. Kiss et B. Wössmer (1998). «Improving Communication Skills: A Randomized Controlled Behaviorally Oriented Intervention Study for Residents in Internal Medicine», *Psychosomatic Medicine*, vol. 60, n° 3, p. 268-276.
- Langewitz, W., M. Denz, A. Keller, A.Kiss, S. Rüttlmann et B. Wössmer (2002). «Spontaneous Talking Time at Start of Consultation in Outpatient Clinic: Cohort Study», *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7366, p. 682-683.
- Lazarou, J., B. Pomeranz et P. Corey (1998). «Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients. A Meta-Analysis of Prospective Studies», *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, n° 15, p. 1200-1205.
- Levenstein, J.H., E. McCracken et I. McWhinney (1986). «The Patient-centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-patient Interaction in Family Medicine». *Family Practice*, vol. 3, n° 1, p. 24-29.
- Levinson, W., D.L. Roter, J.P. Mullooly, V.T. Dull et R.M. Frankel (1997). «Physician-Patient Communication. The Relationship with Malpractice Claims among Primary Care Physicians and Surgeons», *Journal of the American Medical Association*, vol. 277, n° 7, p. 553-559.
- Lewin, S.A. et al. (2001). *Intervention for Providers to Promote a Patient-centered Approach in Clinical Consultations* (Cochrane Review), The Cochrane Library, Issue 4, Oxford, Update Software Ltd.
- Lipkin, M., S. Putnam et A. Lazare (1995). *The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research*, New York, Springer-Verlag.
- Lussier M.T. et al. (2006). *Observational Study of Consultations between Adult Asthmatic Patients and General Practitioners*. Rapport soumis à VESPA.
- Lussier, M.T. et al. (1998). «Doctor-patient Communication as a Determinant of Psychological Distress Detection in Primary Care», *Communication in Health Care*, Amsterdam, 12 juin.
- Maguire, P. et C. Pitceathly (2002). «Key Communication Skills and How to Acquire Them», *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7366, p. 697-700.
- Maguire, P., S. Fairbairn et C. Fletcher (1986). «Consultation Skills of Young Doctors: II. Most Young Doctors Are Bad at Giving Information», *British Medical Journal*, vol. 292, p. 1576-1578.
- Maiman, L.A., M.N. Becker, G.S. Liptak, L.F. Nazarian et K.A. Rounds (1988). «Improving Pediatricians' Compliance-enhancing Practices. A Randomized Trial», *American Journal of Diseases of Children*, vol. 142, n° 7, p. 773-779.
- Makoul, G., P. Arntson et T. Schofield (1995). «Health Promotion in Primary Care: Physician-Patient Communication and Decision Making about Prescription Medications», *Social Science and Medicine*, vol. 41, n° 9, p. 1241-1254.
- Marinker, M. et J. Shaw (2003). «Not to be Taken as Directed. Putting Concordance for Taking Medicines into Practice», *British Medical Journal*, vol. 326, p. 348-349.
- Marvel, M.K., R.M. Epstein, K. Flowers et H.B. Beckman (1999). «Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved?», *The Journal of the American Medical Association*, vol. 281, n° 3, p. 283-287.

- Miller, R.W. et S. Rollnick (1991). *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, The Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004). <www.msss.qc.ca>.
- Mishler, E. (1984). *The Discourse of Medicine : Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, NJ, Ablex Publishing Corporation.
- Morris, L.A., E.R. Tabak et K. Gondek (1997). «Counseling Patients About Prescribed Medication: 12-year Trend», *Medical Care*, vol. 35, n° 10, p. 996-1007.
- National Center for Health Statistics (1997). *National Ambulatory Medical Care Survey, Advance Data*, n° 305.
- National Council on Patient Information and Education. (2000). *Educate Before You Medicate : Talk about Prescriptions*, <www.talkaboutrx.org>, consulté le 16 mars 2006.
- Ni, H., C. Simile et A.M. Hardy (2002). «Utilization of Complementary and Alternative Medicine by United States Adults: Results from the 1999 National Health Interview Survey», *Medical Care*, vol. 40, n° 4, p. 353-358.
- Ong, L., J. de Haes, A. Hoos et F.B. Lammes (1995). «Doctor-Patient Communication : A Review of the Literature», *Social Science Medicine*, vol. 40, n° 7, p. 903-918.
- Ormel, J.M., W. Koeter, W. van den Brink et G. van de Willige (1991). «Recognition, Management, and Course of Anxiety and Depression in General Practice», *Archive of General Psychiatry*, vol. 48, p. 700-706.
- Papillon, M.J. et al. (2001). «Consommation des médicaments», dans Gouvernement du Québec (dir.), *Enquête sociale et de santé*, 2^e éd., Québec, Les Publications du Québec.
- Parrott, R. (1994). «Exploring Family Practitioners' and Patients' Information Exchange about Prescribed Medications : Implications for Practitioners Interviewing and Patients' Understanding», *Health Communication*, vol. 6, n° 4, p. 267-280.
- Premi, J., S. Shannon et G. Tougas (1997). *Diagnosing the Causes of Dyspepsia, Part 1 : When is it Safe to Give Reassurance ? Practice-Based Small Group Learning Project*, Educational module, Continuing education, Hamilton, McMaster University.
- Prochaska, J.O. et C.C. DiClemente (1984). *The Transtheoretical Approach, Crossing Traditional Boundaries of Therapy*, Homewood, IL, Dorsey Professional Book.
- Quint, J. (1972). «Institutionalized Practices of Information Control», dans E. Friedson et J. Lorber (dir.), *Medical Men and their Work : A Sociological Reader*, Chicago, Aldine Atherton, p. 220-238.
- Raynes, N.V. (1979). «Factors Affecting the Prescribing of Psychotropic Drugs in General Practice Consultations», *Psychological Medicine*, vol. 9, n° 4, p. 671-679.
- Richard, C. et M.T. Lussier (2006). «Nature and Frequency of Exchanges on Medications During Primary Care Encounters», *Patient Education and Counseling*, vol. 64, n°s 1-3, p. 207-216.
- Richard, C. et M.T. Lussier (2007). «Measuring Patient and Physician Participation in Exchanges on Medications : Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical roles», *Patient Education and Counseling*, vol. 65, n° 3, p. 329-341.
- Robbins, J., K.D. Bertakis, L.J.R. Azari, E.J. Callahan et D.A. Creten (1993). «The Influence of Physician Practice Behaviors on Patient Satisfaction», *Family Medicine*, vol. 25, p. 17-20.

- Rost, K., D. Roter, K. Bertakis et T. Quill (1990). «Physician-Patient Familiarity and Patient Recall of Medication Changes», *Family Medicine*, vol. 22, n° 6, p. 453-457.
- Roter, D.L. (1977). «Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance», *Health Education Monographs*, p. 281-315.
- Roter, D.L., J.A. Hall et N.R. Hatz (1988). «Patient-Physician Communication: A Descriptive Summary of the Literature», *PEC*, n° 12, p. 99-119.
- Roter, D.L., J.A. Hall et Y. Aoki (2002). «Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-Analytical Review», *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 6, p. 756-764.
- Roter, D.L., M. Stewart, S.M. Putnam, M. Lipkin Jr, W. Stiles et T.S. Inui (1997). «Communication Patterns of Primary Care Physicians», *Journal of the American Medical Association*, vol. 277, n° 4, p. 350-356.
- Roter, D., M. Lipkin et A. Korgaard (1991). «Sex Differences in Patients' and Physicians' Communication During Primary Care Medical Visits», *Medical Care*, vol. 29, n° 11, p. 1083-1093.
- Rowland-Morin, P.A. et J.G. Carroll (1990). «Verbal Communication Skills and Patient Satisfaction: A Study of Doctor-Patient Interviews», *Evaluation & the Health Professions*, vol. 13, n° 2, p. 168-185.
- Rubin, R.B. (1981). *The Development and Refinement of a Communication Competency Assessment Instrument*. Document présenté à la rencontre annuelle de la Speech Communication Association, Anaheim, cité dans B.H. Spitzberg et W.R. Cupach, «Interpersonal skills», dans M.L. Knapp et J.A. Daly, *Handbook of Interpersonal Communication*, Thousand Oaks, Sage Publications, 2002.
- Sackett, D.L. et J.C. Snow (1979). *Compliance in Health Care*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Scherwitz, L. et al. (1985). «Physician Communication to Patients Regarding Medications», *Patient Education and Counseling*, vol. 7, n° 2, p. 121-36.
- Silverman, J., S. Kurtz et J. Draper (1998). «Skills for Communicating with Patients», Abingdon, Oxon, Royaume-Uni, Radcliffe Medical Press.
- Sleath, B., B. Svarstad et D. Roter (1997). «Physician vs Patient Initiation of Psychotropic Prescribing in Primary Care Settings: A Content Analysis of Audiotapes», *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 4, p. 541-548.
- Sleath, B., D. Roter, B. Chewing et B. Svarstad (1999). «Asking Questions about Medication: Analysis of Physician-patient Interactions and Physician Perceptions», *Medical Care*, n° 37, p. 1169-1173.
- Starfield, B.C. Wray, K. Hess, R. Gross, P.S. Birk et B.C.D. Lugoff (1981). «The Influence of Patient-Practitioner Agreement on Outcome of Care», *American Journal of Public Health*, vol. 71, n° 2, p. 127-31.
- Stevenson, F.A., C.A. Barry, N. Barber et C.P. Bradley (2000). «Doctor-Patient Communication about Drugs: The Evidence for Shared Decision Making», *Social Science and Medicine*, vol. 50, n° 6, p. 829-840.
- Stevenson, F.A., K. Cox, N. Britten et Y. Dundar (2004). «A Systematic Review of the Research on Communication Between Patients and Health Care Professionals about Medicines: The Consequences for Concordance», *Health Expectation*, vol. 7, n° 3, p. 235-245.

- Stewart, M.A. (1995). «Effective Physician-Patient Communication, and Health Outcomes : A Review», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152, n° 9, p. 1423-1433.
- Stewart, M., I.R. McWhinney et C.W. Buck (1979). «The Doctor-Patient Relationship and its Effect upon Outcome», *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 29, p. 77-82.
- Stone, G.C. (1979). «Patient Compliance and the Role of the Expert», *Journal of Social Issues*, vol. 35, p. 34-59.
- Street, R.L. (2002). «Gender Differences in Health Care Provider-Patient Communication : Are They Due to Style, Stereotypes, or Accommodation?», *Patient Education and Counseling*, vol. 48, n° 3, p. 201-206
- Street, R.L. et H.S. Gordon (2006). «The Clinical Context and Patient Participation in Post-Diagnostic Consultations», *Patient Education and Counseling*, 19 juillet.
- Svarstad, B. (1974). *The Doctor-Patient Encounter: An Observational Study of Communication and Outcome*, Madison, University of Wisconsin.
- Svarstad, B. (1976). «Physician-Patient Communication and Patient Conformity with Medical Advice», dans D. Mechanic (dir.), *The Growth of Bureaucratic Medicine: An Inquiry into the Dynamics of Patient Behavior and the Organization of Medical Care*, New York, John Wiley, p. 220-238.
- Szasz, T.S. et M.H. Hollender (1956). «A Contribution to the Philosophy of Medicine», *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, p. 585-592.
- Tamblyn, R. et R. Perreault (1998). *Encouraging the Wise Use of Prescription Medication by Older Adults. Canada Health Action: Building on the Legacy*, Québec, Éditions Multi Mondes, Documents réalisés à la demande du National Forum on Health. Determinants of Health. Adults and Seniors.
- Tamblyn, R.M., R. Laprise, B. Schnarch, J. Monette et P.J. McLeod (1997). «Characteristics of Physicians Prescribing More Psychotropic Drugs to Women than to Men», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, p. 239-262.
- Todd, A.D. (1993). «A Diagnosis of Physician-Patient Discourse in the Prescription of Contraception», dans S. Fisher et A.D. Todd (dir.), *The Social Organisation of Doctor Patient Communication*, Norwood, Ablex, p. 183-212.
- Tuckett, D.A., M. Boulton et C.A. Olson (1985). «A New Approach to the Measurement of Patients' Understanding of What They are told in Medical Consultations», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 26, p. 27-38.
- Van Dulmen, A.M., P.F. Verhaak et H.J. Bilo (1997). «Shifts in Doctor-Patient Communication During a Series of Outpatient Consultations in Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus», *Patient Education and Counseling*, vol. 30, n° 3, p. 227-237.
- Vilke, G.M., A. Marino, J. Iskander et T.C. Chan (2000). «Emergency Department Patient Knowledge of Medications», *Journal of Emergency Medicine*, vol. 19, n° 4, p. 327-330.
- Waitzkin, H. (1984). «Doctor-Patient Communication. Clinical Implications of Social Scientific Research», *Journal of the American Medical Association*, vol. 252, n° 17, p. 2441-2446.
- Waitzkin, H. (1985). «Information Giving in Medical Care», *Journal of Health and Social Behavior*, n° 26, p. 81-101.

- Waitzkin, H. et J.D. Stoeckle (1972). «The Communication of Information About Illness : Clinical, Sociological and Methodological Considerations», *Psychosomatic Medicine*, n° 8, p. 180-215.
- Wartman, S.A., L.L. Morlock, F.E. Malitz et E. Palm (1981). «Do Prescriptions Adversely Affect Doctor-Patient Interactions ?», *American Journal of Public Health*, vol. 71, p. 1358-1361.
- West, C. (1984). *Routine Complications : Troubles with Talk Between Doctors and Patients*, Bloomington, Indiana University Press.
- Wiederholt, J.B., B.R. Clarridge et B.M. Svarstad (1992). «Verbal Consultation Regarding Prescription Drugs : Findings from a Statewide Study», *Medical Care*, vol. 30, n° 2, p. 159-173.
- Williams, S., J. Weinman et J. Dale (1998). «Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: A Review», *Family Practice*, vol. 15, n° 5, p. 480-492.
- Yedidia, M.J., C.C. Gillespie, E. Kachur, M.D. Schwartz, J. Ockene, A. Chepaitis, C.W. Snyder, A. Lazare, MD, Mack Lipkin, Jr. MD (2003). «Effect of Communications Training on Medical Student Performance», *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 9, p. 1210-1212.
- Zins, Beaulieu et associés (2000). *Étude sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux : mise à jour du concept de service pour l'an 2000*, Montréal, Zins, Beaulieu et associés. Rapport final présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

À PROPOS DE QUELQUES INCURSIONS DE LA PSYCHOLOGIE DANS LA CHAÎNE DU MÉDICAMENT

Le cas des médicaments psychotropes

Francine DUFORT

Marie-Laurence POIREL

Pétra SCHEIBLER

Christine THOËR-FABRE

Le présent chapitre a été rédigé à partir d'un survol de la littérature scientifique récente qui nous a tout d'abord permis de retracer les principaux thèmes liés à la question du médicament abordés en psychologie, en Amérique du Nord, en Allemagne et en France. C'est à partir de la psychologie clinique et de quelques incursions dans les champs de la psychologie de la santé et de la psychologie sociale et communautaire que la question du médicament nous est apparue le plus souvent abordée. Cette question reste de façon générale assez marginale en psychologie, s'il est fait exception des champs de la psychopharmacologie expérimentale

et des neurosciences¹. Les thèmes que nous avons le plus souvent relevés sont les suivants : le droit de prescrire pour les psychologues, l'efficacité comparée de la psychothérapie et de la psychopharmacologie, l'efficacité des traitements combinés, le sevrage des médicaments et l'observance de la médication. Les thèmes et les préoccupations touchant aux médicaments psychotropes se révélant plus présents, nous nous sommes attardées uniquement à ce type de médicament. Certains thèmes, telle l'obtention du droit de prescrire par les psychologues, ne font l'objet de débat qu'en Amérique du Nord. En effet, en Allemagne et en France, le droit de prescrire est réservé aux médecins et cette exclusivité ne semble pas remise en question. Les thèmes de l'efficacité des traitements, de l'observance et du sevrage sont examinés aussi bien en Allemagne qu'en Amérique ou en France.

Derrière cet ensemble de préoccupations parfois partagées, parfois contrastées, entourant le médicament, quelques grands enjeux émergent, révélant en même temps certains traits saillants de la psychologie contemporaine. L'objet que constitue le médicament devient ainsi une occasion privilégiée de scruter, mais aussi d'examiner certaines dimensions du devenir contemporain de la discipline. Notre survol de la littérature en lien avec la question du médicament laisse apparaître une tendance plus large en direction de ce que l'on pourrait qualifier de (bio)médicalisation de la psychologie marquée en Amérique du Nord et en Europe revêtant différentes facettes. Par exemple, en Allemagne, plusieurs déplorent que la discipline adhère de plus en plus au modèle médical, ce qui du coup renforce la dominance de la médecine, alors que la psychologie perd de son influence. Quant aux conséquences pour le patient, les auteurs allemands notent une perte de la prise en compte des dimensions psychosociales, en faveur d'interventions visant seulement à « corriger la maladie ». Ils soutiennent également que le discours biomédical s'accompagne d'un changement fondamental du concept d'identité, de la « compréhension de soi » (Auckenthaler, 1997 ; Forster, 1997 ; Mundt, 1999). Cette (bio)médicalisation paraît d'autant plus paradoxale que les sciences humaines, dont la psychologie, sont de plus en plus sollicitées, aussi bien en Amérique qu'en Europe, pour comprendre et résoudre des problèmes psychiques largement attribuables à des conditions sociales, économiques, politiques (pauvreté, violence, racisme, etc.).

De l'intérieur de la discipline, l'empreinte du modèle médical sur la psychologie contemporaine a été soulignée. Maddux (2002), par exemple, fait remarquer que le langage des chercheurs et psychologues cliniciens emprunte de

1. Par affinité, nous nous sommes concentrées sur les champs de la psychologie qui, en principe, ne relèvent pas du champ de la « psychologie biologique » ; à la psychologie, donc, comme science humaine. Dans cette perspective, il nous est apparu que la question du médicament, lorsqu'elle était abordée, l'était le plus souvent à partir d'enjeux touchant directement la clinique et l'intervention.

plus en plus résolument à celui de la médecine et de la pathologie. Ces derniers endossent et véhiculent une idéologie de la maladie en ayant recours à des termes tels que symptômes, troubles, diagnostics, traitement, patient. Ces termes renforcent une perspective largement dichotomique de la santé et de la maladie mentales. Ils tendent de surcroît à cautionner l'idée que les troubles sont intrinsèques à la personne au lieu de surgir de l'interaction entre la personne et l'environnement. Enfin, ajoute le même auteur, ce vocabulaire emprunté au modèle médical fait référence à des victimes passives de forces intrapsychiques et biologiques sur lesquelles elles n'ont pas d'emprise, mais qu'un expert peut mater. Dans le prolongement de l'argument de Maddux, on peut remarquer qu'il existe, en psychologie, peu de questionnements sur la tendance de nos sociétés contemporaines à la médicalisation (notamment psychopharmacologique) de problèmes sociaux et de difficultés existentielles. Ceux qui depuis plus de vingt-cinq ans, comme Albee (2002), Prilleltensky et Nelson (2002) et Dörner (2004), dénoncent cette médicalisation et réclament des changements sociaux en profondeur afin de prévenir les effets délétères de la discrimination, de la pauvreté, de l'exploitation, de la précarité professionnelle ou résidentielle font face à une résistance, aussi bien à l'intérieur de la discipline qu'à l'extérieur. Albee (2002) signale d'ailleurs que cette résistance s'exprime de manière particulièrement virulente en période de conservatisme politique.

D'autres auteurs mettent plutôt l'accent sur le réductionnisme biologique qui traverse aujourd'hui le champ de la psychologie (à l'instar de ce qui se passe en médecine et en psychiatrie), la vie psychique et la santé se voyant de plus en plus ramenées à des mécanismes biologiques et neurobiologiques (Hedges, 2005 ; Williams, 2001). Les regards critiques sur la tendance à la médicalisation et, de façon croissante, à la (bio)médicalisation de la discipline semblent par ailleurs assez isolés, du moins par ceux effectuant de la recherche « clinique » ou exerçant la psychothérapie. Sans être toujours directement nommée, l'enjeu de la médicalisation de la psychologie semble très présent dans les travaux et discussions touchant à la question du médicament.

L'introduction du thème du médicament en psychologie soulève inévitablement des questions reliées à l'interdisciplinarité. Cette préoccupation a accompagné notre démarche tout au long de l'élaboration de ce chapitre. Autour des thèmes associés au médicament, la psychologie est apparue tantôt en dialogue, tantôt en rivalité avec des disciplines telles que la médecine et, particulièrement, la psychiatrie ; tantôt en position défensive par rapport à ses frontières, tantôt intéressée par les possibilités de passages. L'analyse de la littérature scientifique sur le droit de prescrire, sur l'efficacité des traitements et sur le sevrage et l'observance fait ressortir ces tiraillements. Nous terminons le chapitre sur deux perspectives plus rarement représentées dans la littérature, mais susceptibles d'ouvrir

sur l'interdisciplinarité, soit celle de l'étude des représentations sociales des médicaments et des phénomènes qui leur sont associés et celle fondée sur le point de vue des personnes et de leur pouvoir d'agir.

1. LE DÉBAT SUR L'OBTENTION DU DROIT DE PRESCRIRE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Aux États-Unis, au cours des dernières décennies, la communauté scientifique a été mobilisée par la question de l'obtention éventuelle du droit de prescrire des médicaments psychotropes par les psychologues. Au Canada, cette question a été beaucoup moins médiatisée², mais elle a néanmoins soulevé des réflexions que nous exposerons sommairement. Il est en effet étonnant de constater que le droit de prescrire des médicaments par les psychologues est le thème qui ressort le plus fréquemment lorsqu'une recherche bibliographique est effectuée à l'aide des mots-clés «*medication*», «*prescriptive drug*» ou «*psychopharmacology*», aussi bien sur le site de l'American Psychological Association (APA)³, une ressource bibliographique importante pour certains chercheurs en psychologie et d'autres disciplines, que dans le périodique *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Walters (2001) rappelle à cet égard que la psychologie est une discipline relativement récente, encore en quête d'une identité professionnelle et d'une légitimité scientifique. Il soutient que la volonté d'obtenir le droit de prescrire s'inscrit dans cette double quête ; celle-ci aurait toutefois encouragé une acceptation sans cesse croissante du modèle médical. Certains arguments invoqués par les défenseurs du droit de prescrire appuient, en partie du moins, cette position.

Pour certains, le droit de prescrire rehausserait le statut de la profession et les revenus des psychologues prescripteurs. Pour d'autres, ce droit de prescrire, qu'ils nomment privilège, pourrait améliorer la continuité des soins et l'accessibilité des services aux groupes actuellement mal desservis (DeLeon *et al.*, 1991). Nous reviendrons sur cet argument pour le moins étonnant plus loin. D'autres encore font valoir que des professionnels de la santé moins scolarisés que les psychologues, tels les pharmaciens, possèdent déjà le droit de prescrire dans certaines circonstances (Cullen et Newman, 1997) et qu'une grande partie des

-
2. Fagan *et al.* (2004) ont mené un sondage auprès des membres de l'American Psychological Association et ont observé que les Canadiens ne se distinguaient pas des Américains quant à leurs opinions au sujet du droit de prescrire. Le nombre de répondants canadiens était trop petit pour formuler quelque conclusion, mais les résultats demeuraient étonnants étant donné qu'aucun effort n'a jusqu'à présent été consenti par les organisations canadiennes pour promouvoir le droit de prescrire.
 3. L'American Psychological Association se décrit comme suit : «*a scientific and professional organization that represents psychology in the United States. With 15 000 members APA is the largest association of psychologists worldwide*» (<www.apa.org/about/>).

ordonnances de médication psychotrope sont rédigées par des médecins généralistes sans expertise en santé mentale (Zimmerman et Wienckowski, 1991). Il est également fait référence au nombre effarant d'erreurs médicales (Heiby *et al.*, 2004) que des psychologues possédant une solide formation en psychopharmacologie pourraient contribuer à réduire (Tulkin et Stock, 2004).

À partir d'une conception de la psychologie comme science du comportement, Nussbaum (2001) invoque pour sa part des considérations théoriques pour appuyer l'obtention du droit de prescrire par les psychologues. Selon lui, la discipline, et non seulement la profession, développerait son unicité en optant pour une conceptualisation du comportement qui prendrait en compte les processus neurobiologiques qui lui sont intrinsèques. Cette conceptualisation devrait aller au-delà du modèle médical et tabler explicitement sur l'interaction entre le psychologique et le biologique. Nussbaum critique le modèle médical qu'il décrit comme dichotomique. Selon lui, ce modèle ne peut s'appliquer à la compréhension du comportement et il prône le développement de modèles biopsychologiques intégrés. L'obtention du droit de prescrire favoriserait l'émergence de ces modèles. D'ailleurs, certains défenseurs de ce droit font référence aux recherches révélant la supériorité des traitements combinant psychothérapie et pharmacothérapie (Sammons et Schmidt, 2001). Ironisant sur certains traits d'une tradition de psychologie humaniste préoccupée de la singularité de l'être humain, Nussbaum, dans son appel à des modèles biopsychologiques intégrés, n'échappe pas au schématisme et au réductionnisme. Évoquant la perspective d'un avenir où le droit de prescrire serait élargi à la psychologie, il fait en ce sens allusion à des questions «excitantes» telles que : «*Which drug in which dose in combinaison with which information/therapy will activate or inactivate which neural processing system to allow this individual client/patient the best success in life ?*» (Nussbaum, 2001, p. 130.)

En ce qui a trait aux opposants, ils soutiennent que l'obtention du droit de prescrire éloignerait aussi bien les chercheurs que les cliniciens des bases et des traditions de leur discipline, pour les rapprocher du modèle médical. Ils craignent que le droit de prescrire ne décourage le développement des habiletés (DeNelsky, 1996) et des connaissances en psychothérapie et en psychologie (Moyer, 1995). Selon Walters (2001), divers facteurs contribueraient à ce phénomène, dont l'efficacité à court terme de la médication et les contraintes organisationnelles laissant peu de temps pour prodiguer une psychothérapie. Ces opposants déplorent d'ailleurs que l'APA ait pris l'initiative de militer en faveur du droit de prescrire alors que de plus en plus d'études montrent l'efficacité des interventions psychothérapeutiques. En outre, Dobson et Dozois (2001) s'étonnent que des défenseurs du droit de prescrire invoquent l'accessibilité accrue de la médication aux populations mal desservies (entendre aux pauvres et aux communautés ethniques minoritaires), rappelant qu'il y a généralement surprescription de médicaments, notamment de psychotropes. Des opposants au droit de prescrire

suggèrent plutôt de mieux informer les médecins de l'efficacité des interventions psychologiques. Dobson et Dozois (2004) ajoutent que le développement de la collaboration entre les psychologues et la communauté médicale servirait plus les intérêts de la société, de la profession et de la discipline que le droit de prescrire. Fagan *et al.* (2004) affirment pour leur part que le droit de prescrire contribuerait à médicaliser la discipline au détriment de la psychothérapie qui cible(rait) les causes sociales des troubles mentaux. Cette dernière assertion demeure à vérifier, nous y revenons plus loin.

Walters (2001) affirme que le débat sur le droit de prescrire pourrait être à l'origine d'un schisme à l'intérieur de la psychologie. Il montre d'ailleurs, grâce à une méta-analyse des sondages menés de 1980 à 1999, que les opinions au sujet de l'obtention de ce droit sont partagées. De fait, la plupart des personnes sondées s'entendent pour reconnaître l'importance d'introduire des éléments de psychopharmacologie en psychologie dans certaines circonstances, c'est la manière de le faire qui semble poser problème. Les tensions portent principalement sur trois points étroitement imbriqués : la légitimité de la profession et de la discipline, notamment recherchée par les études sur l'efficacité relative de la psychothérapie ; la légitimité scientifique de la discipline recherchée par l'élaboration de modèles conceptuels originaux, scientifiquement éprouvés et tenant compte de la complexité des phénomènes en jeu (par l'inclusion du biologique, du psychologique et du social) ; les moyens afin d'atteindre cette légitimité (par exemple, le droit de prescrire ou la collaboration multidisciplinaire).

Le débat sur l'obtention du droit de prescrire possède à tout le moins l'avantage de susciter des questionnements⁴. Il est le reflet de tensions qui existent à l'intérieur de la discipline, non seulement en Amérique du Nord, mais dans certaines parties de l'Europe. En Allemagne et en France, le débat porte plus sur le recours à la psychothérapie ou à la psychopharmacologie. En France, notamment, certains s'insurgent contre une tendance à la médicalisation de la psychologie et à la standardisation des pratiques (Llabrés *et al.*, 2005).

4. En ce sens, Dobson et Dozois (2001) soulignent que les rares sondages réalisés sur une base longitudinale illustrent l'instabilité des opinions, plus du tiers des personnes changeaient en effet d'opinion d'un sondage à l'autre. Enfin, les données de la méta-analyse de Walters révélaient également qu'un faible pourcentage des répondants seraient intéressés à obtenir ce droit de prescrire pour eux-mêmes si cela était possible.

2. PSYCHOTHÉRAPIE ET/OU PSYCHOPHARMACOLOGIE ?

Au cours des dernières décennies, on a vu apparaître dans la recherche en psychologie une préoccupation croissante pour la démonstration de la pertinence, définie principalement en termes d'efficacité⁵, de l'intervention psychothérapeutique (Schulberg *et al.*, 2002; Howard *et al.*, 1996; Lipsey et Wilson, 1993). Pendant cette période, les études en ce sens se sont multipliées. On y voit apparaître des thèmes tels que le large spectre de l'intervention psychothérapeutique, sa contribution particulièrement évidente dans le traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux (Robinson *et al.*, 1990), son action à long terme (Clark, 1994; APA, 1992). L'approche cognitivo-comportementale semble le plus souvent sollicitée dans les démarches d'évaluation en termes d'efficacité (Inserm, 2004). Les études portant sur l'efficacité des traitements s'inspirent malgré tout largement du modèle médical et plusieurs revêtent une préoccupation économique marquée, les chercheurs faisant alors référence à la notion de coûts/efficacité des traitements (Miller et Magruder, 1999).

Cette préoccupation de plus en plus marquée pour l'efficacité démontrée des interventions psychothérapeutiques semble devoir être replacée dans un contexte plus large où la place de la psychopharmacologie dans le champ de la santé mentale n'a cessé de se confirmer au fil des années, au détriment souvent d'autres approches d'intervention. C'est ainsi que, dans plusieurs systèmes de soins, comme c'est notamment le cas en Amérique du Nord, en Allemagne et en France, le traitement psychopharmacologique représente l'accès le plus universel à une aide professionnelle. À partir de là, le statut de la psychothérapie a pu apparaître largement précarisé.

Les discussions sur l'efficacité de la psychothérapie se révèlent ainsi inséparables de l'enjeu de la place centrale de la psychopharmacologie en santé mentale. En Amérique du Nord et en Europe, deux principales avenues se dégagent en ce sens dans la littérature : les études portant sur l'efficacité comparée de la pharmacothérapie et de la psychothérapie et les travaux sur les traitements combinés. Ainsi, alors que certains soutiennent, études à l'appui, que la psychothérapie est au moins aussi efficace que la pharmacothérapie pour régler, ou du moins, atténuer certains problèmes, d'autres maintiennent que les traitements combinant psychothérapie et pharmacothérapie sont supérieurs. À première vue, ce dernier

5. L'efficacité est généralement établie à partir des critères diagnostiques et des protocoles du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) ou d'échelles standardisées et, parfois, du jugement clinique. À propos du DSM, Albee (2002) soutient, à l'instar de plusieurs autres critiques de cette classification psychiatrique, qu'il s'agit d'un outil non valide et non fiable et que, contrairement à ce que l'on nous laisse entendre, il repose très peu sur des bases scientifiques.

type de stratégie semble susceptible d'ouvrir sur des approches de complémentarité, voire de collaboration multidisciplinaire et interprofessionnelle (Tucker, 2003).

2.1. L'EFFICACITÉ COMPARÉE

En Amérique du Nord, les discussions sur l'efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie se sont largement déployées à partir de la psychologie. On y défend l'efficacité non seulement équivalente mais aussi, dans certains cas (qu'il resterait à mieux préciser et documenter), supérieure des interventions psychothérapeutiques (Rush, 1999; Lipsey et Wilson, 1993), celles-ci n'induisant pas les mêmes effets indésirables. Ces discussions ont eu aussi des retentissements en psychiatrie. À l'intérieur même de revues de psychiatrie, on a parfois vu s'opposer les tenants d'une réhabilitation des approches psychothérapeutiques aux ardents défenseurs de la contribution privilégiée de la psychopharmacologie (Taylor, 2000). À partir de la psychiatrie, les débats ont largement porté sur les limites méthodologiques des démarches comparatives disponibles (Klein, 2000). Les résultats des études sur l'efficacité comparée des interventions respectives des approches psychothérapeutique et psychopharmacologique tendent, il est vrai, à poser certaines difficultés d'interprétation. Il n'en reste pas moins que le débat est désormais bel et bien ouvert. Les tenants d'une stricte approche psychopharmacologique ont à faire avec cette nouvelle production de savoirs sur l'effet favorable, dans de nombreux cas, de l'intervention psychothérapeutique en réponse aux problèmes de santé mentale.

L'argument de l'efficacité de l'intervention psychothérapeutique, couplé à une démarche de comparaison avec l'intervention psychopharmacologique, soulève en lui-même certaines questions. Parler en termes d'efficacité ne risque-t-il pas de revenir à évaluer le travail de la psychothérapie à l'aune d'un modèle essentiellement médical marqué par l'«objectivisation» et la «pathologisation» des phénomènes psychiques⁶? Dans la littérature psychologique nord-américaine, l'appel à la réévaluation des apports de la psychothérapie dans le champ des interventions en santé mentale découvre non sans paradoxe une psychologie de façon générale peu encline au questionnement et peu critique. La notion d'efficacité eu égard à la vie psychique n'est ainsi essentiellement pas questionnée. La même absence de débat entoure le principe lui-même d'une démarche de comparaison des résultats entre approches d'intervention différentes. Le soupçon que

6. Alors que l'argument de l'efficacité de la psychothérapie pourrait comporter le risque d'une allégeance trop marquée à un modèle médical d'intervention et d'évaluation, l'argument de la rentabilité de la psychothérapie, de plus en plus évoqué (Chiles *et al.*, 1999; Gabbard *et al.*, 1997), tend à ramener celle-ci à une logique gestionnaire. À partir de préoccupations systémiques, l'argument de la rentabilité de la psychothérapie dans la perspective des coûts globaux de santé a en effet aussi été mis de l'avant.

les différents types d'intervention puissent atteindre des dimensions différentes de l'organisation psychique est assez peu envisagé. Il arrive aussi que la revendication de l'efficacité de la psychothérapie découvre une part de contradiction. On s'appuie sur des études qui prétendent comparer les résultats respectifs de deux types d'intervention (démarche de standardisation) et on souligne en même temps la diversité d'action des deux types d'intervention (Poirier, 2003). On recherche la standardisation, l'établissement de protocoles d'intervention et de recherche uniformisés, tout en évoquant la diversité des personnes ou des groupes concernés, l'importance de prendre en compte la gravité, la chronicité, la durée des problèmes de santé, les attentes, les perceptions, etc.

La difficulté que peut soulever une telle tentative de comparaison semble ainsi largement évacuée. Ce type de tentative ne risque-t-il pas de ramener au plus simple dénominateur commun ce qui est ainsi évalué et, plus gravement, de mener plus sournoisement à une uniformisation croissante des interventions en santé mentale ? On pourrait y voir notamment le risque d'une homogénéisation à terme des approches psychothérapeutiques : se verraient reconnues pour leur efficacité seules les approches ayant une action proche de celle de la psychopharmacologie. Tendance que pourrait précisément révéler la vague contemporaine pour les thérapies d'approche cognitivo-comportementale. À l'instar des traitements médicamenteux, ces derniers permettent tout particulièrement d'atteindre la symptomatologie, largement ciblée, de la souffrance et des troubles psychiques.

En France, la question des difficultés de la notion d'efficacité au regard de la psychothérapie est apparue en creux des discussions ayant entouré la parution récente d'un rapport d'experts de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale sur l'évaluation des psychothérapies (Inserm, 2004). Les conclusions de ce rapport se basent essentiellement sur des études portant sur les thérapies cognitivo-comportementales qui dominent largement le champ de l'évaluation des interventions psychothérapeutiques. Par contraste, les interventions psychodynamiques sont apparues comme représentant un défi beaucoup plus sérieux pour l'évaluation. Certains s'inquiètent que la préoccupation pour l'efficacité puisse obscurcir certains des changements significatifs accompagnant une démarche psychothérapeutique, ceux qui ne sont pas quantifiables ou difficilement mesurables, qui ne se circonscrivent pas à la réduction des symptômes ou à une rééducation des conduites, et qui seraient davantage appréciés par des approches qualitatives (Vincent, 2005). Dans le contexte des interventions en santé mentale, le recours à la notion d'efficacité pose ainsi plus d'un défi. L'existence possible d'un hiatus entre le vécu intime d'un mieux-être et l'évaluation externe de la diminution d'une symptomatologie répondant aux critères d'efficacité d'un traitement reste aussi très peu évoqué (Diamond, 1985).

2.2. LES TRAITEMENTS COMBINÉS

La combinaison de traitements psychothérapeutiques et de traitements psychopharmacologiques représenterait un large pan de la réalité des soins ou services en santé mentale, et ce, en réponse à une diversité de troubles (Lee et Hills, 2005). On constate de façon générale un décalage entre cette large utilisation et acceptation dans la pratique d'options de traitement combinant psychothérapie et pharmacothérapie, d'une part, et les connaissances encore limitées concernant les bénéfices des traitements combinés, d'autre part (Jindal et Thase, 2003, Mantell *et al.*, 2004)⁷. Quelques études suggèrent qu'il ne s'agirait pas dans tous les cas de la meilleure avenue de traitement (Otto *et al.*, 2005 ; Sammons et Schmidt, 2001). Notamment, les traitements d'approche cognitivo-comportementale utilisés seuls se révéleraient souvent plus appropriés pour des troubles tels que l'anxiété ou encore les formes moins graves de troubles dépressifs⁸. Par contre, les bénéfices de traitements combinés apparaîtraient plus clairs dans le cas de la schizophrénie et des troubles bipolaires (Sammons et Schmidt, 2001). Certaines études iraient dans le même sens concernant les difficultés dépressives plus graves et les formes chroniques de dépression (De Jonghe *et al.*, 2001 ; Poser, 2001 ; Kapfhammer, 2004). Les traitements combinés seraient particulièrement recommandés en réponse à une symptomatologie importante (Altshuler *et al.*, 2001).

Les stratégies combinant des traitements différents ont pu apparaître susceptibles d'ouvrir sur une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle prometteuse (Lee et Hills, 2005 ; Otto *et al.*, 2005). La littérature à cet égard ne laisse pas moins transparaître la forte marque d'une tendance au retranchement disciplinaire et professionnel, la double prérogative et expertise (psychothérapie et pharmacothérapie) étant alors revendiquée. Par exemple, Mantell *et al.* (2004) déplorent que la psychiatrie nord-américaine a endossé une perspective foncièrement biologique et que peu d'attention a été accordée à la signification que le patient accorde à la médication et au développement de l'alliance thérapeutique. De son côté, Tucker (2003) s'offusque que les psychologues ignorent les connaissances développées en psychiatrie et qu'ils traitent de manière plutôt superficielle la médication psychotrope. En Allemagne, et plus largement en Europe, l'absence d'un modèle structural qui permettrait l'intégration des deux stratégies fait actuellement l'objet de discussion (Kapfhammer, 2004 ; Kuechenhoff, 2005).

7. La pertinence d'une démarche de traitements combinés se pose notamment dans une perspective de rationalisation des coûts de soins de santé. De ce point de vue, il peut apparaître d'autant plus impératif de bien circonscrire les indications où cette combinaison apparaît justifiée.

8. L'argument voulant qu'un recours combiné à la psychothérapie et à la médication puisse amener la personne concernée à privilégier une interprétation biologique de ses difficultés et dès lors à moins investir le travail psychothérapeutique est notamment soulevé (Sammons et Schmidt, 2001).

En Europe, une longue tradition de théorie et de pratique psychiatriques intrinsèquement bicéphale, encore présente malgré une prégnance croissante de la biopsychiatrie, a scellé au sein de la psychiatrie la rencontre de la psychopharmacologie et de la psychothérapie. En Amérique du Nord, la pratique psychothérapeutique a par contre été largement reléguée hors de la pratique psychiatrique proprement dite. Plus récemment, le double « privilège » de prescrire des médicaments et de développer une pratique psychothérapeutique n'en a pas moins été revendiqué à la fois du côté de la psychologie et de celui de la psychiatrie. Aux États-Unis, le débat sur les traitements combinés, dans la perspective des enjeux disciplinaires qu'il soulève, s'est illustré par la parution récente de deux ouvrages, le premier chapeauté par l'American Psychological Association (*Combined Treatments for Mental Disorders: A Guide to Psychological and Pharmacological Interventions*, Sammons et Schmidt, 2001) et l'autre, en lien avec l'American Psychiatric Association (*Integrating Psychotherapy and Pharmacology: Dissolving the Mind-Brain Barrier*, Beitman *et al.*, 2003). Alors que le premier a pu être vu comme participant intrinsèquement au mouvement pour le droit de prescription pour les psychologues (Tucker, 2003), le second, à partir d'une réflexion se voulant plus philosophique, tente de réhabiliter la fonction de psychothérapeute du psychiatre⁹. Pour terminer, il faut également observer que certains arguments en faveur de stratégies de traitements combinés semblent placer la psychothérapie à la remorque de la psychopharmacologie, la première étant souvent vue comme un outil ou un moyen contribuant à favoriser, soit l'observance au traitement médicamenteux (Beitman *et al.*, 2005 ; Pamplona *et al.*, 2004), soit le sevrage des médicaments (Ashton, 2001)¹⁰.

3. SEVRAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

La contribution de la psychologie au processus de sevrage de la médication psychotrope, notamment des benzodiazépines, est un bon exemple d'une quête de légitimité scientifique et professionnelle qui laisse transparaître une psychothérapie largement à la remorque de la pharmacothérapie. Le plus souvent, ce

9. Venant prolonger le travail d'une commission de l'American Psychiatric Association sur la psychothérapie qui réaffirme le rôle de psychothérapeute dans l'identité du psychiatre (Clemens, 2005), ce texte en appelle ainsi à la figure d'un psychiatre compétent dans les deux modalités de traitement.

10. Dans le débat psychothérapie-pharmacothérapie, une autre stratégie d'intervention face aux troubles psychiques est aussi parfois signalée. On met de l'avant la pertinence et l'importance d'un traitement adapté à chaque situation qui pourrait appeler des pratiques de traitement ni exclusives les unes des autres ni à proprement parler combinées mais en quelque sorte sollicitées en alternance lorsqu'une stratégie de traitement ne semble pas apporter les résultats escomptés (Schatzberg *et al.*, 2005). On pourrait y entrevoir une porte d'entrée vers une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle.

type d'intervention est mené par une équipe pluridisciplinaire et repose principalement sur une réduction progressive et systématique de la médication accompagnée d'un soutien psychologique (Ashton, 2001). Les concepteurs de la composante psychologique tentent généralement de se distancier du modèle médical, en avançant par exemple que la réussite d'un sevrage dépend plus des « cognitions » qui animent la personne en difficulté que de la gravité ou de la chronicité des problèmes « psychiatriques » auxquels elle fait face. Malgré cela, les interventions demeurent marquées non seulement par le vocabulaire médical, mais aussi par le recours à des outils psychiatriques, utilisés tout au long de la recherche et de la démarche d'intervention. Les critères de sélection des participants à l'intervention/recherche empruntent aux catégories diagnostiques psychiatriques. Les critères de « réussite » du « traitement » s'expriment sous le mode dichotomique suivant : « la personne respecte le programme de réduction de la médication psychotrope ou elle chute, c'est-à-dire elle ne respecte pas la réduction prescrite », semblant exclure la possibilité que la chute et la rechute fassent partie de la démarche de sevrage¹¹. Qui plus est, c'est le « biologique » que l'on tente de « gérer » par la modification des cognitions. Il est proposé que la thérapie puisse être « employée avec succès non seulement pour traiter l'anxiété durant le sevrage des benzodiazépines et ainsi se substituer aux effets des médicaments, mais également pour aider à gérer efficacement les symptômes durant le sevrage » (O'Connor *et al.*, 2003, p. 141). Empruntant au concept de tolérance pharmacologique, il est question de développer une « tolérance psychologique », c'est-à-dire d'amener la personne à tolérer et à s'habituer aux symptômes de sevrage. Comme on l'aura compris, la composante psychologique de ce type d'intervention emprunte le plus souvent, encore là, à l'approche cognitivo-comportementale. Il est alors postulé que la réussite d'une telle intervention (réussite définie par des experts ou par une logique gestionnaire) repose largement sur les cognitions qui animent la personne considérée comme étant dépendante à la médication : attentes positives à l'égard de l'intervention, perceptions erronées qui seront recadrées par un thérapeute qui, lui, perçoit correctement la réalité, capacité à tolérer l'anxiété (l'une des raisons principales pour lesquelles les benzodiazépines sont prescrits !), interprétation « correcte » des symptômes et de leurs effets sur la santé. Ces interventions prennent généralement la forme de programmes avec étapes et contenu préétablis. Bien qu'on note parfois une tentative (O'Connor *et al.*, 2003) de personnaliser la thérapie, la démarche est imposée par l'expert et semble offrir peu de possibilités

11. Dans la plupart des études consultées, les chercheurs/praticiens ont recours à une panoplie de mesures psychologiques (motivation, attentes, inquiétudes) généralement présentées sous la forme de questionnaires fermés composés d'énoncés formulés très souvent négativement. Cependant, le traitement de ces mesures demeure accessoire, du moins telles qu'elles sont présentées dans les comptes rendus de recherche publiés. De fait, les comptes rendus ne rendent pas justice à la complexité des phénomènes à l'étude et des processus psychothérapeutiques, même quand il est question de traitements des plus simples.

à la personne de s'exprimer sur les significations qu'elle accorde au médicament, l'anxiété ressentie, les bouleversements ou le mieux-être que peut entraîner l'intervention. En outre, le souci d'établir une alliance thérapeutique ou à tout le moins une relation d'échange entre la personne directement concernée par l'intervention et le thérapeute (souci qui, selon Mantell *et al.* [2004], permettrait de distinguer la psychologie de la médecine) ne transparaît pas des comptes rendus de recherche. En plus, bien qu'on reconnaisse que la surconsommation de psychotropes et le sevrage de ce type de médication sont généralement associés à des difficultés interpersonnelles, cet aspect est peu pris en compte dans la plupart des interventions qui font l'objet de recherche. Soit il est carrément écarté, pour des fins de démonstrations ou parce qu'il n'entre pas dans la conceptualisation du problème, soit il est réduit à quelques sources documentaires ou à des stratégies préalablement établies par le thérapeute ou l'équipe. Pourtant, les relations interpersonnelles et le soutien social semblent jouer un rôle primordial dans le processus de sevrage ; dans les études consultées, les thérapies cognitivo-comportementales ne paraissent pas beaucoup plus efficaces que les encouragements provenant de l'entourage de la personne ou d'un groupe de soutien (Ashton, 2001 ; Gosselin *et al.*, 2003 ; O'Connor *et al.*, 2003). Enfin, les interventions semblent ne pas porter sur les conditions sociales ayant contribué à ce que les personnes en viennent à surconsommer des psychotropes. En effet, comme le mentionne Pérodeau (2004), on s'interroge peu sur les raisons qui sous-tendent la dépendance aux psychotropes. Cela contredit l'affirmation de Fagan *et al.* (2004) voulant que les causes sociales des difficultés d'ordre mental soient prises en compte dans les interventions de nature psychologique.

Pourtant, au début de plusieurs articles portant sur le sevrage, les auteurs rappellent qu'un pourcentage inquiétant de la population nord-américaine et européenne (DHS, 2005 ; O'Connor *et al.*, 2003 ; Kraus et Augustin, 2005 ; Wolter-Henseler, 1999) consomme un médicament psychotrope depuis plus d'un an et qu'il s'agit le plus souvent de benzodiazépines. La prise prolongée (que des auteurs qualifient de « chronique ») de benzodiazépines peut produire des difficultés d'adaptation au fur et à mesure que la tolérance se développe créant anxiété, attaques de panique, dépression, insomnie, etc., ce pourquoi le médicament a généralement été prescrit. Aucune remise en question de certaines pratiques médicales pouvant créer une dépendance aux benzodiazépines chez un pourcentage inquiétant de la population n'est formulée. Aucun questionnaire n'est évoqué sur l'influence marquée des impératifs sociaux de productivité et de rapidité, non seulement sur la genèse de l'anxiété et de l'insomnie, mais également sur les pratiques de prescription qui favorisent la dépendance aux médicaments. Les représentations que les professionnels se font des médicaments, de l'anxiété, de la souffrance, du bien-être, du vieillissement, etc., sont généralement absentes du tableau que l'on brosse pour expliquer la dépendance répandue aux benzodiazépines

observée dans certains groupes de la population. La situation est, à certains égards, quelque peu différente quand il est question du phénomène que d'aucuns nomment l'observance de la médication.

4. OBSERVANCE DE LA MÉDICATION

Dans les écrits scientifiques récents, la problématique de l'observance médicamenteuse est principalement analysée sous l'angle de l'éducation à la santé ou de la relation thérapeutique (Vermeire *et al.*, 2001 ; Demyttenaere, 1997 ; OMS, 2003a). Les chercheurs tentent généralement d'intégrer une dimension psychosociale dans leur analyse du phénomène. Plusieurs s'interrogent sur les taux d'inobservance, dont l'estimation, pour les médicaments neuroleptiques, varie grandement selon les études, allant de 11 à 80 % (Kampman et Lehtinen, 1999). Pour Rogers *et al.* (1998), ces taux indiqueraient que l'inobservance rapporte plus de bénéfices que l'observance à de nombreux patients. D'autres mettent plutôt l'accent sur les rechutes, les hospitalisations répétées, les suicides que l'inobservance médicamenteuse entraînerait (Clout *et al.*, 2003 ; Sajatovic *et al.*, 2004). Dans le domaine de l'éducation à la santé, la recherche en psychologie s'appuie largement sur les modèles de compréhension et de modification des comportements à risque ou d'adoption de comportements de santé. Ces modèles s'éloignent peu, encore là, du modèle médical même s'ils témoignent de préoccupations autres que strictement biologiques et qu'ils attribuent un rôle actif aux « observants ». En effet, les chercheurs ne remettent généralement pas en question la pertinence d'avoir recours au concept d'observance¹², qui est conçu comme une forme d'imposition d'un point de vue unilatéral et médical aux patients. Aucun effort n'est non plus consenti pour contrer la tendance à refuser de considérer la composante symbolique à la base de toute démarche de soins. Enfin, on observe peu de tentatives de remise en question des prérogatives de l'expert médical.

Plus de 20 modèles d'analyse du comportement ont été élaborés ou modifiés depuis les années 1960 (Conner et Norman, 1998 ; Rutter et Quine, 2002). Par exemple, selon le « modèle de la croyance à la santé » (*Health Belief Model* ; Rosenstock, 1974), le modèle de base de cette tradition de recherche, il est postulé que divers facteurs font en sorte qu'une personne modifie son comportement en vue d'améliorer sa santé. En ce qui a trait à l'observance médicamenteuse, le patient doit tout d'abord percevoir un risque sanitaire et croire qu'il est personnellement concerné par ce risque. En outre, il doit être convaincu que les bénéfices

12. Le grand dictionnaire terminologique définit l'observance comme suit : « Fait, pour une personne, de bien suivre le traitement prescrit par un médecin, notamment en ce qui a trait au respect des directives concernant les médicaments (posologie, horaire, durée, précautions à prendre, etc.) ». Le dictionnaire *Le Petit Robert* définit l'inobservance comme suit : « Défaut d'observance (des prescriptions morales, religieuses, médicales) ».

de l'observance médicamenteuse l'emportent sur les coûts et les inconvénients. Enfin, il faut une incitation à l'action qui l'amène à adopter un comportement coopératif en ce qui concerne l'interaction avec le professionnel. À la « théorie de l'action raisonnée » (*theory of reasoned action*) développée par Fishbein et Ajzen (Fishbein, 1967 ; Fishbein et Ajzen, 1975) des variables sociales sont ajoutées, prenant en compte l'opinion sociale et son influence sur le comportement de « l'observant ». Par exemple, selon ce modèle, le patient est plus disposé à suivre les règles thérapeutiques si elles s'accordent aux normes sociales qu'il perçoit dans son environnement. Pour sa part, le modèle sociocognitif est élargi par Bandura (1990, 1994) pour inclure le concept de perception « d'auto-efficacité » (*self-efficacy*) qui serait à la base d'un changement de comportement, notamment de l'observance médicamenteuse (Conner et Norman, 1998 ; Elstein et Schwarz, 2002 ; Rutter et Quine, 2002). Enfin, le modèle transthéorique de la « théorie de l'apprentissage sociocognitif » (*social cognitive learning theory*; Prochaska et DiClemente, 1992 ; Corby et Wolitzki, 1997) comporte plusieurs facteurs qui contribuent à expliquer les étapes du changement de comportement ainsi que les conditions essentielles au changement. Certaines études montrent que les médicaments « restent encore l'objet d'une forte croyance populaire négative » (Bordenave-Gabriel *et al.*, 2002). D'après l'enquête de Bordenave-Gabriel *et al.* (2002), par exemple, 41 % des patients interrogés ont exprimé la peur de devenir dépendant de ces psychotropes, 40 % ont manifesté la crainte d'une intoxication et 35 % redoutaient que les médicaments ne « prennent le contrôle de leur personne au point de les empêcher d'être eux-mêmes et cela motive un comportement non observant dans 72 % des cas ». Ces croyances ne sont pas uniquement le résultat d'une activité cognitive individuelle. Horne (1997) soutient que les études s'inspirant de ces divers modèles sociocognitifs n'offrent pas des résultats de recherche cohérents et réussissent très faiblement à prédire les comportements ciblés. Horne maintient en outre que les comportements de santé ne sont pas statiques et ne sont pas la résultante d'une décision unique. Tous ces modèles théoriques se caractérisent par la présupposition que l'individu a des préférences et qu'il peut faire des choix personnels pour maximiser les avantages et minimiser les coûts associés à un comportement. La plupart de ces modèles conviennent peu à la compréhension de l'observance médicamenteuse puisqu'ils ne tiennent pas compte de la relation médecin-patient, qui constitue une situation d'interaction sociale d'importance et qui est elle-même influencée par divers aspects du contexte social plus large. L'observance, même si elle était souhaitée par tous, ne peut être ramenée à un comportement ou à un choix individuel.

La recherche scientifique sur les causes de l'inobservance médicamenteuse a en effet attiré l'attention sur la complexité de cette problématique (Ankri *et al.*, 1995 ; Horne, 1997 ; Vermeire *et al.*, 2001). Quatre groupes de facteurs clés sont généralement associés à l'observance de la médication : des facteurs sociodémographiques et liés à la personnalité du patient, des facteurs liés directement à la

maladie et aux symptômes et des caractéristiques des traitements et de la relation entre le médecin et le patient. Concernant les psychotropes, la recherche en médecine familiale, en psychiatrie et en pharmacologie clinique montre que les facteurs liés directement à la maladie et aux symptômes, ainsi que ceux associés à l'interaction thérapeutique (par exemple, la communication, l'empathie, l'échange d'information) ont une influence plus marquée sur l'observance médicamenteuse que les caractéristiques du patient ou du traitement (Fenton *et al.*, 1997 ; Vermeire *et al.*, 2001 ; Makela et Griffith, 2003 ; Aikens *et al.*, 2005). C'est pour cette raison qu'en Europe, aussi bien qu'en Amérique du Nord, des chercheurs de diverses disciplines ont préféré la notion de « coopération thérapeutique » à celle de l'inobservance. Cette conception particulière a mené certains à s'intéresser à la perspective du patient et à ses conceptions de la maladie, du médicament et du processus thérapeutique (Rogers et Pilgrim, 1993 ; Blaxter et Britten, 1996 ; Rogers *et al.*, 1998 ; Makela et Griffith, 2003 ; Aikens *et al.*, 2005 ; Brown *et al.*, 2005). Il ressort de ces études que la prescription médicamenteuse constitue un enjeu important de la relation thérapeutique. Il a été bien documenté par Piguët (2000) que la prescription ainsi que la consommation d'un médicament est non seulement influencée par les attentes des patients, des médecins et le savoir médical des prescripteurs mais également par les représentations de la maladie et des médicaments des deux principaux protagonistes. D'après Berney et Schulz (2005), le savoir professionnel renvoie à un savoir qui semble souvent limité et qui peut être caractérisé par certains préjugés envers les médicaments. Les auteurs relèvent sept facteurs « non rationnels » des soignants et des prescripteurs qui influencent leurs décisions thérapeutiques au quotidien : l'image du médicament, les indications, les combinaisons de psychotropes, la résistance aux psychotropes, les bénéfices secondaires, le mode d'action, la physiopathologie. En ce qui concerne la psychiatrie, les auteurs parlent d'un « décalage important entre la quantité de connaissances validées par les résultats de la MFP (médecine fondée sur les preuves) et le savoir nécessaire pour une pratique psychiatrique quotidienne de qualité » (Berney et Schulz, 2005, p. 5). D'après des études empiriques internationales, il existe également plusieurs autres significations persistantes qui doivent être prises en considération notamment en ce qui touche à la qualité de la relation entre le prescripteur et le patient. D'après les travaux d'Ankri *et al.* (1995), les patients possèdent souvent leurs propres conceptions du fonctionnement et de l'efficacité des médicaments. Dans ces cas, le manque de « coopération thérapeutique » est le résultat de l'incompatibilité du traitement avec la représentation qui guide le mode de vie du patient. En ce sens, Thoër-Fabre (2005), à l'instar de Collin (1999), rappelle que plusieurs travaux ont montré que l'inobservance de la prescription ne constituait pas tant un comportement irrationnel qu'une forme de régulation exercée par le patient sur sa consommation médicamenteuse.

La prise ou la non-prise d'un médicament est aussi une question d'intégration dans la vie quotidienne et elle est fortement liée à la stigmatisation qui peut être observée dans le cadre familial et, plus largement, dans la société (Byrne, 2001 ; Ostman et Kjellin, 2002 ; Berzins *et al.*, 2003 ; OMS, 2003b ; Corrigan *et al.*, 2005). L'image de la psychiatrie et celle de la pharmacothérapie dans l'opinion publique semble complexe et souvent contradictoire (Angermeyer *et al.*, 1993 ; Angermeyer et Matschinger, 1996 ; Jorm *et al.*, 1997 ; Fischer *et al.*, 1999 ; Meise *et al.*, 2002 ; Gray et Pinson, 2003 ; Angermeyer et Matschinger, 2005). Ces études révèlent que les croyances populaires négatives associées aux traitements pharmacologiques sont liées aux effets secondaires, à la dépendance potentielle, à la léthargie que les traitements entraîneraient et à l'idée que le médicament psychotrope ne « traite » que les symptômes et non la maladie elle-même. Les résultats de certaines études donnent également l'impression que l'image négative des benzodiazépines est généralisée à l'ensemble des médicaments psychotropes (Angermeyer *et al.*, 1993 ; Fischer *et al.*, 1999). En plus, ces images négatives des médicaments psychotropes et des maladies psychiques sont véhiculées dans les médias de masse contemporains (Byrne, 2000 ; Wilson, 2000 ; Duckworth *et al.*, 2003 ; Corrigan *et al.*, 2005). Les résultats scientifiques pluridisciplinaires montrent donc de plus en plus que l'observance médicamenteuse ou la coopération thérapeutique sont des phénomènes qui doivent être définis et interprétés de manière sociale. Les significations accordées au médicament, qu'elles soient positives ou négatives, qu'elles appartiennent aux patients, aux médecins ou aux autres acteurs (entourage immédiat, autres professionnels de la santé, médias, etc.), jouent un rôle considérable dans les processus de prescription et de consommation d'un médicament. La compréhension de la dynamique interactionnelle entre le médecin et le patient ainsi que de la dynamique sociale plus large nécessite notamment l'analyse de la qualité de la communication entre les deux protagonistes principaux, mais également l'analyse des discours sur les représentations de la maladie et des médicaments. Pour mieux comprendre l'observance médicamenteuse ou la relation thérapeutique, il faudrait approfondir la recherche sur les positionnements des différents acteurs de la chaîne des médicaments (Garnier *et al.*, 2005). La théorie des représentations sociales, dont quelques chercheurs de diverses disciplines – notamment la psychologie – s'inspirent déjà dans l'étude du médicament, offre des avenues intéressantes sur plusieurs plans.

5. UNE PERSPECTIVE AXÉE SUR LES INTERACTIONS, L'ÉTUDE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

La recherche qui a pour but de mieux comprendre le rapport que le patient, le médecin et les autres acteurs entretiennent avec le médicament nécessite d'endosser une démarche à tout le moins pluridisciplinaire, sinon interdisciplinaire. Par le recours à la théorie des représentations sociales, la psychologie peut jouer un

rôle clé avec d'autres disciplines dans l'étude de l'interaction entre les divers acteurs de la chaîne du médicament, notamment dans l'étude de la relation entre le prescripteur et l'utilisateur. La recherche en anthropologie a abondamment décrit les significations que différents acteurs accordent aux médicaments, le médicament étant perçu tantôt comme un poison, tantôt comme un produit magique. D'autres disciplines, dont la psychologie, peuvent explorer davantage les significations accordées aux médicaments dans divers contextes thérapeutiques ou dans le domaine de la santé communautaire, à l'exemple de Horne (1997) à propos du médicament en général et de quelques médicaments en particulier.

Moscovici (1961), qui a été le premier à évoquer la notion de représentation sociale, insiste fortement sur le caractère social des représentations, faisant ressortir qu'elles sont partagées. Les représentations sociales contribuent à la création du lien social et, de ce fait, elles participent à la vision globale qu'une société se construit d'elle-même. Les représentations sociales prennent racine dans la société comme systèmes de valeurs et de pratiques dans des groupes sociaux divers, dans les médias et notamment dans les discours publics (Moscovici, 1984). Dans cette veine, Besançon (1990) soutient que les images du médicament sont souvent le reflet, que l'auteure qualifie de quasi paradigmatique, de l'ambivalence qui anime tant les professionnels de la santé que les utilisateurs dans la société actuelle.

Pour sa part, Doise *et al.* (1992) souligne le caractère dynamique des représentations et leur ancrage sociologique. Les prises de position à l'égard d'un objet social donné peuvent se transformer selon les contextes et les événements, et révèlent l'existence de différents groupes sociaux. La théorie des représentations sociales implique un changement des croyances, des connaissances et des attitudes à l'égard des médicaments, celles-ci pouvant varier en fonction des expériences et des discours. Par exemple, Berney et Schulz (2005) ont révélé que, dans notre société contemporaine, l'image de la dépression se transforme de plus en plus pour devenir une maladie de la sérotonine, tout comme le diabète est représenté comme une maladie de l'insuline. En conséquence, les patients demandent à leur médecin « d'ajuster les médicaments », en disant que leur sérotonine est anormale puisqu'ils sont à nouveau déprimés.

Enfin, Garnier *et al.* (2005) élargissent la notion de représentation sociale à celle de système de représentations, les représentations du médicament devant être analysées en conjonction avec d'autres objets, tels que la maladie, la souffrance, etc. Garnier *et al.* montrent l'imbrication complexe des représentations et des pratiques sociales. Par exemple, ces chercheuses montrent que bien que le discours des médecins soit peu favorable à la prescription psychotrope, ils y recourent fréquemment dans leur pratique. Les médecins évoquent les pressions exercées par les patients pour obtenir une ordonnance et les contraintes temporelles et organisationnelles auxquelles ils sont soumis pour expliquer leur pratique de prescription.

La théorie des représentations sociales offre donc un cadre susceptible d'enrichir le dialogue interdisciplinaire actuel sur les médicaments et, plus largement, sur les orientations que prend la recherche selon les traditions culturelles. Thoër-Fabre observe en ce sens que

[...] la tradition française des représentations sociales, bien qu'elle attribue un rôle actif au sujet dans l'élaboration du processus représentationnel, met plus particulièrement l'accent sur les conditions sociales et culturelles de production de la représentation, sans doute par souci d'éviter de retomber dans des modèles cliniques et behavioristes dont elles tentent de se démarquer... L'accent est donc assez peu mis sur le rôle que joue l'expérience du sujet dans la construction représentationnelle (Thoër-Fabre, 2005, p. 65).

Pourtant, Moscovici (1984) présente bien les représentations sociales comme interprétation au quotidien qui constitue un savoir de sens commun visant à donner un sens à la réalité. D'ailleurs, plusieurs chercheurs ont montré que les représentations sont nécessairement teintées de l'expérience des sujets. Cette préoccupation nous amène à une perspective de recherche encore peu développée relativement à la question du médicament, soit celle de la singularité de la personne et de sa démarche.

6. UNE PERSPECTIVE PEU SOLLICITÉE, UNE APPROCHE DE TRAITEMENT SENSIBLE À LA SINGULARITÉ

Les approches, modèles et méthodologies les plus largement sollicités en psychologie tendent à occulter tant le politique et le social que les significations données au médicament, *a fortiori* de la part des personnes directement concernées par celui-ci. De façon isolée, des démarches de recherche ont néanmoins été développées afin de donner la parole aux personnes directement concernées par la médication psychotrope. Ces démarches tendent alors significativement à se conjuguer avec un souci de renforcer le pouvoir d'agir des personnes. Au Canada, au cours des dernières années, des revues telles que *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* et la *Revue québécoise de psychologie* ont parfois été des tribunes pour l'expression de perspectives intéressées par le point de vue des personnes et l'expérience du traitement psychopharmacologique. Ces incursions, qui restent ponctuelles, s'inscrivent à partir de points de vue critiques, féministe (Gammel et Stoppard, 1999) ou alternatif, en santé mentale (Rodriguez *et al.*, 2001). Dans les deux cas, sous des formes différentes, les préoccupations pour l'expérience du traitement psychotrope s'insèrent dans une perspective de transformation sociale. Rodriguez *et al.* s'intéressent davantage à la médication psychotrope dans un contexte de prise en charge psychiatrique lourde (« personnes psychiatriquées »), tandis que Gammel et Stoppard la considère comme une réponse à la détresse psychique (dépression) des femmes. Différentes familles de psychotropes sont

ainsi visées : médicaments dits antipsychotiques d'un côté et antidépresseurs de l'autre. Considérées globalement, ces démarches de recherche ont en commun une prise de position critique face à l'hégémonie des modèles biomédicaux et des réponses biomédicales en santé mentale, la remise en question de cette vision et visée hégémoniques par la sollicitation privilégiée, par des approches qualitatives, du point de vue des personnes directement concernées par la consommation de psychotropes et la mobilisation autour de l'idée de (ré)appropriation ou renforcement du pouvoir d'agir. Ces travaux soulignent l'importance de stratégies de recherche participative inséparables d'une visée de changement social et de transformation des pratiques. Soulignons d'ailleurs que, dans le contexte québécois, une expérience de recherche participative autour du développement d'un modèle de pratique novateur appelé *Gestion autonome de la médication* a été initiée à partir du milieu alternatif en santé mentale (Rodriguez *et al.*, 2003).

Grâce aux travaux respectifs de Rodriguez *et al.* et de Gammel *et al.*, le médicament psychotrope, par son statut privilégié dans les pratiques en santé mentale, apparaît comme l'emblème du modèle biomédical et d'un rétrécissement du champ de l'interprétation (son utilisation généralisée viendrait renforcer une conception simplifiée et superficielle de la souffrance réduite à une symptomatologie) et de l'intervention en santé mentale. « En s'imposant comme modèle dominant, le modèle biomédical laisse peu ou aucune place aux traitements alternatifs et réduit les choix disponibles » (Rodriguez *et al.*, 2001, p. 220). L'enjeu de l'uniformisation des approches de traitement autour de la psychopharmacothérapie et, corollairement, celui de la faible accessibilité des solutions de rechange, sont ainsi au cœur des préoccupations.

Les témoignages de personnes directement concernées par la médication psychotrope permettraient de mettre en évidence certains enjeux fondamentaux entourant celle-ci. Le vécu des limites effectives de ce type de traitement est ainsi décrit dans les études respectives de Rodriguez *et al.* et de Gammel *et al.* Alors que la psychopharmacothérapie représenterait souvent la principale sinon la seule réponse apportée à leur souffrance, les personnes montrent, dans leurs récits, que la contribution du médicament se résumerait, dans le meilleur des cas, à l'atténuation des symptômes. Particulièrement pour les médications plus lourdes, Rodriguez *et al.*, à partir des témoignages, relèvent aussi les effets secondaires handicapants, qui en viendraient trop souvent à alourdir le vécu de la souffrance, participant à la stigmatisation de la personne (effets secondaires visibles), rendant difficile l'intégration sociale (ralentissement intellectuel et fonctionnel), interférant dans le rapport à autrui et à soi. Les témoignages auxquels se réfèrent Rodriguez *et al.* révèlent plus largement toute l'ambivalence et la complexité qui entourent les rapports aux médicaments psychotropes. « Les aspects symboliques de la médication, ses significations plurielles et contradictoires sont aussi importantes que ses effets biologiques » (Rodriguez *et al.*, 2001, p. 212). À partir des récits, Gammel *et al.* montrent pour leur part comment, dans un contexte dominé par

l'approche biomédicale, le recours au médicament antidépresseur contribue à l'intériorisation du diagnostic de dépression chez les femmes qui se voient prescrire ce type de traitement, renforçant une compréhension médicalisée de leurs expériences. Si ces auteures découvrent dans les discours des femmes la reconnaissance de la contribution de la médication à l'amélioration de la santé mentale ou autre, cette reconnaissance apparaît inséparable de celle des limites d'un traitement qui se contente de soulager les symptômes de la dépression. Les témoignages illustrent que, pour aller plus loin, pour « parler de leurs expériences » et « assumer le stress de leurs vies » (les hypothèses biomédicales ne parvenant pas à épuiser le besoin de compréhension de la détresse et de sa genèse), les femmes doivent se tourner vers d'autres ressources, dont l'accessibilité apparaît par ailleurs plus problématique. Nous y reviendrons.

Dans les perspectives respectives de Rodriguez *et al.* et de Gammel *et al.*, la question du médicament psychotrope semble inséparable d'une préoccupation pour le renforcement du pouvoir d'agir. À première vue, les positionnements diffèrent par ailleurs quelque peu. Ainsi, Rodriguez *et al.* posent la question des conditions sous lesquelles « l'emploi de la médication face aux problèmes de santé mentale peut effectivement, soit constituer un instrument au service de l'amélioration et de l'élargissement de la capacité d'agir et d'être des personnes, soit au contraire accentuer une expérience d'aliénation et de souffrance » (*ibid.*, p. 203). Alors que Gammel *et al.* soulèvent pour leur part d'emblée l'enjeu de la compatibilité entre *empowerment* et psychopharmacothérapie dans un contexte où la médicalisation de la détresse des femmes revient à occulter la contribution décisive des conditions sociales et existentielles dans la genèse de la dépression des femmes.

Rodriguez *et al.* (2001, p. 214) découvrent dans les récits une protestation plus ou moins sourde des personnes « contre une certaine façon de prescrire et d'administrer les médicaments qui ne laisse pas de place à la discussion des craintes et du malaise profond que les médicaments sont susceptibles de creuser ». La revendication d'une position de sujet dans le processus de traitement, de voir sa propre expérience et l'expertise particulière qu'elle confère reconnues, émerge de nombreux récits. À partir de ces derniers, les auteures vont dégager certaines conditions dans lesquelles la médication peut se révéler un « instrument » ne faisant pas obstacle à l'appropriation du pouvoir.

Lorsqu'elle s'accompagne d'autres pratiques de travail sur soi et de soutien ; quand elle est accompagnée de l'information adéquate ; lorsque le médecin prend le temps de donner sens à l'expérience et au traitement proposé ; lorsque les médicaments permettent de réduire ou de supprimer certains symptômes et de redonner une stabilité à l'existence ; quand la personne est trop « basse » ou en crise ; pour obtenir des effets précis à court terme (2001, p. 220).

Gammel *et al.* vont pour leur part progressivement se dissocier d'une vision féministe plus radicale qui pose le principe d'une incompatibilité fondamentale entre *empowerment* et utilisation du médicament psychotrope en tant que principal instrument du pouvoir médical sur les femmes. Se refusant finalement à rejeter *a priori* la possibilité d'une articulation entre *empowerment* et médicament psychotrope, ces auteures dégagent en quelque sorte une double condition, qui touche à la fois le plan de l'intervention et celui du système de soins : les intervenantes et les intervenants doivent certes pouvoir continuer à offrir des traitements visant à soulager la détresse tels que des médicaments, mais elles et ils se doivent de rester vigilants devant le risque très réel de médicaliser dans le même mouvement l'ensemble de l'expérience de détresse. En ce sens, l'accompagnement des femmes en difficulté devrait se faire dans une perspective globale d'*empowerment*. Sur le plan du système de soins, les options de traitement disponibles ne doivent pas être restreintes à la psychopharmacothérapie.

À ce point, les perspectives de Rodriguez *et al.* et de Gammel *et al.* se heurtent à la même contrainte : « En s'imposant comme modèle dominant, le modèle biomédical laisse peu ou aucune place aux traitements alternatifs et réduit les choix disponibles » (Rodriguez *et al.*, 2001, p. 220). Se basant sur la situation du Québec où, en principe, l'appropriation du pouvoir est directement nommée dans des textes officiels comme principe central d'une nouvelle organisation des services en santé mentale, ces auteures remarquent que l'une des conditions incontournables pour un système de soins orienté vers la (ré)appropriation du pouvoir est précisément d'offrir aux personnes utilisatrices une réelle possibilité de choix parmi différentes options.

CONCLUSION

Comme nous l'avons formulé en introduction, s'intéresser à l'objet médicament représente une occasion intéressante de s'attarder à des dimensions importantes du devenir de la psychologie. Dans la plupart des thèmes traités récemment dans la littérature scientifique en psychologie, qu'elle soit nord-américaine ou européenne, nous avons observé une tendance marquée à la médicalisation et à la standardisation des pratiques de recherche et d'intervention. Le modèle médical est présent même parmi les approches qui tentent de s'en éloigner. Par exemple, même si les approches cognitivo-comportementales ou sociocognitives soulignent l'importance des aspects cognitifs ou sociaux des phénomènes à l'étude, c'est principalement à l'aide de critères empruntés à la médecine et plus particulièrement à la biopsychiatrie que les recherches sont effectuées, que les interventions sont évaluées, et cela, dans le but d'établir des « pratiques fondées sur la preuve ». Ces approches prennent très peu en compte la complexité des phénomènes à l'étude, du moins dans les comptes rendus publiés, ainsi que la singularité des personnes qui éprouvent une souffrance psychique et la pluralité des démarches thérapeutiques.

Nous notons en outre que la psychologie semble tantôt en dialogue, tantôt en rivalité ou, à tout le moins, en position défensive en regard des disciplines telles que la médecine et, plus particulièrement, la psychiatrie. Nous observons un tiraillement entre une volonté d'élargir le champ de la psychologie à la pharmacologie et une volonté de développer une collaboration interdisciplinaire. Nous constatons également, que la psychologie tente, plus frileusement nous semble-t-il, de prendre en compte ou de souligner les composantes sociales des phénomènes à l'étude. Des auteurs, encore trop peu nombreux à notre avis, évoquent l'influence de certains traits des sociétés occidentales contemporaines, parmi lesquels les impératifs de productivité, de rapidité et de mesure des résultats (entre autres des interventions) et proposent des cadres de référence susceptibles d'alimenter une analyse plus large de la question du médicament en psychologie. Enfin, les représentations que les uns (personnes en difficulté) et les autres (professionnels de la santé, proches de la personne, chercheurs) ont du médicament, de la souffrance psychique, de la santé mentale et de bien d'autres phénomènes qui leur sont associés se voient beaucoup plus rarement considérées. Il en est de même de la question de la singularité des modalités d'action des différents traitements. Avoir recours à la théorie des représentations sociales afin de pousser l'analyse de l'expérience singulière pourrait être une avenue intéressante à explorer.

BIBLIOGRAPHIE

- Aikens, J.E., D.E. Nease, D.P. Nau, M.S. Klinkman et T.L. Schwenk (2005). «Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication», *Annals of Family Medicine*, vol. 3, p. 23-30.
- Albee, G.W. (2002). «Just Say No to Psychotropic Drugs!», *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 6, p. 635-648.
- Altshuler, L.L., L.E. Cohen, M.L. Moline, D.A. Kahn, D. Carpenter *et al.* (2001). «Treatment of Depression in Women: A Summary of the Expert Consensus Guidelines», *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 7, n° 3, p. 185-208.
- Angermeyer, M.C. et H. Matschinger (1996). «Public Attitude Towards Psychiatric Treatment», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 94, p. 326-336.
- Angermeyer, M.C. et H. Matschinger (2005). «Causal Beliefs and Attitudes to People with Schizophrenia: Trend Analysis Based on Data from Two Population Surveys in Germany», *British Journal of Psychiatry*, vol. 186, n° 4, p. 331-334.
- Angermeyer, M.C., R. Däumer et H. Matschinger (1993). «Benefits and Risks of Psychotropic Medication in the Eyes of the General Public: Results of a Survey in the Federal Republic of Germany», *Pharmacopsychiatry*, vol. 26, p. 114-120.
- Ankri, J., D. Le Disert et J.C. Henrard (1995). «Comportements individuels face aux médicaments», *Santé publique*, vol. 4, p. 427-441.

- American Psychological Association, Practice Directorate (1992). *The Effectiveness of Psychological Services in Improving Employee Productivity and Attendance*, Washington, APA.
- Ashton, C.H. (2001). *Benzodiazepine: How They Work and how to Withdraw*, Newcastle Upton Tyne, Newcastle University.
- Auckenthaler, A. (1997). «Was bleibt von der Klinischen Psychologie ? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen», *Journal für Psychologie*, vol. 5, n° 3, p. 63-70.
- Bandura, A. (1990). «Perceived Self-Efficacy in the Exercise over the Control of AIDS Infection», *Evaluation and Program Planning*, vol. 13, p. 9-17.
- Bandura, A. (1994). «Social Cognitive Theory and Exercise over the Control», dans R.J. Di Clemente et J.L. Peterson (dir.), *Preventing Aids: Theories and Methods of Behavioural Interventions*, New York, Londres, Plenum Press, p. 25-59.
- Beitman, B.D. et al. (2005). *Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy: Dissolving the Mind-Brain Barrier*, New York, W.W. Norton and Company.
- Berney, P. et P. Schulz (2005). «Quelques préjugés et la prescription des médicaments psychotropes», *Revue médicale suisse*, 14, <www.revmed.ch/>, numéro d'article 30302, consulté le 10 décembre 2005.
- Berzins, K.M., A. Petch et J.M. Atkinson (2003). «Prevalence and Experience of Harassment of People with Mental Health Problems Living in the Community», *British Journal of Psychiatry*, vol. 183, n° 6, p. 526-533.
- Besançon, G. (1990). «Les images du médicament». *Psychologie médicale*, vol. 22, n° 6, p. 476-480.
- Blaxter, M. et N. Britten (1996). *Lay Beliefs about Drugs and Medicines and the Implications for Community Pharmacy*, Manchester, Pharmacy Practice Research Resource Centre.
- Bordenave-Gabriel, C. et al. (2002). «Peut-on établir un lien entre information, connaissance et observance médicamenteuse chez les patients souffrant de troubles psychotiques ?», *Journal de pharmacie clinique*, vol. 21, n° 2, p. 123-129.
- Brown, C., E. Giraud-Baro, I. De Beauchamp, T. Bougerol et J. Calop (2005). «Beliefs about Antidepressant Medications in Primary Care Patients: Relationship to Self-Reported Adherence», *Medical Care*, vol. 43, n° 12, p. 1203-1207.
- Byrne, P. (2000). «Schizophrenia in the Cinema», *Psychiatric Bulletin*, vol. 24, n° 10, p. 364-365.
- Byrne, P. (2001). «Psychiatric Stigma», *British Journal of Psychiatry*, vol. 178, n° 3, p. 281-284.
- Chiles, J.A., M.J. Lambert et A.L. Hatch (1999). «The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-Analytic Review», *Clinical Psychology Science and Practice*, n° 6, p. 204-220.
- Clark, D. M. (1994). «A Comparison of Cognitive Therapy, Applied Relaxation, and Imipramine in the Treatment of Panic Disorder», *British Journal of Psychiatry*, n° 164, p. 759-769.
- Clemens, N. A. (2005). «Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy», *Psychiatric Services*, vol. 56, n° 4, p. 498.
- Clout, J. et al. (2003). «Kosten der Schizophrenie», *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, n° 8, p. 120-124.

- Colin, J. (1999). «Rationalité et irrationalité à l'origine des mésusages des médicaments», *Actualité et dossier en santé publique*, vol. 27, p. 55-58.
- Conner, M. et P. Norman (1998). «Special Issue: Social Cognition Models in Health Psychology», *Psychology and Health*, n° 13, p. 179-185.
- Corby, N.H. et R.J. Wolitzki (dir.) (1997). *Community HIV Prevention*, Long Beach, CA, The University Press.
- Corrigan, P. W., A.C. Watson, G. Gracia, N. Slopen, K. Rasinski et L.L. Hall (2005). «Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma», *Psychiatric Services*, vol. 56, p. 551-556.
- Cullen, E.A. et R. Newman (1997). «In Pursuit of Prescription Privileges», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 28, p. 101-106.
- De Jonghe, F. (2001). «Combining Psychotherapy and Antidepressants in the Treatment of Depression», *Journal of Affective Disorders*, vol. 64, n° 2-3, p. 217-229.
- DeLeon, P.H., R.F. Fox et S.R. Graham (1991). «Prescription Privileges: Psychology's Next Frontier?», *American Psychologist*, n° 46, p. 384-393.
- Demyttenaere, K. (1997). «Compliance During Treatment with Antidepressants», *Journal of Affective Disorders*, n° 43, p. 27-39.
- DeNelsky, G.Y. (1996). «The Case against Prescription Privileges for Psychologists», *American Psychologist*, vol. 51, p. 207-212.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (dir.) (2005). *Medikamente*, Hamm, DHS.
- Diamond, R. (1985). «Drugs and the Quality of Life: The Patient's Point of View», *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, n° 5, p. 29-35.
- Dobson, K.S. et D.A. Dozois (2001). «Professional Psychology and the Prescription Debate: Still not Ready to go to the Altar», *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 42, n° 2, p. 131-135.
- Doise, W., A. Clémence et F. Lorenzi-Cioldi (1992). *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- Dörner, K. (2004). *Das Gesundheitsdilemma. Woran unsere Medizin krankt*, Berlin, Ullstein.
- Duckworth, K., J.H. Halpern, R.K. Schutt et C. Gillespie (2003). «Use of Schizophrenia as a Metaphor in U.S. Newspapers», *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 10, p. 1402-1404.
- Elstein, A.S. et A. Schwarz (2002). «Clinical Problem Solving and Diagnostic Decision Making: Selective Review of the Cognitive Literature», *British Medical Journal*, vol. 324, p. 729-732.
- Fagan, T.J., R.K. Ax, M. Liss, R.J. Resnick, R.T. Johnson et M.R. Forbes (2004). «Attitudes Among Interns and Directors of Training: Who Wants to Prescribe, who Doesn't and Why?», *Professional Psychology Research and Practice*, vol. 38, n° 4, p. 345-356.
- Fenton, W.S., C.R. Blyler et R.K. Heinssen (1997). «Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings», *Schizophrenia Bulletin*, n° 23, p. 637-651.

- Fischer, W., D.Goerg, E. Zbinden et J. Guimon (1999). «Determining Factors and the Effects of Attitudes Towards Psychotropic Medication», dans J. Guimon, W. Fischer et N. Satorius (dir.), *The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, Basel, Karger, p. 162-186.
- Fishbein, M. (1967). «Attitude and the Prediction of Behavior», dans M. Fishbein (dir.), *Readings in Attitude Theory and Measurement*, New York, Wiley, p. 477-492.
- Fishbein, M. et I. Ajzen (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Ontario, Addison-Wesley.
- Forster, R. (1997). *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung – Eine kritische Bilanz*, Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Gabbard, G.O, S.G. Lazar, J. Hornberger et D. Spigel (1997). «The Economic Impact of Psychotherapy: A Review», *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, p. 147-155.
- Gammel, D.J., J. et M. Stoppard (1999). «Women's Experience Treatment of Depression: Medicalization or Empowerment?», *Canadian Psychology*, vol. 40, n° 2, p. 111-128.
- Garnier, C. et al. (2005). *Systèmes de représentations sociales liées à la prescription et à l'observance des médicaments : le cas des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs*, Montréal, Université du Québec à Montréal. Rapport de recherche.
- Gosselin, P., R. Ladouceur, C.M. Morin, M.J. Dugas et L. Baillargeon (2003). «Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du trouble d'anxiété généralisé: efficacité d'une intervention comportementale et cognitive», *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, p. 59-86.
- Gray, G.E. et L.A. Pinson (2003). «Evidence-Based Medicine and Psychiatric Practice», *Psychiatric Quarterly*, n° 74, p. 387-399.
- Hedges, D. et C. Burchfield (2005). «The Assumptions and Implications of the Neurobiological Approach of Depression», dans B.D. Slife, J. Reber et F. Richardson (dir.), *Critical Thinking about Psychology: Hidden Assumptions and Plausible Alternatives*, Washington, American psychological Association, p. 99-120.
- Heiby, E.M., P.H. DeLeon et T. Anderson (2004). «A Debate on Prescription Privileges for Psychologists», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 35, n° 4, p. 336-344.
- Horne, R. (1997). «Representation of Medication and Treatment: Advances in Theory and Measurement», dans K.J. Petrie et J.A. Weinman (dir.), *Perceptions of Health and Illness*, Amsterdam, Harwood, p. 155-188.
- Howard, K.I., K. Moras, P.L. Brill, Z. Martinovich et W. Lutz (1996). «The Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, Patient Progress», *American Psychologist*, n° 10, p. 1059-1064.
- Illich, I. (1995). *Die Nemesis der Medizin – Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*, 4^e éd., Munich, Beck.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (2004). *Psychothérapies, trois approches évaluées. Une expertise collective de l'Inserm*, Paris, l'Institut, février.
- Jindal, R.D. et M.E. Thase (2003). «Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy to Improve Outcomes among Patients with Mood Disorders», *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 11, p. 1484-1490.

- Jorm, A.F., A.E. Korten et P.A. Jacomb (1997). «Belief Systems of the General Public Concerning the Appropriate Treatment for Mental Disorders», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 32, p. 468-473.
- Kampman, D. et K. Lehtinen (1999). «Compliance in Psychoses», *Acta Psychiatry Scandinavia*, vol. 100, p. 167-175.
- Kapfhammer, H.-P. (2004). «Psychotherapy and Drug Therapy –A Synergistic Project Illustrated with the Treatment of Depressive Disorders», *Imagination*, vol. 26, n° 1, p. 7-26.
- Klein, D.F. (2000). «Flawed Meta-Analyses Comparing Psychotherapy with Pharmacotherapy», *American Journal of psychiatry*, vol. 157, p. 1204-1211.
- Knopf, H. et H.-U. Melchert (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung*, Berlin, Robert-Koch-Institut.
- Kraus, L. et R. Augustin (2005). «Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Sucht-survey 2003», *Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, vol. 51, Sonderheft 1.
- Kuechenhoff, J. (2005) «Psychotherapeutische Beziehung und Psychopharmakologie», *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 156, n° 1, p. 13-19.
- Lee, T.S. et O. Hills (2005). «Psychodynamic Perspectives of Collaborative Treatment», *Journal of psychiatric practice*, vol. 11, n° 2, p. 97-101.
- Lee, S., M.T.Y. Lee, M.Y.L. Chiu et A. Kleinman (2005). «Experience of Social Stigma by People with Schizophrenia in Hong Kong», *British Journal of Psychiatry*, vol. 186, n° 2, p. 153-157.
- Lipsey, M.W. et D.B. Wilson (1993). «The Efficacy of Psychological, Educational and Behavioral Treatment. Confirmation from Meta-Analysis», *American Psychologist*, vol. 48, n° 12, p. 1181-1209.
- Llabres, D. et al. (2005). «Halte à la médicalisation des psychologues: non à la normalisation de la souffrance», pétition.
- Maddux, J.E. (2002). «Le DSM et l'idéologie de la maladie», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 23, n° 3, p. 25-41.
- Makela, E.H. et R.K. Griffith (2003). «Enhancing Treatment of Bipolar Disorder Using the Patient's Belief System», *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 37, n° 4, p. 543-545.
- Mantell, E.O., S.O. Ortiz et P.M. Planthara (2004). «What Price Prescribing? A Commentary on the Effect of Prescription Authority on Psychological Practice», *Professional Psychology Research and Practice*, vol. 35, n° 2, p. 164-169.
- Meise, U., A. Grausgruber, H. Katschig et W. Schöny (2002). «Das Image der Psychopharmaka in der österreichischen Bevölkerung», *Neuropsychiatrie*, vol. 16 n° 1-2, p. 68-77.
- Miller, N.E. et K.M. Magruder (dir.) (1999). *Cost-Effectiveness of Psychotherapy*, New York, Oxford University Press.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). «The Phenomenon of Social Representations», dans R.M. Farr et S. Moscovici (dir.), *Social Representations*, Cambridge, University Press, p. 3-69.

- Moyer, D.M. (1995). «An Opposing View on Prescription Privileges for Psychologists», *Professional Psychology: Research and Practice*, n° 26, p. 586-590.
- Mundt, C. (1999). «Psychopathologie heute», dans C. Mundt et M. Spitzer (dir.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Berlin – Heidelberg, Springer, p. 3-44.
- Nussbaum, D. (2001). «Psychologists Should be Free to Pursue Prescription Privileges: A Reply to Walters», *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 42, n° 2, p. 126-130.
- O'Connor, K. et al. (2003). «Évaluation d'un programme d'aide au succès de sevrage des benzodiazépines», *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, p. 121-148.
- Organisation mondiale de la santé (2003a). *Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action*, Copenhague, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2003b). *Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Faktenblatt EURO/03/03*, Copenhague, Vienne, OMS.
- Ostman, M. et L. Kjellin (2002). «Stigma by Association: Psychological Factors in Relatives of People with Mental Illness», *British Journal of Psychiatry*, vol. 181, n° 6, p. 494-498.
- Otto, M.W., J.A.J. Smits et H.E. Reese (2005). «Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for Mood and Anxiety Disorders in Adults: Review and Analysis», *Clinical Psychology*, vol. 12, n° 1, p. 72-86.
- Pamplona, S., P. Bollini, G. Gibaldi, B. Kupelnick et C. Munizza (2004). «Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression», *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, p. 714-719.
- Pérodeau, G. (2004). «Médicalisation des transitions de vie: qui décide et pourquoi?», *Psychologie Québec*, mai, p. 30-34.
- Piguet, V. (2000). «Prescription médicamenteuse: les attentes des patients», *Médecine et Hygiène*, vol. 2296, p. 814-817.
- Poirier, M. (2003). «La psychologie est efficace et rentable; des recherches et des analyses le confirment», *Psychologie Québec*, septembre, p. 12-16.
- Poser, W. (2001). «Interaktionen zwischen Pharmakotherapien und Psychotherapien bei Depressionen», *Psychotherapie im Dialog*, vol. 2, p. 470-475.
- Prilleltensky, I. et G. Nelson (2002). *Doing Psychology Critically. Making a Difference in Diverse Settings*, New York, Palgrave MacMillan.
- Prochaska, J.O. et C.C. DiClemente (dir.) (1992). *Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors*, Newbury Park, Sage.
- Robinson, L.A., J.S. Berman et R.A. Neimeyer (1990). «Psychotherapy for the Treatment of Depression: A Comprehensive Review of Controlled Outcomes Research», *Psychological Bulletin*, vol. 108, p. 30-49.
- Rodriguez, L. et al. (2003). «Ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique», *Équilibre-en-Tête*, Association canadienne de santé mentale.
- Rodriguez, L., E. Corin et M.-L. Poiriel (2001). «Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voie ignorée», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, p. 201-223.
- Rogers, A. et D. Pilgrim (1993). «Service User's Views of Psychiatric Treatments», *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, p. 613-631.

- Rogers, A., J.C. Day, B. Williams, F. Randall, P. Wood, D. Healey et R.P. Bentall (1998). «The Meaning and Management of Neuroleptic Medication: A Study of Patients with a Diagnosis of Schizophrenia», *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 9, p. 1313-1323.
- Rosenstock, I.M. (1974). «Historical Origins of the Health Belief Model», *Health Education Monographs*, vol. 2, p. 328-335.
- Rush, A.J. (1999). «Psychotherapy for Major Mood Disorders», dans N.E. Miller et K.M. Magruder (dir.), *Cost-Effectiveness of Psychotherapy*, New York, Oxford University Press, p. 211-223.
- Rutter, D. et L. Quine (dir.) (2002). *Changing Health Behaviour*, Buckingham, Open University Press.
- Sajatovic, M., M. Davies et D.R. Hrouda (2004). «Enhancement of Treatment Adherence Among Patients with Bipolar Disorder», *Psychiatric Services*, vol. 55, p. 264-269.
- Sammons, M.T. et N.B. Schmidt (2001). *Combined Treatments for Mental Disorders: A Guide to Psychological and Pharmacological Interventions*, Washington, D.C., American Psychological Association.
- Schatzberg, A.F., J. Rush, B.A. Arnow, P.L.C. Banks *et al.* (2005). «Chronic Depression: Medication (Nefazodone) or Psychotherapy (CBASP) Is Effective When the Other Is Not», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 5, p. 513-520.
- Schulberg, H.C., P.J. Raue et B.L. Rollman (2002). «The Effectiveness of Psychotherapy in Treating Depressive Disorders in Primary Care Practice: Clinical and Cost Perspectives», *General Hospital Psychiatry*, vol. 24, n° 4, p. 203-212.
- Taylor, M.A. (2000). «Medication Treatment Versus Cognitive Behavior Therapy», *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, p. 1025.
- Thoër-Fabre, C. (2005) *Ménopause et hormonothérapie, expériences et représentations de femmes baby-boomers*, Montréal, Université du Québec à Montréal. Thèse, exigence partielle du doctorat en sociologie.
- Tucker, G.J. (2003). «Aspects of Treatment: Combined Treatments for Mental Disorders: A Guide to Psychological and Pharmacological Interventions», *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, p. 202-203.
- Tulkin, S.R. et W. Stock (2004). «A Model for Predoctoral Psychopharmacology Training: Shaping a New Frontier in Clinical Psychology», *Professional Psychology Research and Practice*, vol. 35, n° 2, p. 151-157.
- Vermeire, E., H. Hearnshaw, P. Van Royen et J. Denekens (2001). «Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. A Comprehensive Review», *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 26, n° 5, p. 331-342.
- Vincent, C. (2005). «Psychothérapies, le défi de l'évaluation», *Le Monde*, 9 mars.
- Walters, G.D. (2001). «A Meta-Analysis of Opinion Data on the Prescription Privilege Debate», *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, vol. 42, n° 2, p. 119-125.
- Williams R.N. (2001). «The Biologization of Psychotherapy», dans B.D. Slife, R.N. Williams et S.H. Barlow. (dir.), *Critical Issues in Psychotherapy*, Thousand Oaks, Sage, p. 51-67.
- Wolter-Henseler, D.K. (1999). «Benzodiazepine: Verordnung, Einnahme, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter», *Zeitschrift für Gerontopsychologie & psychiatrie*, vol. 12, n° 2, p. 115-128.

Zimmerman, M.A. et L.A. Wienckowski (1991). «Revisiting Healthy and Mental Linkages : A Policy whose Time has Come... Again», *Journal of Health Policy*, vol. 12, p. 510-524.

LE DOPAGE SPORTIF

Quelle place dans l'univers du médicament¹ ?

Luc GUERRESCHI

Philippe TREMBLAY

Catherine GARNIER

Lorsque l'on s'intéresse aux travaux réalisés sur le dopage sportif, deux faits marquants ressortent. D'une part, la prégnance des sciences médicales dans son étude ; d'autre part, l'absence d'un questionnement psychosociologique sur le vécu du dopage et sur son intégration dans l'univers plus large du médicament. Le dopage est assimilé à l'usage détourné d'un médicament, c'est-à-dire à son utilisation à des fins non thérapeutiques ou dépassant ses fonctions médicales de base. Mais le dopage sportif est-il seulement à considérer d'un point de vue médical ?

1. Ce texte a été rendu possible grâce au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments, dirigé par Catherine Garnier, directrice du Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO), et financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

Dans ses usages du médicament, le sport de haut niveau constitue un cas à part dans l'univers social qui connaît ses propres règles, ses interdits, ses pratiques et ses détournements. La situation y est plus complexe que dans l'univers social du fait des valeurs qu'il véhicule et des pratiques qui lui sont propres. Le dopage sportif est défini, réglementé, contrôlé de façon stricte et sévèrement réprimandé. Le dopage sportif est un cas unique de l'utilisation frauduleuse des médicaments puisque la substance elle-même n'a pas besoin d'avoir d'effet majeur sur l'organisme ou d'être dangereuse pour celui-ci pour être prohibée.

Nous avons ici l'ambition de délimiter le dopage sportif en le contextualisant et en l'intégrant à l'univers du médicament. Pour cela, il nous semble nécessaire de commencer par un bref aperçu des conditions sportives d'appréhension du dopage et de la loi qui le régle pour ensuite le situer au regard de la littérature scientifique. Après cette approche générale du phénomène suivra l'étude psychosociologique de données concrètes issues de l'étude des représentations sociales du dopage des athlètes de haut niveau. C'est ainsi que nous pourrions envisager une proposition théorique d'intégration du dopage sportif au sein d'une « chaîne du médicament » (Garnier, 2003).

1. QU'EST-CE QUE LE DOPAGE SPORTIF ?

Le dopage sportif est un phénomène difficile à appréhender dans la mesure où il touche un milieu où se côtoient, coexistent, se croisent, s'opposent ou s'interpellent deux univers différents : le monde social et le monde sportif, dont les enjeux du second sont souvent méconnus ou minimisés par le premier. On ne peut pourtant comprendre le dopage sportif sans une certaine connaissance du milieu sportif de haut niveau.

1.1. DES CONDITIONS SPORTIVES D'APPRÉHENSION DU DOPAGE

Un athlète de haut niveau est un individu qui pratique une discipline sportive avec talent, passion et sacrifice. Il supporte des charges d'entraînement quotidiennes qui le préparent à une performance. Son mode de vie est organisé autour de sa préparation physique et mentale en vue d'un seul objectif. Se met rapidement en place pour lui et malgré lui ce que nous avons appelé son *espérance de vie estimée d'athlète*², qui représente la combinaison de trois facteurs essentiels du vécu sportif marquant la « fin de vie d'athlète » : l'âge du sujet lié au type de discipline pratiquée, combiné aux échéances des grands championnats (Jeux olympiques tous les quatre ans, par exemple). L'athlète et son entourage connaissent ainsi le

2. L. Guerreschi, *Le vécu sportif du corps. Étude des représentations sociales du corps d'athlètes de haut niveau français et canadiens*, thèse de doctorat, 2004.

nombre d'années de pratique qui restent à vivre, le nombre éventuel d'occasions qu'il y aura de performer et de prouver sa valeur. La carrière d'un athlète est très courte, l'athlète le sait, alors qu'il ne sait pas et n'est pas nécessairement préparé à ce qui viendra après. L'arrêt du sport de haut niveau constitue pour lui une forme de fin de vie, la mort d'un moyen d'expression corporel.

Cette passion sportive, brève et intense, explique les enjeux liés au dopage. Le dopage peut permettre de donner à la performance un peu plus de soi, quelles qu'en soient les conséquences – puisque cette vie sera courte –, mais le dopage peut constituer à l'inverse la pire des contraintes, une mort sportive et médiatique prématurée. Une suspicion ou, pire, une condamnation pour dopage peut anéantir toute la vie d'un athlète. Imaginons une erreur de prescription médicale, un manque d'attention à la lecture détaillée de la notice d'information du médicament, un excès de confiance en l'équipe médicale ou encore la prise habituelle d'un médicament récemment classé dans la liste des produits interdits. Cela peut conduire à la ruine d'une carrière, à la remise en question des performances – actuelles et passées – de l'athlète, à son renvoi de l'équipe nationale, à la perte de ses sources de financements et de ses commanditaires, à l'étalage médiatique et à la nuisance définitive de sa réputation. Il n'y a pas de petits enjeux dans la pratique sportive de haut niveau.

Mais comment les régulations pourraient-elles tenir compte de ces facteurs ? Les définitions officielles du dopage (Comité international olympique, Agence mondiale antidopage) soulignent l'importance de deux points essentiels : la dangerosité et l'amélioration des performances.

Cette définition souligne l'importance de deux points essentiels : la dangerosité et l'amélioration des performances. Deux points qui laissent une grande marge à l'interprétation de la loi que vient réguler la liste de produits annexée, interdisant à peu près tout produit ayant un effet sur l'organisme.

La conséquence directe de cette forme de régulation est la transformation du statut du médicament chez la population sportive. Celui-ci devient la source d'enjeux considérables. Des craintes et des formes de pouvoirs lui sont simultanément associées. Le médicament marque de cette façon la frontière entre les mondes sociaux et sportifs en contribuant à la transformation du rapport au monde social des acteurs du monde sportif. Les effets de cette transformation n'ont guère été étudiés jusqu'ici, les approches scientifiques du dopage restant pour l'essentiel issues du domaine médical.

1.2. DES ÉTUDES SUR LE DOPAGE ESSENTIELLEMENT MÉDICALES

Dans l'étude du dopage, on retrouve une prévalence des sciences médicales sur les sciences humaines, comme si le dopage dépendait uniquement du corps et de ses performances. Si l'on compare deux bases de données, l'une reconnue par les

sciences médicales (base de données *Medline*), l'autre par les sciences humaines et sociales (base de données *Francis*), un déséquilibre apparaît. Patrick Mignon (2002) recense ainsi 369 articles sur le dopage dans *Medline* contre à peine un peu plus de 60 dans *Francis*. Les deux tiers des articles de *Medline* relèvent de disciplines médicales : médecine, biochimie, pharmacologie. Chaque fois, ce sont les effets de telle ou telle substance qui sont étudiés, ainsi que leur mode de détection. Dans *Francis*, un peu plus de 30 articles portent sur des thèmes sociologiques ; seulement 10 relèvent de l'épidémiologie, de l'ethnographie ou de la sociologie, les autres étant relativement disparates dans leur contenu qui s'avère aussi moralisateur que sociologique (Mignon, 2002).

Mignon (2002) traite cette littérature sur le dopage en cinq points. Le premier concerne une histoire du dopage, qui est à la fois une histoire des pratiques d'amélioration de la performance, une histoire des produits du sport, une histoire de l'organisation concrète du dopage et une histoire de ses formes de régulation. Le deuxième point porte sur une estimation de la prévalence du dopage qui fait ressortir l'insuffisance des études épidémiologiques et les problèmes de mesure d'une pratique illicite. Dans un troisième point, l'auteur met en relation dopage et processus de rationalisation du sport, inscrivant ainsi le dopage dans un mouvement plus général de médicalisation de la société. Un quatrième point fait le lien entre dopage et socialisation sportive, soulignant l'espace d'incertitude laissé par des valeurs sportives en tensions les unes avec les autres sinon opposées, auxquelles l'athlète se trouve confronté. Le cinquième point vise la régulation du dopage qui pose le problème de la limite entre les domaines sanitaire et sportif et des régulations aux échelles nationales et internationales.

Les sciences sociales – et en particulier la psychologie sociale – semblent peu présentes dans l'étude du dopage. Quant aux sciences médicales, le type d'approche privilégié est souvent celui-ci : étude des propriétés des produits, des effets attendus, des effets secondaires et des modes de détection. Si quelques éléments du débat sur la régulation apparaissent, ils restent minoritaires. Dans le domaine français, des auteurs sont devenus incontournables lorsqu'on s'intéresse au dopage. Les ouvrages d'Ehrenberg (1991), Laure (2004, 2000, 1995), Irlinger (2000, 1995), Mondenard (2004, 2000) et Siri (1999) permettent un cadrage conceptuel intéressant du phénomène.

Si Ehrenberg ne s'intéresse pas directement au phénomène sportif et au dopage, ses analyses sociologiques du devenir de l'individu contemporain sont centrales pour la compréhension à la fois des pratiques dopantes et des liens entre les univers sociaux et sportifs. Laure s'intéresse quant à lui aux détournements des médicaments et plus particulièrement au dopage sportif en multipliant les angles d'approche, d'abord médicaux puis sociologiques et historiques. Irlinger offre une analyse sociohistorique des fondements éthiques de la lutte contre le dopage. Avec son *Dictionnaire du dopage* (2004), de Mondenard offre un ouvrage

de référence sur les produits dopants, en associant aux aspects pharmacologiques les effets sur la pratique sportive, les dangers de consommation, des extraits d'articles de presse traitant du produit ou de son utilisation et la réglementation en vigueur à son endroit. Enfin, Siri s'attaque à la question délicate et non résolue de la définition du dopage sportif.

Ces auteurs permettent donc de cerner les aspects pharmacologiques, médicaux, sociologiques, historiques et conceptuels du dopage sportif. Afin d'explorer un versant différent du dopage sportif, du point de vue de l'athlète lui-même, nous avons adopté une approche psychosociale du dopage. Dans un questionnaire sur les raisons d'un refus du dopage, les représentations sociales des athlètes de haut niveau ont été étudiées.

2. APPROCHE PSYCHOSOCIALE DU DOPAGE SPORTIF

En étudiant les représentations sociales du dopage, nous nous sommes particulièrement intéressés aux causes attribuées à cette pratique et aux explications données de son éventuel rejet par une population directement touchée par le phénomène. La théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961) et les travaux de base réalisés par Jodelet (1989) et Doise (1985) ont servi de cadre théorique et méthodologique à notre étude. Ces auteurs définissent les représentations sociales comme des systèmes de valeurs, de notions et de pratiques (Moscovici, 1961) reflétant l'ancrage des individus dans leur environnement physique et social (Garnier *et al.*, 2000). Nous considérerons ici la représentation sociale en tant que savoir naïf, naturel (Jodelet, 1982) et principe générateur de prise de position lié à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports (Doise, 1985).

Dans notre étude, une approche qualitative à partir d'entretiens semi-directifs a été privilégiée afin d'aborder une population difficile d'accès : les athlètes de haut niveau. Nous avons ainsi pu élaborer un lien de confiance et un échange avec les sujets, ce qui a permis par la suite d'analyser leurs stratégies discursives et d'opérer une analyse de contenu par unité de sens. Un échantillon de 70 athlètes de haut niveau dans diverses disciplines sportives individuelles et collectives en France et au Canada a été interrogé sur le thème du dopage. Sont retranscrits ici les résultats de l'analyse descriptive et interprétative ayant trait aux raisons explicatives de son refus.

2.1. LES RAISONS EXPLICATIVES D'UN REFUS DU DOPAGE

Le dopage est refusé par les sujets qui, pour ce faire, invoquent quatre types de raisons : une raison biologique, une raison morale, une raison médicale et une raison technique.

Pour justifier leur refus du dopage, **une raison biologique** est avancée par certains athlètes pour lesquels «*la génétique*» et «*le cerveau*» ne peuvent être concurrencés par le dopage. Celui-ci représente alors une forme de compensation de défaillances physiques : celui qui se dope le fait pour suppléer ses manques corporels ou ses défauts. Pour d'autres, le dopage fragilise le corps.

Dans tous les cas où la raison biologique est avancée, elle réduit finalement l'importance du phénomène. Comme c'est souvent le cas dans le dopage, un jugement de valeur sous-tend ce positionnement. Le sujet dopé joue le rôle du « mauvais » qui ne peut – et ne doit – jamais triompher des « bons » athlètes qui restent sains.

Une raison morale et éthique constitue la deuxième raison explicative d'un refus du dopage. «*Les valeurs*», «*l'éthique*», «*la conscience*» sont des termes récurrents dans cette catégorie. Ils sont utilisés pour appuyer le fait que le dopage est une transgression des règles sportives. Une morale sportive comme « philosophie de la vie » est avancée. Le sport est un affrontement dont le vainqueur doit être le meilleur et non un vulgaire tricheur.

L'éducation apportée par les parents et la famille est souvent désignée comme fondement de cette orientation et de ce respect des lois. «*C'est une question de morale*», déclare un athlète français. «*C'est de la triche et ce n'est pas honnête*», dit une Canadienne. «*C'est une question d'honnêteté par rapport à moi et par rapport aux autres*», ajoute une Française.

La motivation sportive reste celle d'une quête de soi et de ses limites³ et le dopage constitue une entrave à cette démarche. «*Je pense que si je dois y arriver, explique un sujet, j'y arriverai sans le dopage. Si je ne dois pas y arriver, eh ben je ferai autre chose !*»

La raison médicale est surtout une question de santé et de projet d'avenir. Les dangers du dopage, souvent révélés dans les médias, effraient les athlètes et constituent pour eux un frein évident. «*J'ai lu tellement d'articles aujourd'hui, déclare un Canadien, des gens qui crèvent [sic] à 40 ans parce qu'ils ont pris des stéroïdes. C'est pas intéressant. C'est pas quelque chose qui me motive. Moi, c'est sûr que j'ai un objectif à atteindre, je veux l'atteindre, mais je veux pas pogner [sic] un cancer parce que je voulais atteindre cet objectif-là. Je veux atteindre certains objectifs mais pas à tout prix. C'est bien beau de gagner des médailles, cinq ans après on se souvient plus de toi. Pourquoi le restant de ta vie tu serais malade et tu serais dans un hôpital ?*»

3. Ce que nous avons montré dans notre thèse de doctorat. *Ibidem*.

Le relativisme est de mise. Les sujets ouvrent les yeux et sortent de leur microcosme sportif pour analyser la situation. Se doper, c'est prendre le risque de mourir pour deux centièmes de secondes en moins, pour quatre centimètres en plus... *«Je veux bien être champion, avoue un athlète, mais s'il faut que ça mette ma vie en danger, non, j'arrête, j'en veux pas, je le ferai pas!»*

La raison technique est la quatrième et dernière raison d'un refus du dopage. Elle suppose que les caractéristiques de la discipline sont des facteurs pouvant invalider les effets de celui-ci. Le dopage est alors vécu comme « inutile ». *«Le côté technique est trop important dans ma discipline»,* souligne un athlète. Une Canadienne explique : *«Contrairement à un sport comme l'athlétisme, où du doping [sic] tu vois les effets proportionnellement à ta course, le judo ce n'est pas comme ça parce que le point de vue technique peut pas se gagner avec le doping [sic].»*

La vision du dopage est centrée sur l'augmentation des performances purement physiques. Les athlètes issus de disciplines collectives parlent du dopage des athlètes issus de disciplines individuelles. Quant aux athlètes issus de disciplines individuelles, ceux-là insistent sur les disciplines mesurées (temps, distance, poids, etc.) telles que l'athlétisme ou le cyclisme, en particulier. Dans leur propre discipline, l'importance des qualités non physiques est soulignée par les athlètes : *«la stratégie», «la précision», «le talent», «le mental»*. Se doper n'a alors plus d'intérêt et ne sert à rien. Pour une Française, le dopage *«n'a pas une très grosse influence dans le sens où notre sport mêle quand même pas mal de qualités, puisqu'il nous faut des qualités de vitesse mais, en même temps, il nous faut des qualités d'adresse, de précision, et donc, en fait, aucun mode de dopage ne va réussir à allier vitesse, sérénité et adresse. Et nous, on a besoin des trois.»*

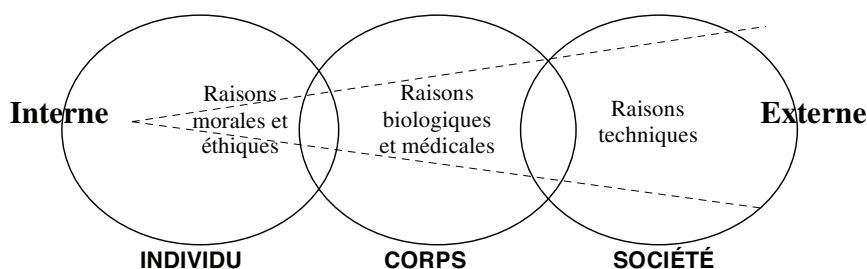
Finalement, dans les raisons explicatives d'un refus du dopage, on retrouve trois éléments de la représentation du dopage. Le développement physique pur est la caractéristique première du dopage. Les disciplines individuelles mesurées sont représentées comme les plus touchées par le phénomène. La réduction des efforts et de la souffrance est enfin l'effet le plus envisagé dans les représentations des athlètes. En d'autres termes, le dopage représente un procédé de substitution complète à l'athlète. Cette substitution étant jugée nécessairement incomplète, partielle ou dangereuse, le dopage est refusé par les sujets.

À un second niveau d'analyse, on s'aperçoit qu'une organisation interne à deux niveaux se dessine au sein de ces raisons explicatives d'un refus du dopage. La raison morale est de l'ordre de l'interne et touche l'individu dans son rapport au monde. À l'inverse, la raison technique est d'ordre social, elle est imposée à l'individu par le milieu sportif et donc externe à lui. Deux niveaux d'organisation émergent ici : un niveau interne-externe, un niveau individu-société.

Le biologique et le médical sont de l'ordre du corporel et se situent à la jonction des deux niveaux. Du point de vue de la catégorie interne-externe, ils constituent à la fois la limite entre l'interne et l'externe et leur point de jonction. Sous l'angle de la catégorie individu-société, ils représentent l'aire intermédiaire entre l'individu et son univers social, le lieu d'expérience qui établit le rapport individu société.

Figure 12.1

Émergence d'un rapport corps-individu-société dans une externalisation progressive des raisons explicatives d'un refus du dopage



À travers cette externalisation progressive des raisons explicatives d'un refus du dopage, se marque l'opposition individu-corps-société ou le passage de l'individuel au social par l'entremise ou la médiation du corps. À l'encontre des théories de l'attribution causale, le dopage favorise l'émergence de causes externes, les raisons techniques étant majoritaires dans le discours des sujets.

On peut d'abord se poser la question suivante : le dopage n'est-il pas avant tout un problème d'ordre social avant de toucher au corps et à l'individu ? On peut également se demander si, dans ce cas, un changement de statut représentationnel ne serait pas à l'œuvre dans le phénomène du dopage. En d'autres termes, le dopage ne serait-il pas en passe de devenir un simple objet technique par rapport auquel les valeurs morales auraient de moins en moins de poids et sur lequel seules encore quelques raisons médicales ou corporelles auraient un effet temporisateur ?

Les raisons explicatives d'un refus du dopage nous renseignent plus largement sur le statut d'une forme d'usage détourné du médicament dans laquelle interviennent quatre facteurs : le « biologique », le « moral », le « médical » et le « technique ». Afin de proposer un modèle d'intégration du dopage sportif dans

la chaîne du médicament, il nous a semblé nécessaire de le situer par rapport aux représentations du médicament et aux concepts d'usage, d'usage détourné, de mésusage et d'abus du médicament.

3. LE DOPAGE SPORTIF DANS LA CHAÎNE DU MÉDICAMENT

Dans leur ouvrage, Laure et Binsinger (2003) traitent le médicament comme un filtre de la réalité et proposent une approche de ses représentations sociales⁴ fondée sur trois éléments constitutifs de la représentation : le médicament comme moyen d'ajustement aux mutations sociales, comme objet de revendication et comme indicateur de comportement à risque.

Le troisième élément de la représentation sociale du médicament est celui qui correspond à notre objet. Le médicament peut représenter un indicateur de comportement à risque tel que le dopage. Le dopage est donc lié aux représentations du médicament mais on peut penser qu'il ne s'y réduit pas. En débordant la chaîne du médicament et en devenant une pratique à part entière, en quelque sorte détachée de son cadre médical d'origine, le dopage est devenu un objet à la fois dépendant du médicament dans la pratique et indépendant dans ses régulations. Les représentations sociales du dopage qui en résultent ne se réduisent donc pas à des représentations d'un type d'usage du médicament mais sont celles d'un nouveau système, d'une autre chaîne, qui, d'une part, témoigne d'une certaine pratique liée au médicament et, d'autre part, illustre une évolution, pour ne pas dire une dérive, de la chaîne du médicament.

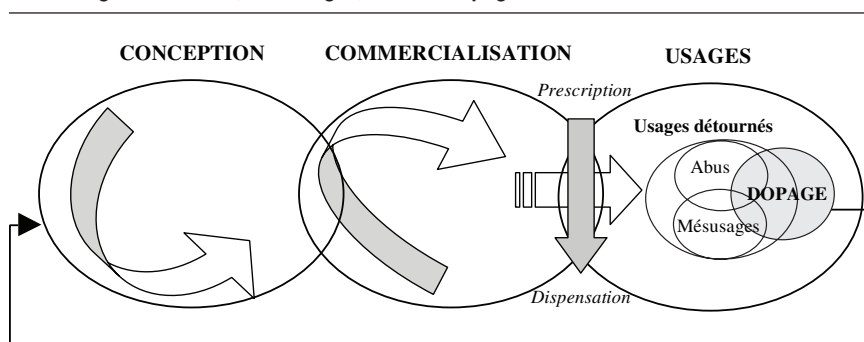
3.1. USAGE DÉTOURNÉ, MÉSUSAGE ET ABUS : OÙ SE SITUE LE DOPAGE ?

Dans la chaîne du médicament (Garnier, 2003), les usages détournés constituent l'élément ultime. Pas une fin en soi, puisque les usages ont nécessairement un « effet retour » sur la conception, la prescription et la commercialisation, mais une extrémité de la chaîne, celle qui touche le plus grand nombre et crée massivement des représentations. La conception, puis la commercialisation conduisent à la consommation dont les usages peuvent différer suivant la population concernée.

4. Aucune méthodologie ni donnée empirique n'est cependant proposée dans ce chapitre de leur ouvrage. Il semble qu'il s'agisse ici davantage d'une proposition théorique que des résultats d'une étude.

Figure 12.2

Usages détournés, mésusages, abus et dopage dans la chaîne du médicament



Source : À partir du schéma de Garnier, 2005.

L'usage du médicament, dans son utilisation « normale », dépend de deux éléments : la prescription et la dispensation. À chacun de ces éléments correspondent des acteurs et des pratiques bien définies et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Cet univers des usages du médicament inclut celui des usages détournés. Le médicament détourné, de façon intentionnelle ou non, débouche sur une nouvelle forme d'usage qui en modifie la nature, les effets, les représentations. Trois formes de détournement du médicament peuvent être distinguées : les mésusages, les abus et le dopage.

Les mésusages se définissent comme une utilisation du médicament non conforme aux recommandations des caractéristiques du produit définies par le code de la santé publique (Laure et Binsinger, 2003). L'abus du médicament est un terme essentiellement consacré aux substances psychoactives, dont l'utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, peut avoir des effets néfastes sur la santé (*ibid.*). Le dopage, enfin, participe aux usages détournés en les débordant. Il peut correspondre à un mésusage ou à un abus, mais peut également être consécutif à un simple usage ou à une nouvelle utilisation du médicament.

Le dopage correspond à un mésusage ou à un abus dans le sens où il utilise des produits détournés de leur utilisation médicale, parfois à des doses excessives, dans un but d'augmentation de performances. Mais il peut aussi représenter un simple usage dans la mesure où l'intention du sujet n'est pas engagée dans la prise du médicament, médicament devenu dopant par ses principes actifs et sa prescription médicale non conforme à la loi sportive. Le dopage peut enfin correspondre à une nouvelle utilisation du médicament en tant qu'« expérimentation *in vivo* » sur le sujet sportif dopé, révélant ainsi des « effets secondaires utiles » à la performance. Le dopage est donc une forme complexe d'usage détourné du

médicament. À lui seul, il induit une relance du mouvement perpétuel de la chaîne, certains produits étant aujourd'hui développés à des fins spécifiquement dopantes.

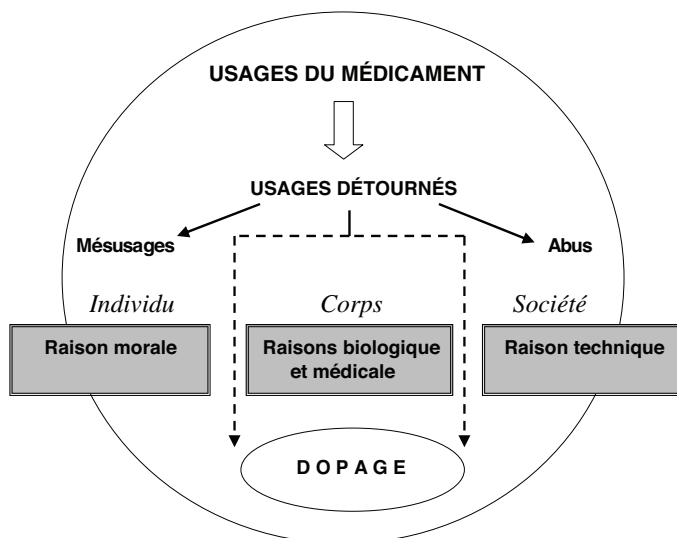
3.2. LE « BIOLOGIQUE », LA « MORALE », LE « MÉDICAL » ET LE « TECHNIQUE » DANS LES USAGES DU MÉDICAMENT

On peut s'interroger sur le rôle, ou la place, dans la sphère des usages du médicament, des raisons invoquées par les athlètes pour refuser le dopage. Si l'on avance des raisons pour éviter un type d'usage, on peut penser que celles-ci donnent un sens et une signification à ces usages. Le « biologique », la « morale », le « médical » et le « technique » correspondent aux facteurs invoqués pour un type particulier d'usage du médicament : le dopage. Ces facteurs symbolisent une frontière entre des pôles opposés d'utilisation d'une substance. Les raisons morale, technique, biologique et médicale représentent cette barrière qui évite ou limite le passage d'un mode d'usage à l'autre.

Rappelons que le dopage sportif est un cas particulier d'usage détourné du médicament, régi par une réglementation et des sanctions à part dans l'univers social. À la différence d'un mésusage ou d'un abus, lorsqu'il y a dopage dans le milieu sportif, c'est plus qu'un usage du médicament qui est transgressé, c'est

Figure 12.3

Des usages aux usages détournés : la barrière individu/corps/société



également un règlement et des valeurs, le sujet dopé devenant un « hors-la-loi » et un tricheur. À ce stade, que le dopage soit consenti ou accidentel n'a plus guère d'importance.

En tant qu'usage détourné du médicament, le dopage sportif rassemble des dimensions liées à l'individu, au corps et à la société. La raison morale peut être assimilée à la dimension du sujet, à l'individu dans son rapport à la transgression de la loi qui régule les usages. Les raisons biologique et médicale sont reliées à une forme de représentation du médicament dans ses effets envisagés sur le corps et dans sa dimension symbolique. La raison technique constitue quant à elle une caractéristique sociale du monde sportif s'opposant « par nature » à l'univers social.

De l'articulation de ces raisons objectivées émerge un système fragile d'évitement des dérives. Les questions actuelles, à la fois sur le plan médical et éthique, concernent les effets néfastes du dopage sur l'organisme et vont dans le même sens que les questions qui peuvent toucher par exemple aux OGM : si la dangerosité d'une substance ou d'un procédé n'est pas prouvée scientifiquement, pourquoi l'interdire ? Dans le cas du dopage, il semble pertinent de se demander ce que deviendraient les raisons morale, biologique et technique si venaient à s'effacer les raisons médicales ?

Le dopage sportif nous renseigne sur deux éléments de la dynamique du médicament. D'une part, il convoque le rapport individu/corps/société dans ce type particulier d'usage détourné. D'autre part, il met en évidence deux effets psychosociaux sur la relation du sujet sportif au médicament : un effet immédiat, qu'est la construction et l'intégration d'un système représentationnel basé sur trois catégories de valeurs : morale, biologique et médicale et technique ; un effet retour, qui est la transformation du statut représentationnel du médicament pour la population des athlètes de haut niveau.

On peut dire que, dans le milieu sportif de haut niveau, le médicament est victime de ses représentations. Avant d'être considéré sous son angle médical, le médicament est le représentant des pratiques dopantes ; le dopage induit donc des représentations négatives du médicament dans la population sportive.

BIBLIOGRAPHIE

- Bouley, M., E. Viriot et D. Barach (2000). « Réflexions pratiques sur les médicaments détournés de leur usage », *Thérapie*, vol. 55, p. 295-301.
- Brohm, J.-M. (1976). *Sociologie politique du sport*, Paris, Éditions Delarge.
- Charpak, Y. et al. (1999). « Dépendance, cumul, abus et détournement de médicaments : connaissances et attitudes des médecins libéraux d'Île-de-France », *Épidémiologie et santé publique*, vol. 47, p. 239-247.

- Cohen, D. (1996). «Les “nouveaux” médicaments de l’esprit, marche avant vers le passé?», *Sociologie et Sociétés*, vol. 28, n° 2, p. 17-33.
- Doise, W. (1985). «Les représentations sociales : définition d’un concept». *Connexions*, vol. 45, p. 245-253.
- Doise, W. (1990). *Les représentations sociales*, dans R. Ghiglione, C. Bonnet et J.F. Richard (dir.), *Traité de psychologie cognitive 3*, Paris, Dunod, p. 111-174.
- Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, A. (1995). *L’individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d’être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Fontaine, A. et al. (2001) *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l’usage de drogues en France*, OFDT, Paris.
- Garnier, C. (1999). «La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale», dans M.-L. Rouquette et C. Garnier (dir.), *La genèse des représentations sociales*, Montréal, Éditions Nouvelles, p. 87-113.
- Garnier, C. et al. (2000). *Analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes*, Montréal, CIRADE.
- Garnier, C. (2003). «Chaîne du médicament : construction d’un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative», dans J.J. Lévy, H. Bilodeau, D. Maisonneuve, C. Garnier (dir.) *Enjeux sociaux de la santé*, Québec, Presses de l’Université du Québec, p. 215-228.
- Garnier, C. (2005). «La chaîne des médicaments : lancement du programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, par Catherine Garnier, mars 2004». *Les cahiers du GEIRSO*, vol. 1, n° 1, avril, <<http://geirso.uqam.ca/cahiers/>>.
- Guerreschi, L. (2004). *Le vécu sportif du corps. Étude des représentations sociales du corps d’athlètes de haut niveau français et canadiens*, Bordeaux, Montréal, Université Victor-Segalen Bordeaux 2, Université du Québec à Montréal. Thèse de doctorat.
- Guillon, N. et G. Nicolet (2000). *Le dopage*, Paris, Flammarion.
- Guttmann, A. (1978). *From Ritual to Record: The Nature of Modern Sport*, New York, Columbia University Press.
- Houlihan, B. (1999). *Dying to Win : Doping in Sport and the Development of Anti-doping Policy*, Europe, Council of Europe Publishing.
- Hugues, G.F. et al. (1999). «Abuse/Misuse of Non-Prescription Drugs», *Pharmacy World and Science*, vol. 6, p. 251-255.
- Irlinger, P. (2000). «Les fondements éthiques de la lutte contre le dopage», dans P. Laure (dir.), *Dopage et société*, Paris, Ellipses, p. 44-51.
- Jodelet, D. (1982). *Systèmes de représentation du corps et groupes sociaux*, Paris, EHESS.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- Jodelet, D., (dir.) (1989). *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- Laure, P. (1995). *Le dopage*, Paris, Presses universitaires de France.
- Laure, P. (1997). *Les gélules de la performance*, Paris, Ellipses.

- Laure, P. (2000). *Dopage et société*, Paris, Ellipses.
- Laure, P. (2004). *Les alchimistes de la performance. Histoire du dopage et des conduites dopantes*, Paris, Vuibert.
- Laure, P. et Binsinger, C. (2003). *Les médicaments détournés*, Paris, Masson.
- Le Noé, O. (2000). « Comment le dopage devint l'affaire des seuls sportifs », dans F. Siri (dir.), *La fièvre du dopage*, Paris, Éditions Autrement, p. 77-91.
- Louveau, C., P. Duret, P. Irlinger, A. Marcellini et M. Augustini (1995). *Dopage et performance sportive : analyse d'une pratique prohibée*, Paris, INSEP.
- Mignon, P. (2000). « Le sport, opium du peuple ? », dans F. Siri (dir.), *La fièvre du dopage*, Paris, Éditions Autrement, p. 65-73.
- Mignon, P. (2002). *Le dopage : état des lieux sociologiques*, Paris, Documents du CESAMES.
- Mondenard, J.-P. de (2000). *Dopage, l'imposture des performances, mensonges et vérités sur l'école de la triche*, Paris, Chiron.
- Mondenard (de), J.-P. (2004). *Dictionnaire du dopage*, Paris, Masson.
- Montgomery, H., R. Marshall et al. (1998). « Human Gene for Physical Performance », *Nature* vol. 393, p. 221-222.
- Morel, A. (dir.) (2000). *Prévenir les toxicomanies*, Paris, Dunod.
- Morgan, W.P. (1979). « Negative Addiction in Runners », *The Physician and Sports Medicine*, vol. 7, n° 2.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses universitaires de France.
- Peretti-Watel (2001). *Hypothèses sociologiques sur le risque sportif et les conduites de consommation à partir d'une étude clinique préliminaire*, <www.infosport.org>, consulté le 12 mai 2006.
- Queval, I. (2004). *S'accomplir ou se dépasser. Essai sur le sport contemporain*, Paris, Gallimard.
- Roques, B. (1999). *La dangerosité des drogues*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Siri, F. (dir.) (2000). *La fièvre du dopage. Du corps du sportif à l'âme du sport*, Paris, Éditions Autrement.
- Waser, A.-M. (2000). « De la règle du jeu au jeu avec la règle », dans F. Siri (dir.), *La fièvre du dopage*, Paris, Éditions Autrement, p. 187-198.

LA PHARMACOLOGISATION DE LA SEXUALITÉ

Le cas des dysfonctions érectiles

Joseph J. LÉVY
Michel GOULET
Louis-Robert FRIGAULT

Renée-Claude BADMAN
Mylène FERNET
Pascale POURRAIN

Dans toutes les sociétés, la sexualité est soumise à un ensemble de normes, d'interdits et d'injonctions qui participent à la régulation de son expression. Les relations sexuelles font ainsi l'objet de nombreuses règles délimitant l'expression du désir et du plaisir qui sont souvent associées à des considérations de pouvoir culturellement instituées. Inscrit dans des conceptions complexes de l'univers, du corps, de la maladie et du couple, l'érotisme peut s'avérer être un terrain d'inquiétudes, en particulier quand la fonction sexuelle, surtout masculine, est affectée. Ces situations atteignent la question de l'identité sexuelle et ébranlent les fondements du pouvoir masculin souvent associé aux fonctions phalliques. De fait, le traitement de l'impuissance, devenue, à la suite d'une reconceptualisation théorique, une dysfonction érectile dans le discours dominant contemporain, a fait l'objet de nombreuses pratiques et procédures associées à la magie, dans les sociétés plus traditionnelles, et aux interventions psychologiques et médicales dans les contextes plus modernes.

Dans le monde occidental contemporain, la quête d'une guérison des dysfonctions sexuelles a donné lieu au développement de thérapies multiples, d'interventions de plus en plus médicalisées, mais aussi, depuis quelques années, à des innovations pharmacologiques qui ont révolutionné leur traitement et redéfini les enjeux liés à la sexualité tant masculine que féminine. Ce processus de pharmacologisation, associé à la médicalisation de la sexualité et au renforcement d'une vision mécanique du corps (Potts *et al.*, 2004), s'inscrit dans une chaîne des médicaments qui tend à se complexifier, révélant les tensions qui traversent le champ thérapeutique contemporain où psychologues, sexologues et médecins, généralistes et spécialistes, se disputent une clientèle importante. La médecine, avec ses connaissances, de plus en plus poussées, des processus organiques et physiologiques vient s'arrimer à des intérêts industriels majeurs qui tendent de plus en plus à dominer le domaine des dysfonctions sexuelles en s'appuyant sur un ensemble de recherches fondamentales et cliniques. Nous tenterons, dans le cadre de ce chapitre, de dégager les principales étapes de cette évolution en l'inscrivant dans la chaîne des médicaments (Garnier, 2003) qui renvoie à un système de relations dynamiques entre des groupes d'acteurs sociaux (des chercheurs aux consommateurs) entretenant des relations complexes sur le plan des statuts, des pouvoirs et des savoirs dans nos sociétés.

1. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES ET LEURS TRAITEMENTS DANS LES CHAMPS MAGICO-RELIGIEUX ET PROTOMÉDICAL

Dans une perspective transculturelle (Lévy et Garnier, 2007), les différents traitements des dysfonctions sexuelles renvoient à des stratégies qui font appel à des conceptions qui s'inscrivent dans le champ magico-religieux ou protomédical et, une fois le diagnostic établi, à des rites de guérison, d'une part, et au recours à des remèdes fondés sur l'utilisation de produits animaux, végétaux ou minéraux, d'autre part. Ces deux approches ne sont pas toujours mutuellement exclusives, mais peuvent s'interpénétrer. Dans le premier cas de figure, les dysfonctions sexuelles relèvent de perturbations dans le champ magico-religieux (transgression d'interdits, formes d'envoûtement liées à des pratiques de sorcellerie, déséquilibres dans les énergies qui parcourent le corps, microcosme des forces cosmiques). Les procédures de traitement visent à dénouer ces influences malfaisantes par des rituels, des manipulations symboliques, de la part des tradipraticiens, qui permettent de donner un sens à ces événements et de rétablir les équilibres menacés. En combinaison avec les thérapies symboliques, il est possible de constater l'usage de produits considérés comme ayant des propriétés magiques ou protectrices comme c'est le cas avec les talismans ou la prescription de remèdes dont l'administration peut être variée. Ces remèdes font appel à des substances variées, surtout animales et végétales et, dans plusieurs cultures, elles se fondent sur le principe

de la ressemblance, une perspective qui se retrouve bien définie dans la doctrine des signatures formalisée au Moyen Âge. Ainsi, les végétaux ou les animaux qui, par leurs caractéristiques physiques ou sexuelles (forme ou texture), ressemblent aux organes sexuels et symbolisent la puissance sexuelle seront sélectionnés dans les pharmacopées. Ces homologues expliquent le choix de certains animaux à corne et de leurs glandes ou parties génitales censées restaurer la force sexuelle (bois de renne au Japon, cornes ou pénis séché du rhinocéros, dents ou pénis de tigre en Asie) ou d'autres mammifères. Plusieurs autres préparations à base animale sont considérées comme contribuant à une meilleure fonction sexuelle (mouche espagnole dont la cantharidine aurait des effets aphrodisiaques, peaux de crapauds contenant des bufadiénolides et de la bufoténine, fourmis noires séchées, poudre de lézard, ambre de baleine ou ses nageoires, fruits de mer, etc.).

Les végétaux constituent une catégorie privilégiée sur la liste des aphrodisiaques présumés et l'on retrouve aussi présents quelquefois les principes de ressemblance. Les fruits (bananes, grenades, coings), les noix (pin, Ginko, bétel, noisettes, noix de muscade) auraient aussi des propriétés aphrodisiaques, tout comme de nombreuses épices (asafoetida, graines de cardamome, clous de girofle, ail, oignon et gingembre). Plusieurs boissons, surtout alcoolisées, sont aussi considérées comme ayant des propriétés aphrodisiaques (vin, absinthe, chartreuses et porto, écorce de bois bandé macéré dans le rhum dans la zone antillaise), tout comme des infusions d'écorces ou de feuilles de plantes locales (burada en Guyane, fugu rouge au Surinam, chuchuhuasi au Pérou et en Colombie, yohimbe, alcaloïde extrait de l'écorce du *pausinyntalia yohimbe* en Afrique, etc.).

Plusieurs de ces aphrodisiaques ont été repris plus formellement dans les médecines prémodernes qui ont ajouté à leur panoplie des remèdes plus élaborés dont la composition se retrouve formulée dans les traités médicaux, qu'ils soient grecs, juifs, arabes ou chinois. Ils continuent d'alimenter les traitements associés aux dysfonctions sexuelles dans les sociétés contemporaines, où l'on retrouve en vente libre un grand nombre de ces produits auxquels se sont ajoutés des produits dérivés et présentés sous une forme pharmacologique plus standardisée et vendus dans les pharmacies locales et sur Internet. Les drogues dérivant des plantes ou des produits de synthèse chimiques (marihuana, LSD, *poppers*, etc.) peuvent aussi servir d'adjuvant sexuel et contribuer à rétablir la fonction sexuelle ou l'amplifier. En parallèle, le recours à des approches de type magico-religieux continue de subsister dans les cultures où le pluralisme médical est de rigueur. C'est le cas, par exemple, des rituels que l'on retrouve dans les cultes afro-américains du Brésil, comme l'Umbanda (Frigault, 2006), où, aux méthodes modernes de traitement des problèmes sexuels, s'ajoutent des thérapies alternatives qui s'inscrivent dans les conceptions religieuses de la maladie. Ces thérapies reposent sur une conception du corps, entité à la fois spirituelle et matérielle, en constante relation avec des forces surnaturelles qui auraient un contrôle réel sur les différentes sphères de la vie d'un individu. À l'aide de certains procédés magiques et de la

consultation des dieux et des esprits, l'officiant peut aider un individu à surmonter certaines difficultés d'ordre sexuel. Les méthodes les plus couramment utilisées consistent dans l'administration de bains à base d'herbes et dans la réalisation de divers rituels, incluant des offrandes aux entités surnaturelles. Ils ont pour objectif de rétablir l'équilibre spirituel, source primordiale des problèmes. Ces rituels sont reconnus comme des méthodes efficaces contre l'impuissance chez les hommes, le manque de désir chez les femmes ou les problèmes de fertilité. Ces techniques thérapeutiques mettent en évidence l'étendue des conceptions de la sexualité et des divers moyens élaborés pour remédier aux dysfonctions ou aux défaillances sexuelles et s'éloignent des modèles scientifiques de type psychologique ou médical qui se retrouvent dans le champ thérapeutique contemporain.

2. LA MÉDICALISATION DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

C'est au cours du XIX^e siècle que la médecine a commencé à se pencher sur les fondements biomédicaux de l'impuissance masculine (Giami, 2000) avec les travaux de Mantegazza qui établit une première échelle (le dynamomètre sexuel) en 10 points allant d'une absence de désir associée à une absence d'érection jusqu'à la présence volontaire d'une réponse sexuelle complète. Stekel, quant à lui, dans les années 1920, proposa une perspective psychogène de l'impuissance, insistant sur les dimensions situationnelles et en particulier la présence d'un partenaire désirable. Mais c'est en 1961 que Kelly propose un certain nombre de critères plus précis pour définir l'impuissance (totale ou partielle, permanente ou temporaire) et ses causes (organique, fonctionnelle ou psychogène), insistant sur la finalité du coït. Comme le souligne Giami, avec ces deux auteurs,

l'impuissance ainsi définie ne porterait que sur l'incapacité à avoir des rapports sexuels et pas sur la capacité érectile en soi indépendamment de la destination des érections. [...] Le champ de l'impuissance commence en outre à être restreint au domaine de l'activité sexuelle et s'inscrit ainsi dans le processus d'autonomisation de la sphère de la sexualité par rapport aux autres domaines de la condition humaine (2000, p. 179).

Par la suite, Masters et Johnson (1970), au cours des années 1960, ont effectué des travaux sur les composantes de la réponse sexuelle masculine et féminine, développant des critères de distinction entre impuissance primaire (absence totale d'érection ou érection trop brève pour permettre l'acte sexuel) et secondaire (échec dans 25 % des tentatives de coït). Depuis, la question de la définition et du statut des dysfonctions sexuelles s'est institutionnalisée dans le champ de la médecine et de la psychiatrie. Toujours selon Giami (2000), la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) regroupe les dysfonctions sexuelles en deux catégories : l'impuissance d'origine organique, d'une part, et l'impuissance psychogène, d'autre part, la

plaçant dans la même catégorie que les troubles de la réponse sexuelle de la femme. Quant à la Classification du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association (DSM-IV), elle range les troubles de l'érection dans les «troubles de l'excitation», mais elle tient compte dans le diagnostic de la souffrance et des troubles relationnels, du critère d'apparition (permanent ou acquis), de l'étendue du trouble (généralisé ou contextualisé), des facteurs intervenants (psychologiques ou multiples). De nombreux travaux ont par la suite dégagé les facteurs intervenant dans le déclenchement des dysfonctions érectiles, d'origine plus psychogène : niveaux de stress, anxiété générale ou de performance, conflits relationnels, dépression, faible estime de soi (Seidman, 2002 ; Willke *et al.*, 1997 ; *NIH Consensus Development Panel on Impotence*, 1993 ; Feldman *et al.*, 1994), en particulier chez les jeunes, alors que chez les personnes plus âgées, les déterminants organiques sont plus probables et mis en évidence au plan médical. La dysfonction érectile a aussi été associée à certains problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires et certaines maladies chroniques neurologiques, rénales ou certaines maladies pulmonaires obstructives. D'autres maladies affectant le système endocrinien ont aussi été reconnues comme responsable des troubles érectiles (exemple : hypothyroïdisme, hyperthyroïdisme, hypogonadisme).

La mise en place de traitements efficaces des dysfonctions sexuelles masculines est devenue l'une des préoccupations centrales de la chaîne des intervenants dans le domaine de la santé sexuelle et ceux-ci se sont ancrés dans des modèles théoriques variés. Ainsi, jusque dans les années 1960, le modèle psychanalytique a dominé (Béjin, 1982) pour être concurrencé par la suite par les modèles de thérapie comportementale développée par Masters et Johnson, centrée sur la réduction de l'anxiété et la désensibilisation systématique. Singer-Kaplan (1974) préconisait, quant à elle, un modèle éclectique s'appuyant sur des modèles théoriques : behavioral, systémique et psychodynamique. Considérant que les dysfonctions sexuelles étaient attribuables à des facteurs étiologiques multiples, elle privilégiait des stratégies d'intervention multiples. À ces perspectives thérapeutiques axées sur les dysfonctions psychogènes se sont ajoutées des interventions thérapeutiques plus biomédicales. Une panoplie de moyens a ainsi été proposée, incluant des approches chirurgicales ou mécaniques ainsi que l'utilisation de prothèses internes posées chirurgicalement ou externes (Katzenstein, 2001). Au plan chirurgical, les stratégies consistent à favoriser une amélioration de la vascularisation artérielle ou veineuse selon le cas. Les autres traitements nécessitant une chirurgie incluent les prothèses péniennes qui consistent à introduire une tige semi-rigide ou gonflable dans les corps caverneux du pénis. Cette procédure, qui modifie l'apparence génitale, peut entraîner des effets secondaires importants (problèmes mécaniques, déplacement de la prothèse, infections et tissus cicatriciels) qui peuvent exiger des opérations subséquentes.

Les prothèses externes, quant à elles, sont offertes en plusieurs modèles. Un manchon servant au soutien pénien peut ainsi être employé pour faciliter la pénétration sexuelle. Les pompes à vide, fonctionnant manuellement ou sur batterie, constituent des moyens alternatifs de traiter la dysfonction érectile sans passer par une opération chirurgicale. Le pénis est placé dans le tube de l'appareil à vide et un élastique est glissé à sa base, puis l'air est évacué selon des modalités variables, créant une pression négative qui aspire le sang, entraînant un afflux sanguin dans le corps caverneux et, corollairement, une érection. Si les résultats sont souvent jugés satisfaisants, d'autres utilisateurs sont plus ambivalents, critiquant l'intrusion de l'appareil dans le déroulement de la relation sexuelle, les caractéristiques de l'érection obtenue et les difficultés d'éjaculation qui sont associées. L'évaluation de ces traitements montre qu'ils ont eu des effets psychosociaux plus ou moins prononcés et contradictoires. Si certaines études ont observé une amélioration de la fonction sexuelle et de la santé mentale (voir par exemple, Willke *et al.*, 1997), d'autres, par contre, ont relevé des effets significatifs sur la fonction sexuelle, mais non sur la qualité de vie ou la santé mentale (Willke *et al.*, 1997 ; Althof *et al.*, 1991 ; Turner, 1990), ou une absence d'amélioration de la qualité de vie ou de la satisfaction sexuelle (Perez *et al.*, 1997).

3. LA PHARMACOLOGISATION DES DYSFONCTIONS ÉRECTILES

Les développements dans la recherche médicale sur la sexualité ont par ailleurs permis de mieux comprendre les circuits neurologiques et les substances biochimiques qui sous-tendent la réponse sexuelle. Ainsi, dans le cas d'une érection psychogène, les influx nerveux passent du cerveau à la moelle épinière pour atteindre la région génitale par le sacrum et ces signaux provoquent le relâchement de substances (par exemple, oxyde nitrique et prostaglandines) dans le sang qui viennent relaxer les muscles lisses dans le corps caverneux et provoquer l'érection. Les blocages dans la transmission de cet influx (liés à des blessures médullaires, l'ablation de la prostate, la sclérose en plaques, des neuropathies liées au diabète ou à l'alcoolisme, etc.) contribuent à l'occurrence de dysfonctions érectiles, tout comme les modulations dans les niveaux hormonaux. Un deuxième mécanisme neurologique réflexogène est aussi possible pour produire une érection. Dans cette situation, des stimulations tactiles, par exemple, peuvent provoquer un influx qui voyagera en boucle au niveau de la moelle épinière. La compréhension des médiateurs chimiques qui véhiculent l'influx nerveux induit de façon psychogène ou réflexogène constitue donc un objectif central dans le projet biomédical.

Au plan endocrinien, la baisse de testostérone liée à l'âge est associée à une réduction de l'intérêt sexuel et au dysfonctionnement érectile. Cette condition peut être provoquée par un niveau trop élevé de prolactine, un antagoniste de la testostérone, à la suite de l'usage de certains médicaments ou à la présence de

problèmes hépatiques ou de tumeurs pituitaires. Les effets secondaires des hypertenseurs, les antihistaminiques et les antidépresseurs, les sédatifs et les anxiolytiques semblent aussi contribuer à ces problèmes, nécessitant de ce fait des ajustements dans les médicaments. Ces observations cliniques pointaient vers de nouvelles pistes de recherche plus pharmacologiques susceptibles de contribuer à la découverte de médicaments pour le traitement des dysfonctions érectiles masculines.

Dès la fin des années 1980 (Fineltain, 1998 ; Katzenstein, 2001), plusieurs substances étaient ainsi brevetées par les compagnies pharmaceutiques et mises en marché pour le traitement des dysfonctions érectiles, comme la prostaglandine E-1 qui agit sur les structures musculaires lisses des corps caverneux et en provoque la tumescence. La phentolamine, un alpha-bloqueur, et des dérivés de plantes comme la papavérine, un vasodilatateur et la yohimbine, un agent bloqueur alpha-2-adrénérique accroissent le flot sanguin artériel. Isolément ou en combinaison, ces produits, mis en marché sous des noms différents selon les pays, étaient soit pris oralement, soit injectés dans le corps caverneux par le patient (au besoin), provoquant une érection (Ottensen *et al.*, 1984 ; Young *et al.*, 1994 ; Dinsmore *et al.*, 1999 ; Ehmke *et al.*, 1995 ; Andersson et Wagner, 1995). Plusieurs patients réagissaient négativement à ces traitements, considérant l'érection obtenue comme artificielle. Les injections, quant à elles, étaient souvent perçues comme une contrainte nécessitant pour le couple des adaptations importantes au plan des interactions sexuelles. Toutefois, l'implication de la partenaire au moment de la prise en charge médicale était liée à l'élargissement du registre de pratiques sexuelles (caresses, préliminaires, etc.) et à une plus grande capacité à intégrer l'injection dans les jeux sexuels (Goulet, Frigault et El Feki, 2003).

À la suite de l'observation d'effets indésirables graves, entre autres le priapisme, l'apparition d'indurations et de fibroses dans les corps caverneux, la papavérine et la phentolamine furent écartées au profit de la prostaglandine E-1, considérée comme plus efficace, malgré des douleurs rapportées. D'autres modes d'administration furent développés comme un applicateur contenant la prostaglandine et permettant l'insertion d'une dose de médicament dans l'urètre qui agit après quelques minutes. Mais, une fois encore, des effets secondaires, comme des douleurs et des sensations de chaleur dans les zones génitales, furent rapportés. La testostérone, comme thérapie de remplacement pour traiter les dysfonctions érectiles consécutives au diabète, a aussi été proposée par voie orale, mais aussi par injection intramusculaire quand des désordres hypogonadiques ou une hyperprolactinémie sont aussi présents. D'autres substances pharmacologiques ont aussi été testées, telles que la déhydroépiandrosterone (DHEA) sans trop de succès, ou le chlorhydrate d'apomorphine, sous la forme de comprimés sublinguaux. Ces substances agissent sur l'hypothalamus où ils stimulent des récepteurs nerveux associés à l'érection. Malgré une réduction significative des dysfonctions, des effets indésirables ont été rapportés chez plus de 5 % des patients. Si certains sont

plutôt légers (entre autres, des nausées), des syncopes ont été aussi constatées, mais sans conséquence graves. D'autres médicaments, sous forme orale, mais à l'efficacité douteuse, ont aussi été proposés, comme le *Trazadone*, un anti-dépresseur, qui peut provoquer du priapisme chez certains patients, le *Levodopa*, un médicament contre la maladie de Parkinson, le *Limaprost*, un dérivé de la prostaglandine E-1, la *Naltrexone*, un antagoniste morphinique qui augmente les érections matinales. Des compagnies ont aussi développé des traitements sous la forme de gels qui, une fois absorbés, facilitent l'érection. Ces différentes approches démontrent l'intérêt des industries pharmaceutiques dans la recherche et la mise en marché des médicaments pour le traitement des dysfonctions érectiles. Ces stratégies pharmacologiques seront profondément remises en question à la suite de la mise en marché du citrate de sildénafil, mieux connu sous le nom de *Viagra*.

4. LA RÉVOLUTION VIAGRA

Ce médicament a radicalement transformé le traitement des dysfonctions érectiles et la place de la sexualité dans le champ socioculturel. Comme dans le cas de bien d'autres découvertes, celle des propriétés érectiles du sildénafil a été découverte par hasard. Comme le décrit Kling (1998), dans un article sur l'histoire du *Viagra*, la molécule de départ, le composé UK-92480, n'était pas destinée au traitement des dysfonctions érectiles. Développée en 1989 en Angleterre par la compagnie Pfizer, les chercheurs étaient en quête de composés susceptibles de traiter l'angine de poitrine. Ce composé fut sélectionné, car il atteignait les objectifs poursuivis lors de l'expérimentation préclinique, à savoir inhiber la PDE5. Ce sous-type de phosphodiesterases intervient sur les niveaux de monophosphate de guanosine (cGMP) en favorisant la désactivation des plaquettes sanguines, d'où son intérêt dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire. Bien que les résultats fussent encourageants sur le plan de l'innocuité auprès des sujets sains, les essais de pharmacodynamique étaient plutôt décevants. Néanmoins, un effet secondaire attira l'attention des chercheurs, l'occurrence d'érections, à dose élevée, qui survenaient après quelques jours de traitements. Aussi, au lieu d'abandonner le produit, les objectifs de la recherche furent réorientés vers le traitement de la dysfonction érectile. Les travaux menés alors par d'autres chercheurs sur l'oxyde nitrique, un radical libre gazeux, montraient qu'il agissait comme messenger intercellulaire et provoquait plusieurs effets physiologiques (en particulier la vasodilatation et l'augmentation de l'érection), activant lui aussi la production de guanosine monophosphate cyclique (GMPc). Ces convergences permirent de mettre au point le modèle de causalité intervenant dans la dysfonction érectile. Celle-ci proviendrait d'une émission d'oxyde nitrique déficiente des nerfs péniens, inhibant la production de guanosine monophosphate cyclique (GMPc) et corollairement la relaxation des muscles vasculaires péniens nécessaire à la dilatation

des vaisseaux sanguins et donc la tumescence. En inhibant la PDE5, la concentration de guanosine monophosphate cyclique (GMPc) augmenterait et favoriserait la réponse érectile.

Dans la poursuite de ces travaux de recherche, la compagnie Pfizer se trouvait aussi confrontée aux contraintes entourant les essais cliniques incluant une dimension sexuelle, à l'absence de critères de diagnostic et à l'évaluation de l'efficacité. L'ampleur du marché était difficile à cerner. Il était évalué à 5 % des hommes âgés de plus de 40 ans, une estimation plutôt conservatrice. Néanmoins, malgré ces enjeux, une étude pilote, menée en 1994, auprès d'hommes souffrant de dysfonction érectile démontra l'amélioration de la condition après une seule dose. Présentés à un congrès d'urologie, ces premiers résultats furent accueillis avec un intérêt qui s'amplifia par la suite. D'autres essais cliniques mirent en évidence certaines des caractéristiques des mécanismes d'action sur les dysfonctions sexuelles, en particulier le fait que le sildénafil ne fonctionnait qu'en présence d'une stimulation sexuelle, ce qui n'était pas sans poser un problème éthique : comment tester un médicament dans ces conditions ? La stratégie retenue fut de privilégier un contexte naturel en employant la méthodologie du journal, celui du patient ou de sa partenaire pour noter les informations entourant la prise du sildénafil, son efficacité et ses effets. Les essais cliniques menés en double aveugle, en 1994-1998, dans plusieurs pays (Grande-Bretagne, France, Suède, Norvège, Canada) démontrèrent l'efficacité élevée de la molécule : 88 % des patients rapportèrent des effets positifs marqués (érections, orgasmes, augmentation du désir sexuel) contre 39 % de ceux sous placebo, et ce, à une dose de 50 milligrammes. Par la suite, une autre étude démontra à la fois l'amélioration de la condition érectile et la motivation élevée à poursuivre le traitement de la part des patients. L'approbation de la FDA aux États-Unis fut obtenue en mars 1998 et le sildénafil fut breveté sous le nom commercial de *Viagra*. Certains observateurs ont proposé que ce nom serait apparenté au mot sanscrit *VyCghra* – signifiant tigre – et il rimerait avec Niagara, dont les chutes impressionnantes fournissaient une analogie avec la force de l'érection et de l'éjaculation. Cette appellation serait aussi associée à la vigueur et à la virilité, deux mots dont la première syllabe est identique à celle que l'on retrouve dans *Viagra*.

L'efficacité du *Viagra* fut aussi rapportée chez des patients souffrant du diabète, ayant subi une prostatectomie, des blessures médullaires ou confrontés à des difficultés psychologiques ou médicales qui affectent les fonctions sexuelles, et il réduirait par ailleurs l'éjaculation précoce. Son usage était contre-indiqué lorsque des médicaments nitrés étaient prescrits ou en présence de troubles de la rétine ou de maladies héréditaires dégénératives, de facteurs de risque cardiovasculaires, de problèmes hépatiques et rénaux sévères ou d'une hypotension importante. Par ailleurs, plusieurs effets secondaires furent rapportés avec, par ordre d'importance, des céphalées (16 %), des bouffées de chaleur (10 %), des indigestions (7 %), alors que d'autres effets secondaires (congestion nasale,

infections urinaires, troubles visuels, diarrhée, vertiges, éruptions cutanées) se situaient entre 2 et 3 %. Le priapisme, l'hypotension, des arythmies, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et une pression intraoculaire pouvaient aussi survenir et en 2005, la FDA rapportait que le sildénafil pouvait être associé à des problèmes de vision et même à une neuropathie optique ischémique nonartéritique (NAION). Cependant, malgré ces effets, les autorités médicales s'accordent pour affirmer l'innocuité du *Viagra* s'il est prescrit par un médecin.

Son efficacité, de même que la facilité de sa prise orale expliquent le succès international du *Viagra*. Son incidence est comparée à celle de la pilule contraceptive mise en marché il y a trente-cinq ans, laissant présager une nouvelle révolution sexuelle (Butler, 1998 ; McDowell *et al.*, 2001). Dès le premier trimestre de sa mise en marché, 2,9 millions de prescriptions furent délivrées aux États-Unis et les ventes de ce médicament, qui semblait en voie de devenir le plus célèbre depuis la pénicilline (Mintz, 2000), atteignirent plus d'un milliard de dollars entre 1999 et 2001. Au Canada, un mois après sa mise en marché en 1999, près de 21 000 ordonnances de *Viagra* furent délivrées, dont près de 3 000 au Québec, et ce chiffre atteignit le million en 2000.

Devant ces développements, les autres compagnies pharmaceutiques ne furent pas en reste et de nouveaux médicaments vinrent concurrencer le *Viagra*. Le vardenafil (*Levitra*) mis en marché par Bayer AG et GlaxoSmithKline, en 1993, et le Tadalafil (*Cialis*) de la compagnie Eli Lilly et Icos Corporation, en 1994, fonctionnent selon les mêmes principes. L'usage du *Cialis* provoquerait des effets indésirables minimes et peu fréquents, même si une consommation d'alcool est prise concomitamment. De plus, il présenterait l'avantage d'agir plus rapidement que le *Viagra*, seize minutes, tout comme le *Levitra*. Par ailleurs, un nouveau traitement, la phentolamine (*Vasomax*), d'abord utilisé par injection intracaverneuse, est aujourd'hui disponible sous forme de comprimés. Ce médicament faciliterait l'érection mais semble moins efficace que le *Viagra*. Cependant, il présente un certain avantage puisqu'il peut être pris en même temps que des substances nitrées contre les problèmes cardiaques.

5. LE VIAGRA ET AUTRES MÉDICAMENTS : ENJEUX DE MARKETING

Si, pendant cinq ans, le *Viagra* a bénéficié d'une situation de monopole sur le marché, depuis l'arrivée de ses deux compétiteurs *Levitra* et *Cialis*, les compagnies se livrent une véritable guerre à coup de budgets publicitaires énormes. En effet, selon TNS Media Intelligence (Kiley, 2005), en 2004, 37 % des revenus des ventes des trois compagnies ont été consacrés à la publicité. Pour le moment, le *Viagra* domine nettement avec des parts de marché de 70 %, contre 19 % pour *Cialis* et 11 % pour *Levitra*. Cette concurrence a entraîné la baisse des ventes du *Viagra*,

qui ont diminué de 11 % en 2004, atteignant 1,7 milliard, soit la moitié moins que la valeur totale projetée par Wall Street (Kiley, 2005). Pfizer explore de nouveaux moyens pour augmenter sa part de marché, montrant une certaine agressivité dans ses campagnes promotionnelles par l'instauration d'une carte de fidélité permettant d'obtenir des comprimés gratuits, par la création de sites Web et de forums de discussion ou par d'autres stratégies de publicité directe destinée à la population. L'importance de ces campagnes de publicité est confirmée par une recherche menée aux États-Unis, qui montrait que 89 % des acheteurs de *Viagra* se souvenaient avoir vu une publicité sur ce médicament (Krisanits, 2003). Une autre étude menée en Allemagne (Braun *et al.*, 2001) indiquait que l'annonce de l'approbation du *Viagra* aux États-Unis avait provoqué une augmentation significative des contacts entre patients et médecins, urologues et généralistes/internistes, en vue d'un traitement de la dysfonction érectile. Néanmoins, comme le relève Stephens (2004), même si chaque compagnie pharmaceutique tente de développer une publicité gagnante, le thème de la dysfonction érectile reste plutôt impopulaire. Les thèmes privilégiés dans les publicités des traitements médicaux des dysfonctions érectiles (par exemple, sport de compétition, partage d'un secret, complicité de la partenaire, contexte romantique préparant à la relation sexuelle) sont généralement peu appréciés par la population générale. Ces campagnes, selon Stephens (2004), mettent en évidence, en dernière instance « *the discomfort, shame, embarrassment, and fear that surround sex in general, and the lack of any compassionate, humane, truthful discourse on sexual dysfunctions in our culture* ». Cependant, la multiplication des forums de discussion sur Internet portant sur les dysfonctions sexuelles et les traitements, le partage des expériences des utilisateurs et l'édition de livres sur ce sujet, autorisent à penser que cette question n'est plus limitée à la sphère de l'intime et qu'elle s'insère dans la recomposition des champs publics et privés que connaît le monde contemporain (Lévy, 2005).

Il faut noter par ailleurs que les règles régissant la publicité des médicaments et les tactiques de communication varient d'un pays à l'autre. Actuellement, seuls les États-Unis et la Nouvelle-Zélande autorisent la publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance, mais des pressions politiques visant à donner à la Food and Drug Administration (FDA) plus de pouvoirs en matière de réglementation de la publicité des médicaments d'ordonnance se font sentir. Pour contrer les critiques, la Pharmaceutical Research & Manufacturers of America a annoncé le 2 août 2005 les normes de conduite éthique qu'elle entend suivre. Parmi les mesures proposées, l'industrie est invitée, dans ses publicités, à cibler davantage la clientèle à laquelle le médicament est destiné. Ainsi, les messages promotionnels de médicaments contre les dysfonctions érectiles aux heures de grande écoute pourraient disparaître, notamment lors de manifestations sportives, comme les matchs de football par exemple, comme ce fut le cas dans le passé. Il est aussi proposé de présenter une image plus nuancée des médicaments, en particulier en fournissant une information concernant les risques et les

bénéfices. D'ailleurs, Pfizer, qui a dû revoir sa stratégie en matière de promotion après que la FDA lui eut ordonné, à l'automne 2004, l'arrêt de sa principale campagne pour le *Viagra* à la télévision américaine, a apporté quelques changements stratégiques en matière de promotion, et ce, en conformité avec les lignes de conduite édictées par l'association regroupant les organismes pharmaceutiques (Krauskopf, 2005).

Au Canada, la publicité sur les médicaments est théoriquement interdite. Toutefois, la population canadienne est exposée à la publicité américaine par les stations diffusant sur le câble. De plus, l'interdiction légale est relativement souple et les citoyens canadiens ont vu à la télévision des publicités pour le *Viagra*, où des hommes heureux reprennent en chœur *My way*, ou encore sautent de joie sur la musique du succès populaire de Queen, *We are the champions*. Selon Santé Canada, les compagnies pharmaceutiques peuvent mentionner le nom du médicament d'ordonnance à condition que ne soit pas évoquée la maladie, et vice-versa. Cette position de la part du ministère de la Santé, de même que la possibilité d'un assouplissement de la loi fédérale en matière de réglementation de la publicité directe de médicaments d'ordonnance auprès du grand public, inquiète plusieurs groupes de consommateurs, ainsi que des associations de professionnels de la santé (Mintzes et Baraldi, 2001).

Pour défendre leur position, les tenants de la publicité directe des médicaments d'ordonnance auprès du grand public invoquent le droit des consommateurs à obtenir une information leur permettant de faire des choix de santé éclairés. Pourtant, des études révèlent que les coûts de ce type de publicité pour le public et pour le système de santé sont plus importants que les bénéfices potentiels (Mintzes *et al.*, 2003 ; Morgan *et al.* 2003). Les publicités affecteraient ainsi significativement le choix des consommateurs exposés qui seraient plus enclins à requérir le médicament, voire à exercer une pression sur leur médecin pour l'obtenir. De plus, les preuves permettant de conclure que ce type de publicité améliorerait l'observance, permettrait un dépistage plus précoce des maladies ou préviendrait les hospitalisations sont absentes. Au contraire, il semblerait que la publicité aurait pour effet d'augmenter les coûts de santé, une préoccupation majeure au Canada (Mintzes *et al.*, 2003 ; Morgan *et al.* 2003). Toutefois, comme les compagnies pharmaceutiques cherchent de plus en plus à accroître leurs profits, tout en diminuant les risques financiers liés à la recherche et au développement (Parent, avril 2005), la publicité directe auprès des consommateurs risque de demeurer une stratégie non négligeable dans les prochaines années. Il faut noter cependant que les compagnies pharmaceutiques ont réduit leurs dépenses publicitaires lors des cinq premiers mois de 2005, comparativement à la même période de l'année précédente selon TNS Media Intelligence. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette réduction des investissements aux États-Unis comme le retrait du *Vioxx* à l'automne 2004, mais aussi les résultats décevants des campagnes publicitaires à la télévision (Barrett *et al.*, 2005). Pour le moment, il est difficile de se

prononcer sur l'incidence réelle de ces ajustements. Désormais, l'industrie pourrait investir plutôt dans les chaînes câblées, mais aussi dans les autres médias tels que la presse écrite, les revues et surtout Internet, pour diffuser une information plus exhaustive concernant les médicaments de prescription (Hensley, 2005 ; Barrett *et al.*, 2005). Internet, même s'il est un moyen de promotion important, demeure encore sous-utilisé par les compagnies pharmaceutiques. Selon TNS, l'industrie pharmaceutique aurait investi environ 56 millions de dollars américains en publicité sur le Net dans les cinq premiers mois de 2005, sans inclure les accords avec les responsables des moteurs de recherche pour assurer un emplacement préférentiel des sites promotionnels sur la Toile.

6. LES DYSFONCTIONS ÉRECTILES : ENJEUX ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Dans ce processus de médicalisation et de pharmacologisation des dysfonctions érectiles, l'importance de définir l'ampleur des troubles constitue un enjeu important et intervient sur le marketing et les publics cibles. Dans ce domaine, les épidémiologistes ont contribué de façon importante à ce débat, non sans certains biais. Comme l'a montré Giami (2000) à partir d'une perspective historique, l'augmentation des taux de prévalence des dysfonctions sexuelles dans les études menées après 1990 serait liée aux modes de définition des catégories utilisées et à l'absence d'instruments fiables et d'échantillons représentatifs. Ainsi, les enquêtes nationales réalisées en France, aux États-Unis et en Finlande montrent

[...] des différences d'estimation qui sont liées aux différences de formulation des questions, aux systèmes de classification adoptés et aux tranches d'âge interrogées [...] L'ensemble des estimations centrées sur la fréquence ou la gravité les plus élevées varient donc presque du simple au double selon les enquêtes (Giami, 2000, p.188).

Les enjeux épidémiologiques sont donc révélateurs des constructions sociales variées des dysfonctions, des orientations disciplinaires des chercheurs et d'intérêts professionnels qui viennent colorer l'évaluation de ces problèmes. Il n'est donc pas étonnant de constater l'absence de consensus.

7. LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ

Depuis la mise en marché du *Viagra*, un changement paradigmatique dans la conceptualisation et le traitement de la dysfonction érectile (McCarthy, 2001 ; Potts *et al.*, 2001) au plan biomédical peut être noté. Le *Viagra* facilitant l'érection chez la majorité des hommes, la prise en charge médicale de toutes les dysfonctions érectiles, indépendamment de leur étiologie, pourrait être privilégiée, et ce, dans une logique de rentabilité à la fois médicale et économique (Erbagci *et al.*,

2002; Goldstein *et al.*, 1993; Moreland *et al.*, 1998; Olsson *et al.*, 2000; Vitezic et Pelcic, 2002), alors que l'évaluation des difficultés personnelles ou relationnelles, qui pourraient orienter vers d'autres avenues thérapeutiques, serait négligée (Durandeau *et al.*, 1998). L'érection et ses dysfonctions sont considérées non plus en termes psychologiques ou relationnels, mais essentiellement comme un simple problème de vasocongestion (McCarthy, 1998; CCNE, 1999) traitable médicalement, permettant de retrouver une véritable « virilité » et la vigueur sexuelle de ses vingt ans, effaçant du même coup tout souci sexuel et améliorant ainsi sa satisfaction sexuelle et celle du couple (McCarthy, 1998; Potts *et al.* 2002). Comme le note Giami, l'impuissance masculine

[...] se voit donc progressivement détachée de l'ensemble de l'expérience psychologique et sociale de l'homme. Le processus est autonomisé par rapport aux autres éléments qui contribuent à l'activité sexuelle. Le couple hétérosexuel constitue le cadre d'exercice exclusif de l'activité sexuelle (Giami, 2000, p. 181).

Par ailleurs, la banalisation du traitement de la dysfonction érectile éveille des questionnements chez plusieurs chercheurs qui voient là un risque de dérapage où des individus sans trouble érectile pourraient utiliser le médicament à des fins plutôt récréatives (Nary, 1998; Potts *et al.*, 2001; Sherr *et al.*, 2000; Stipp et Whitaker, 1998; Aldridge et Measham, 1999). L'accessibilité du médicament, facilitée par le réseau Internet dans lequel il est possible de se le procurer aisément, contribuerait ainsi à contourner les régulations médicales et pharmaceutiques. D'après un sondage national effectué aux États-Unis auprès de 676 hommes pour le compte de Pfizer, 20 % des hommes de 35 ans et plus, consommateurs de médicaments pour traiter les dysfonctions sexuelles, s'approvisionneraient à partir d'Internet. Enfin, les deux tiers de ces consommateurs omettraient de vérifier la légitimité des sites avant d'acheter leurs médicaments (Krauskopf, 2004). Une étude allemande (Eysenbach, 1999) sur la prescription du *Viagra* sur Internet montre à ce sujet que bien que de nombreuses pharmacies aient refusé de délivrer le médicament devant le profil fictif présenté par le chercheur (une femme âgée présentant des problèmes médicaux significatifs), dans 30 % des cas, la prescription fut accordée, malgré la présence de contre-indications, alors que, dans 80 % des cas, l'évaluation de l'histoire médicale était incomplète et seulement dans deux cas la prescription fut revue par un médecin qui s'est identifié. Les coûts des médicaments étaient aussi deux fois supérieurs à ceux des pharmacies traditionnelles et, dans 20 % des cas, les médicaments ne furent pas délivrés. Les prescriptions illégales de ce médicament, en particulier sur Internet, ne sont pas sans soulever des questions quant à leurs effets sur la santé des personnes et la valeur des médicaments vendus à cause des contrefaçons. Ainsi, bon nombre des sites Web consacrés au *Viagra* utilisent cette appellation sans y être autorisés ou vendent des « versions génériques » illégales et non vérifiées du médicament (Krauskopf, 2004). Les pourriels (*spams*) représentent aussi un phénomène difficilement

gérable. Selon Commontouch, une firme californienne qui offre des services de filtrage de courriels, pour le premier semestre 2004, les médicaments représenteraient les produits les plus publicisés dans des pourriels avec environ 30 % des messages, dont 14 % pour le *Viagra* seulement (Condo, 2004). Impliqués dans la vente ou la promotion de médicaments faussement présentés comme des versions génériques du *Viagra*, ils ont fait l'objet de poursuites de la part de Pfizer en 2005 (Microsoft, 2005).

Plusieurs études indiquent que le *Viagra* est aussi employé à des fins récréatives en association avec des drogues illicites. Selon Purcell *et al.* (2002), dans un échantillon d'hommes d'orientation homosexuelle provenant de deux grandes villes américaines, 12 % employaient le *Viagra*, alors que dans l'étude de Crosby et DiClemente (2004), cette proportion s'élevait à 16 %. Dans l'étude de Kim *et al.* (2002), 31 % d'un groupe d'homosexuels qui avaient eu des relations sexuelles à risques avaient employé ce médicament sans supervision médicale. Klausner, le directeur du contrôle des ITS de San Francisco (Russel, 2004), a ainsi recommandé que le *Viagra* soit placé dans la catégorie des stéroïdes et d'autres drogues légales qui donnent lieu à des abus, une proposition qui fut rejetée par la compagnie Pfizer. Au Québec, selon une étude menée sur un site interactif destiné à des hommes homosexuels (Cyr *et al.*, 2006), 8,6 % des répondants disaient utiliser du *Viagra* et cette proportion est significativement plus élevée chez les répondants montréalais, sans qu'il soit possible cependant de distinguer l'usage médical de l'usage non médical.

Cette diversification des usages des médicaments liés à un style de vie particulier (« *lifestyle drugs* »), dont le *Viagra* est un exemple, n'est pas sans risques pour la santé (McCarthy, 1998). Ce phénomène n'est pas sans rappeler les usages du *Prozac* contre la dépression. Comme le soulignent Stipp et Whitaker : « *Much as Prozac has helped turn even ordinary bouts of the blues into a brain disorder treatable with drugs, the new ED drugs promise to medicalize age-related sexual decline, blurring the line between disease and discontent* » (1998, p. 118). L'image projetée est celle d'un univers où la vieillesse et ses effets physiologiques sont gommés et remplacés par une vision d'une sexualité toujours maintenue et bienheureuse. Potts (2004) soulève à ce sujet la mise en place de « *Viagra cyborgs* » qui se conjugueraient sous trois formes : le rétro-cyborg pour qui le *Viagra* serait un moyen de réparer ou restaurer les capacités sexuelles, l'ultra-cyborg pour qui le médicament serait un moyen de parvenir à une hypermasculinité et le semi-cyborg pour qui il constituerait un moyen intermittent d'amplifier les capacités sexuelles. Dans cette perspective, il est intéressant de se questionner sur l'incidence d'un médicament qui promet de restaurer la puissance sexuelle masculine, sur les constructions de la sexualité et des rapports entre les hommes et leurs partenaires (Barnes, 1998 ; Mintz, 2000).

8. RÉPERCUSSIONS DE L'USAGE DU VIAGRA SUR LE COUPLE ET SA SEXUALITÉ

Les études sur les répercussions du *Viagra* sur la sexualité et la relation de couple dégagent des conclusions contradictoires. Pour certains auteurs (Tiefer, 2001, 2002), le traitement pharmacologique des dysfonctions érectiles aurait pour effet de centrer essentiellement la sexualité sur la pénétration et découragerait les individus à intégrer d'autres pratiques dans leur vie sexuelle pour valoriser les éléments génitaux et la vasocongestion pénienne. Pour d'autres auteurs, par contre, le traitement vient s'inscrire dans une dynamique relationnelle complexe. Ainsi, le traitement améliorerait la qualité de la relation chez des couples dont le partenaire présente une dysfonction érectile, comparativement aux couples où cette dernière n'est pas traitée (Müller *et al.*, 2001 ; Arauz-Pacheco *et al.*, 1992 ; Hultling, 1999 ; Olsson *et al.*, 2000 ; Turner *et al.*, 1990). De ce point de vue, des recherches récentes, mais encore rares, suggèrent que le *Viagra* interviendrait de façon positive sur la satisfaction sexuelle des deux partenaires (Giuliano *et al.*, 2001 ; Vitezic et Pelcic, 2002 ; Lewis *et al.*, 2001 ; Olsson *et al.*, 2000 ; Hultling, 1999). Mais le retour de la capacité érectile n'est pas toujours une garantie du retour de l'harmonie au sein du couple. En effet, des chercheurs rapportent que le rétablissement de l'activité sexuelle grâce au traitement de la dysfonction érectile peut, au contraire, rompre l'équilibre atteint au sein du couple et constituer une nouvelle source de tensions (Althof *et al.*, 1992 ; Carroll et Bagley, 1990 ; Dicks et Strauss, 1980 ; Mintz, 2000 ; O'Connor *et al.*, 2002). À cet égard, Wise (1999), à partir de l'analyse de cas cliniques, a montré que le sildénafil pouvait devenir, dans certains cas, une source de conflits chez des couples mariés depuis longtemps. Ainsi, pour des couples qui avaient su maintenir leurs relations malgré l'absence d'activités sexuelles coïtales, les tentatives d'instituer de nouveau la pénétration pouvaient contribuer à remettre en question l'équilibre atteint par le couple, ce qu'a également observé Leiblum (2002). Ces études limitent cependant la question des répercussions du *Viagra* à l'évaluation de la relation et de la satisfaction sexuelles, négligeant son incidence sur la construction de la masculinité et, par ricochet, sur la féminité de la partenaire, des dimensions qui demandent à être mieux investiguées pour saisir comment ce médicament contribue à la redéfinition des identités sexuelles et à la construction de la sexualité.

9. LE VIAGRA ET LA CULTURE POPULAIRE

Le *Viagra* a par ailleurs contribué à transformer le statut des dysfonctions sexuelles au plan socioculturel, les problèmes érectiles étant devenus des problèmes reconnus publiquement (O'Connor *et al.*, 2002). Cependant, des résistances continuent souvent à se manifester dans leur divulgation à l'extérieur de la relation médicale où la communication sur ce sujet a progressé, alors que peu d'hommes osaient jusque-là rompre le silence et parler de leurs difficultés à leur médecin (Giami,

1998). Cet évitement à discuter ouvertement de ce sujet s'est accompagné, à l'inverse, d'une tendance à la plaisanterie comme mécanisme de détente, pour réduire l'anxiété et la gêne (Robinson, 1991). De ce point de vue, le *Viagra* est devenu un élément incontournable de la culture populaire, comme le démontre la multiplication des histoires ou des dessins humoristiques ou des caricatures. Comme le mentionne Stephens (2004):

The key to Viagra's importance in popular culture is partly that it allows a topic that is excruciatingly embarrassing for many men to be broached in a positive and even celebratory way: in Viagra jokes, failure to achieve an erection is referenced, but only in terms of its opposite: success and rock-hard tumescence.

Une étude exploratoire menée sur les représentations imagées du *Viagra* sur Internet (Pourrain *et al.*, 2006) révèle que ce médicament renvoie à deux dimensions. La première touche la chaîne pharmacologique et médicale (essais cliniques, prescription, effets secondaires liés à son usage), alors que la seconde porte sur les différentes sphères, comme l'environnement, les animaux, les rites sociaux et la politique. Les représentations de la chaîne des médicaments liée au *Viagra* indiquent que ce médicament est considéré comme un élément perturbateur, aux effets menaçants et imprévisibles (sur les cheveux et l'épiderme par exemple). Il provoquerait des conduites licencieuses chez les personnes âgées dont les excès vont à l'encontre des valeurs de sagesse et de modération censées marquer cette étape de la vie. Il introduit aussi des tensions dans la relation de couple lorsque les aspirations des partenaires sont contradictoires. La mort à la suite de l'usage du *Viagra* est aussi évoquée, réactualisant les associations classiques entre sexualité, excès et sanction. Les mésusages, surtout dans le domaine sportif, sont aussi rapportés, attirant l'attention sur les interactions avec d'autres substances illicites et leurs conséquences. Par ailleurs, dans plusieurs des images véhiculées, les effets du *Viagra* sont généralisés à l'environnement. Les chutes du Niagara se redressent ainsi que les plantes ou la tour de Pise, comme si les lois de la nature devaient être remises en question. Les animaux domestiques et sauvages voient aussi leur queue ou leurs cornes redressées. Au plan social, le *Viagra* vient influencer les rites de mariage, où il remplace les confettis traditionnels, de même que la fête de la Saint-Valentin qui, de célébration des amoureux, devient exaltation de la sexualité. C'est aussi dans le champ de la politique américaine que le *Viagra* trouve un créneau significatif, mettant en scène la Maison Blanche, le président Bush et ses adversaires démocrates, Kerry ou Edwards, ou républicains, comme Bob Dole. La compétition politique s'exprime ainsi dans une rivalité sexuelle que le *Viagra* souligne, l'impuissance politique et les dysfonctions sexuelles se retrouvant associées. Le conservatisme de Bush et son fondamentalisme religieux homophobe se trouvent illustrés par des caricatures où la normalité hétérosexuelle est affirmée par l'interdiction à la fois du mariage et du *Viagra* aux gays. Ces représentations suggèrent donc que le *Viagra* devient une source d'inspiration et de critique sociale qui insistent plutôt sur les répercussions pessimistes du *Viagra*,

contrairement aux discours publicitaires, confirmant les hypothèses que la sexualité et son traitement restent entourés de malaises que l'humour masque sans les dissiper.

10. L'AVENIR DES TRAITEMENTS ÉRECTILES

Le processus de pharmacologisation de la sexualité risque de s'accélérer dans l'avenir avec les progrès de la physiologie de l'érection et l'amélioration de la compréhension du jeu des neurotransmetteurs périphériques qui interviennent au plan du tonus des structures musculaires lisses des corps caverneux. Les nouvelles molécules dans le traitement de la dysfonction érectile devraient augmenter la concentration intracellulaire de la GMPc (guanosine monophosphate) cyclique qui favorise l'érection. Plusieurs stratégies sont possibles pour l'instant. En amont, il s'agirait d'augmenter la libération des précurseurs de la GMP cyclique. Déjà, les fabricants de produits naturels proposent la prise d'arginine pour augmenter le taux d'oxyde nitrique (NO) qui favorise la dilatation des vaisseaux sanguins et, par conséquent, l'érection. D'autres molécules, dont l'action serait plus spécifique, pourraient voir le jour. En aval, il s'agirait de développer de nouvelles molécules qui gardent la GMP cyclique active plus longtemps. Il serait éventuellement possible de prendre un comprimé qui aura une durée d'action plus longue, jusqu'à une semaine, par exemple. Des injections ou des implants sous la peau pourraient délivrer le médicament en continu pendant un mois ou plus.

La compréhension des centres du système nerveux central qui sont impliqués dans le déclenchement de l'érection devrait aussi transformer les approches des traitements. Jusqu'à ce jour, seule l'apomorphine intervient sur le système nerveux central, mais de nombreux neurotransmetteurs et un système de relais complexes sont impliqués dans l'érection (Andersson, 2004). Selon ces auteurs, plusieurs récepteurs, ceux de la dopamine, de la mélanocortine, de l'ocytocine, analogues à l'hexareline, de la sérotonine, de la noradrénaline et alpha-adrénaline et le système du monoxyde d'azote (NO), sont susceptibles d'offrir de nouvelles voies d'intervention. L'étude du système nerveux périphérique qui intervient sur les artères et les veines des corps caverneux pourrait aussi contribuer à la découverte de nouveaux mécanismes d'action.

Les recherches menées pour diminuer l'incidence de certaines interventions médicales pourraient aussi conduire à de nouveaux types de traitements. C'est le cas de la dysfonction érectile liée aux séquelles du cancer de la prostate, une maladie qui affectera une proportion importante d'hommes (Société canadienne du cancer¹). Même si le chirurgien tente de préserver les nerfs, la production du

1. Société canadienne du cancer, <www.cancer.ca/ccs/internet/mediareleaselist/0,3208,3649_434501_104188823_langId-fr,00.html>.

monoxyde d'azote (NO) d'origine endothéliale peut être affectée à la suite de la chirurgie (Podlasek, 2001). Actuellement, pour soigner la dysfonction érectile de ces patients, le médecin traitant dispose de plusieurs types de traitement (injections intracaverneuses, inhibiteurs de la phosphodiesterase disponible, apomorphine). Parmi les nouvelles pistes de traitement, Pariente *et al.* (2005) postulent que l'injection de facteurs de croissance ou encore la thérapie génique pourraient aider le rétablissement de la fonction sexuelle à la suite d'une prostatectomie. Pour l'instant, des études sur les rats sont en cours. Ces nouvelles pistes de recherche pourraient favoriser la réparation des nerfs qui ont été atteints lors de la chirurgie ou encore réparer les cellules endothéliales responsables de la production de NO. Les recherches sur la culture de tissu humain pourraient mener à des moyens de reconstruire les cellules endothéliales dans les corps caverneux et permettre de fabriquer des prothèses pénienues organiques, à partir de tissus cartilagineux, par exemple (Andersson, 2004). Ces prothèses constituées de tissu organique seraient mieux tolérées et rendraient inutiles l'implantation de prothèses pénienues inorganiques. De nouveaux traitements de la maladie de Parkinson, comme l'usage des cellules souches, pourraient aussi contribuer à améliorer la santé sexuelle de ces patients.

L'amélioration des techniques de laboratoire permet aujourd'hui de faire la distinction entre la testostérone libre et biodisponible et de développer des traitements oraux (*Andriol*, *Organon*) utilisant des timbres transdermiques (*Androderm*, Watson Pharmaceuticals) ou un gel (*Androgel*, Unimed Pharmaceuticals) appliqué sur la peau qui permettraient de rectifier le déclin hormonal. La difficulté à obtenir ou maintenir une érection n'est pas la seule dysfonction sexuelle qui stimule la recherche et des recherches sont menées afin de développer un traitement médical à l'éjaculation précoce et remplacer le traitement actuel basé sur la prise d'un antidépresseur (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine SSRI) – aux effets secondaires souvent importants – pour augmenter le temps de latence éjaculatoire. Si les essais sont concluants, la *Dapoxetine* (Ortho-McNeil Pharmaceutical, filiale du groupe Johnson & Johnson), un médicament initialement destiné au traitement de la dépression, devrait apparaître bientôt sur le marché. Cette molécule permettrait de retarder significativement le moment du déclenchement de l'éjaculation. Les pannes de désir sexuel pourraient aussi être éventuellement traitées par une pilule ou par une simple pression d'un vaporisateur nasal.

Des travaux sont aussi en cours pour le traitement des dysfonctions sexuelles féminines, même si les essais menés avec le *Viagra* auprès des femmes n'ont pas jusqu'à ce jour été concluants. La compagnie Proctor & Gamble a développé récemment un timbre transdermique (testostérone, *Intrinsa*) pour traiter les femmes qui souffrent d'une baisse de libido à la suite d'un traitement médical dû à la ménopause, mais sa mise en marché est retardée par la FDA, les effets secondaires n'étant pas suffisamment documentés.

CONCLUSION

Notre analyse met donc en relief certains des enjeux contemporains liés à la pharmacologisation de la sexualité. Grâce aux développements scientifiques et médicaux, le déploiement de la chaîne des médicaments dans le champ de la sexualité appelle une réflexion sur le statut de la sexualité dans les sociétés contemporaines et sur les liens intimes entre sexe, politique et marchandisation, révélant de nouveaux enjeux éthiques pour la société.

BIBLIOGRAPHIE

- Aldridge, J. et F. Measham (1999). «Sildenafil (Viagra) is Used as a Recreational Drug in England», *British Medical Journal*, vol. 318, n° 7184, p. 699.
- Althof, S.E., L.A. Turner, S.B. Levine, C.B. Risen, D. Bodner, E. Kursh, E. et M.I. Resnick (1991). «Sexual, Psychological, and Marital Impact of Self-Injection of Papaverine and Phentolamine: A Long-Term Prospective Study», *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 17, n° 2, p. 101-120.
- Althof, S.E., L.A. Turner, S.B. Levine, D. Bodner, E. Kursh, E. et M.I. Resnick (1992). «Through the Eyes of Women: The Sexual and Psychological Responses of Women to their Partner's Treatment with Self-Injection or External Vacuum Therapy», *Journal of Urology*, vol. 147, p. 1024-1027.
- American Psychiatric Association (1994). *Mini DSM-IV, Critères diagnostiques*, Washington, DC, l'Association, traduction française par J.-D. Guelfi *et al.*, Masson, Paris, 1996.
- Andersson, K.E. (2004). «New Pharmacologic Targets for the Treatment of the Overactive Bladder: An Update», *Urology*, vol. 63, p. 32-41.
- Andersson, K.E. et G. Wagner (1995). «Physiology of Penile Erection», *Physiological Reviews*, vol. 75, p. 191.
- Arauz-Pacheco, C., M. Basco, L.C. Ramirez, J.M. Pita, L. Pruneda et P. Raskin (1992). «Treatment of Diabetic Impotence with a Vacuum Device: Efficacy and Effects on Psychological Status», *American Journal of Medical Science*, vol. 303, n° 5, p. 281-284.
- Barnes, T. (1998). «The Female Partner in the Treatment of Erectile Dysfunction: What is her Position?», *Sexual and Marital Therapy*, vol. 13, n° 3, p. 233-238.
- Barrett, A., A. Weintraub et M. Ardnt (2005). «Drugmakers are Changing Channels», <www.findarticles.com/p/articles/mi_kmbus/is_200508/ai_n14902712>, consulté le 15 décembre 2005.
- Béjin, A. (1982). «Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues», *Sexualités occidentales*, vol. 35, 159-177.
- Braun, M., Th.Klotz, M.J. Mathers, J. Klingebiel, J., Zumbè, A. Schoenenberger et U. Engelmann (2001). «“Viagra Effect” – Influence of Mass Media on Patient Behavior», *Urologia Internationalis*, vol. 66, p. 145-148.
- Butler, R.N. (1998). «The Viagra Revolution: Drug for Erectile Dysfunction is Redefining our Ideas about Sexuality among Older Couples», *Geriatrics*, vol. 53, n° 10, p. 8-9.
- Carroll, J.L. et D.H. Bagley (1990). «Evaluation of Sexual Satisfaction in Partners of Men Experiencing Erectile Failure», *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 16, p. 70-78.

- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (1999). *Médicalisation de la sexualité: le cas du Viagra*. Réponse au Secrétaire d'État à la Santé, n° 62, 18 novembre, <www.ccne-ethique.org/francais/avis/a_062.htm>, consulté le 15 décembre 2005.
- Condo, J.-C. (2004). «Pourriel au premier semestre 2004: Chine, Viagra et fiasco du Can-Spam», publié dans *BRANCHEZ-VOUS!* le 1^{er} juillet 2004, <www.artisan2k.com/antivirus/virus_20040801.htm>, consulté le 15 décembre 2005.
- Crosby, R. et R.J. DiClemente (2004). «Use of Recreational Viagra among Men Having Sex with Men», *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, p. 466-468.
- Cyr, C., J. Dumas, J. Otis, J.J. Lévy et R. Lavoie (2006). *Évaluation de RÉZO: un programme de prévention interactif du VIH/sida sur Internet destiné aux jeunes hommes de 16-25 ans ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*, Montréal, Action Séro-Zéro. Rapport de recherche.
- Dickes, R. et D. Strauss (1980). «Adverse Reaction of the Apparently Healthy Partner in Response to Improvement in the Overtly Dysfunctional Partner», *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 6, p. 109-115.
- Dinsmore, W.W., C. Gingell, G. Hackett, P. Kell, D. Savage, R. Oakes et G.D. Frentz (1999). «Treating Men with Predominantly Nonpsychogenic Erectile Dysfunction with Intracavernosal Vasoactive Intestinal Polypeptide and Phentolamine Mesylate in a Novel Auto-Injector System: A Multicentre Double-Blind Placebo-Controlled Study», *British Journal of Urology International*, vol. 83, n° 3, p. 274-279.
- Durandeau, A., J.-M. Sztalryd et C. Yasseur-Fauconnet (dir.) (1998). *Sexe et Guérison*, Paris/Montréal, L'Harmattan.
- Ehmke, H., K.P. Junemann, B. Mayer et W. Kummer (1995). «Nitric Oxide Synthase and Vasoactive Intestinal Polypeptide Colocalization in Neurons Innervating the Penile Circulation», *International Journal of Impotence Research*, vol. 7, p. 147-156.
- Erbagci, A., F. Yagci, K. Sarica, E. Ozbek et O. Topeu (2002). «Evaluation and Therapeutic Regulation of Erectile Dysfunction with Visual Stimulation Test. An Objective Approach by Using Sildenafil Citrate Test», *Urology International*, vol. 69, n° 1, p. 21-60.
- Eysenbach, G. (1999). «Online Prescribing of Sildanefil (Viagra) on the World Wide Web», *Journal of Medical Internet Research*, vol. 1, n° 2, <www.jmir.org/1999/2/e10>, consulté le 15 décembre 2005.
- Feldman, H.A., I. Goldstein, D.G. Hatzichristou, R.J. Krane et J.B. McKinlay (1994). «Impotence and Its Medical and Psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study», *Journal of Urology*, vol. 151, p. 54-61.
- Fineltain, L. (1998). «La sexologie clinique évolution et développement des thérapies depuis 25 ans», *Bulletin de psychiatrie*, n° 5, <www.ourworld.compuserve.com/homepages/fineltain_ludwig/lutetia.htm>, consulté le 15 décembre 2005.
- Frigault, L.-R. (2006). «La possession comme événement», dans J. Lévy et I. Olazabal (dir.), *L'événement en anthropologie, Concepts et terrains*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 315-325.
- Garnier, C. (2003). «La chaîne du médicament: lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales», *Journal international sur les représentations sociales*, vol. 1, n° 1, p. 1-9.

- Giami, A. (1998). « Synthèse et recommandations du groupe de travail sur les traitements de l'impuissance », *Cahiers de sexologie clinique*, vol. 24, n° 140, p. 15-16.
- Giami, A. (2000). « Changing Relations Between Medicine, Psychology and Sexuality: The Case of Male Impotence », *Journal of Social Medicine*, vol. 37, p. 263-272.
- Giuliano, F., B.M. Pena, A. Mishra et M.D. Smith (2001). « Efficacy Results and Quality-of-life Measures in Men Receiving Sildenafil Citrate for the Treatment of Erectile Dysfunction », *Quality of Life Research*, vol. 10, n° 4, p. 359-369.
- Goldstein, I., T.F. Lue, H. Padma-Nathan, R.C. Rosen, W.D. Steers et P.A. Wicker (1993). « Oral Sildenafil in the Treatment of Erectile Dysfunction », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, p. 1397-1404.
- Goulet, M., L.-R. Frigault et M. El-Feki (2003). « Utilisation des injections dans le traitement des troubles sexuels, une recherche exploratoire », dans J. Lévy *et al.* (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 315-325.
- Hensley, S. (2005). « Some Drug Makers are Starting to Curtail TV Ad Spending », *The Wall Street Journal*, 16 mai 2005.
- Hultling, C. (1999). « Partner's Perceptions of the Efficacy of Sildenafil Citrate (Viagra) in the Treatment of Erectile Dysfunction », *International Journal of Clinical Practice*, vol. 102 (suppl.), p. 16-19.
- Katzenstein, L. (2001). *Viagra, the Remarkable Story of the Discovery and Launch*, New York, Medical Information Press.
- Kiley, D. (2005). « The Little Blue Pill-and Pals-have the Blues », <www.businessweek.com/magazine/content/05_09/b3922012_mz001.htm>, consulté le 15 décembre 2005.
- Kim, A.A., C.K. Kent et J.D. Klausner (2002). « Increased Risk of HIV and Sexually Transmitted Disease Transmission Among Gay or Bisexual Men Who use Viagra San Francisco 2000-2001 », *AIDS*, vol. 16, n° 10, p. 1425-1428.
- Kling, J. (1998). « From Hypertension to Angina to Viagra », *Modern Drug Discovery*, vol. 1, n° 2, p. 31-38.
- Krauskopf, L. (2004). « Johnson & Johnson Seeks Approval of Male Sex Drug », <www.stocks.mycfo.com/mycfo/newspaper.asp?Mode=NEWS&Story=20041229/364e1996.xml&Symbol=JNJ>, consulté le 15 décembre 2005.
- Krauskopf, L. (2005). « Pfizer OKs 6-month delay on ads for new medicines », <www.aim.stockpoint.com/Aim/quote.asp?Mode=NEWS&Story=20050812/224e1458.xml&DMode=YES&Symbol=PFE>, consulté le 15 décembre 2005.
- Krisanits, T. (2003). « DTC Grows Drug Class, not Brand Share », *Medical Marketing and Media*, vol. 38, n° 12, p. 26.
- Leiblum, S.R. (2002). « After Sildenafil: Bridging the Gap Between Pharmacologic Treatment and Satisfying Sexual Relationships », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63 (Suppl. 5), p. 17-22.
- Lévy, J.J. et C. Garnier (2007). « Drogues, médicaments et sexualité », *Drogues, Santé et Société*, vol. 5, n° 2, p. 11-48.
- Lévy, J.J. (2005). « L'intimité dans la construction des liens sociaux contemporains », dans F. Saillant et É. Gagnon (dir.), *Communautés et socialités. Formes et force du lien social dans la modernité tardive*, Montréal, Éditions Liber, p. 147-165.

- Lewis, R., C.J. Bennett, W.D. Borkon, W.H. Boylin, S.E. Althof, V.J. Stecher et R.L. Siegel (2001). «Patient and Partner Satisfaction with Viagra (Sildenafil Citrate) Treatment as Determined by the Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction Questionnaire», *Urology*, vol. 57, n° 5, p. 960-965.
- Masters, W.H. et V.E. Johnson (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Boston, Little & Brown.
- McCarthy B.W. (2001). «Relapse Prevention Strategies and Techniques with Erectile Dysfunction», *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 27, p. 1-8.
- McCarthy, B.W. (1998). «Integrating Viagra into Cognitive-Behavioral Couples Sex Therapy», *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 23, n° 4, p. 302-308.
- McDowell, A.J., C.A. Snellgrove et M.J. Bond (2001). «Beyond Viagra: Psychological Issues in the Assessment and Treatment of Erectile Dysfunction», *Australian Family Physician*, vol. 30, n° 9, p. 867-873.
- Microsoft (2005). «Microsoft and Pfizer Target Sellers of Illegal Generic Viagra and International Pharmacy Spam Rings», <www.microsoft.com/presspass/press/2005/feb05/02-10msp Pfizerpr.mspx>, consulté le 15 décembre 2005.
- Mintz, D. (2000). «Nonpharmacologic Effects of Sildenafil», *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 5, p. 674-675.
- Mintzes, B. et R. Baraldi (2001). «Direct-to-consumer Prescription Drug Advertising: When Public Health is no Longer a Priority», DES Action Canada in collaboration with the Working Group on Women and Health Protection, <www.whp-apsf.ca/en/documents/dtca_privacy.html>, consulté le 15 décembre 2005.
- Mintzes, B., M.L. Barer, R.L. Kravitz, K. Bassett, J. Lexchin, A. Kazanjian, R.G. Evans, R. Pan et S.A. Marion (2003). «How Does Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) Affect Prescribing? A Survey in Primary Care Environments with and Without Legal DTCA», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 169, n° 5, p. 405-412.
- Moreland, R.B., I. Goldstein et A. Traish (1998). «Sildenafil: A Novel Inhibitor of Phosphodiesterase Type 5 in Human Corpus Cavernosum Smooth Muscle Cells», *Life Sciences*, vol. 62, p. 309-318.
- Morgan, S., B. Mintzes et M. Barer (2003). «The Economics of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription-Only Drugs: Prescribed to Improve Consumer Welfare?», *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 8, n° 4, p. 237-244.
- Müller, M.J., J. Ruof, M. Graf-Morgenstern, H. Porst et O. Benkert (2001). «Quality of Partnership in Patients with Erectile Dysfunction after Sildenafil Treatment», *Pharmacopsychiatry*, vol. 34, p. 91-95.
- Nary, G. (1998). «Viagra and Sexual Responsibility», *Reproductive Health Matters*, vol. 6, n° 12, p. 158-159.
- NIH Consensus Development Panel on Impotence (1993). *Journal of American Medical Association*, vol. 270, n° 1, p. 83-90.
- O'Connor, D., P. Bloom et D. Kaufman (2002). «Viagra Side Effects: Not Just a Medical Problem», *Healthology*, <www.healthology.com/printer_friendlyAR.asp?f=sexual_health&c=Viagra@_effects>, consulté en novembre 2005.

- Olsson, A.M., M.J. Speakman, W.W. Dinsmore, F. Giuliano, C. Gingell, M. Maytom, M.D. Smith, I. Osterloh et Sildenafil Multicentre Study Group (2000). «Sildenafil Citrate (Viagra) is Effective and Well Tolerated for Treating Erectile Dysfunction of Psychogenic or Mixed Aetiology», *International Journal of Clinical Practice*, vol. 54, n° 9, p. 561-600.
- Ottensen, B. *et al.* (1984). «A Possible Role for Vasoactive Intestinal Polypeptide as a Neurotransmitter», *British Medical Journal*, vol. 1, p. 9-11.
- Parent, J.-F. (2005). «Cinq défis pour les pharma», *Revue Commerce*, avril.
- Pariente, J.L., P. Conort, R. Yiou, B. Barrou et L. Zini (2005). «Thérapie cellulaire et génie tissulaire en urologie», *Progrès en urologie*, vol. 15, p. 973-982.
- Perez, M.A., B.E. Meyerowitz, G. Lieskovsky, D.G. Skinner, B. Reynolds et E.C. Skinner (1997). «Quality of Life and Sexuality Following Radical Prostatectomy in Patients with Prostate Cancer who Use or do not Use Erectile Aids», *Urology*, n° 50, p. 740-746.
- Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. <www.sourcewatch.org/index.php?title=Pharmaceutical_Research_and_Manufacturers_of_America>, consulté en décembre 2005.
- Podlasek, C. A., C.M. Gonzalez, D. Zelner, H.B. Jiang, K.E. McKenna et K.T. McVary (2001). «Analysis of NOS Isoform Changes in a Post Radical Prostatectomy Model of Erectile Dysfunction», *International Journal of Impotence Research*, vol. 13 (Suppl. 5), p. 1-15.
- Podlasek, C.A., C.M. Gonzalez, D. Zelner, H.B. Jiang, K.E. McKenna et K.T. McVary (2001). «Analysis of Potential Model of Erectile Dysfunction», *Symposium on Reproductive Biology*, Evanston, IL, 15 octobre, Abstract #15.
- Potts, A. (2004). «Viagra Cyborgs: Creating Better Manhood Through Chemistry», <www.else.ac.uk/collections/BIOS/docs/AnniePotts>, consulté en novembre 2005.
- Potts, A. *et al.* (2004). «“Viagra stories”: Challenging “Erectile Dysfunction”», *Social Science and Medicine*, vol. 59, p. 489-499.
- Potts, A., N. Gavey et V. Grace (2001). «New Zealand Research on the Social Impact of Sildenafil (Viagra)», *Venereology*, vol. 14, n° 4, p. 189-190.
- Pourrain, P., J.J. Lévy, C. Garnier et C. Thoër-Fabre (2006). «Les représentations du Viagra dans les dessins humoristiques sur Internet», dans C. Garnier, A.-L. Saives et F. Dufort (dir.), *Actes du Colloque du premier Congrès international sur le médicament*,
- Purcell, D., R. Wolitski, C. Bailey, J.T. Parsons, W.J. Woods et P.N. Halkitis (2002). «Viagra Use and Sexual Risk among HIV-Seropositive Men who have Sex with Men», *International AIDS Conference*, 7-12 juillet 2002; Barcelone, Espagne, Abstract #WePeE6536.
- Robinson, V.M. (1991). *Humor and the Health Professions* (2^e éd.), Fullerton, Californie, California State University.
- Russell, S. (2004). «Doctor Wants Viagra to be Controlled Substance», <www.aegis.com/news/sc/2004/SC040810.html>, consulté en décembre 2005.
- Seidman, S.N. (2002). «Exploring the Relationship Between Depression and Erectile Dysfunction in Aging Men», *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63 (suppl. 5), p. 5-12.
- Sherr, L. *et al.* (2000). «Viagra Use and Sexual Risk Behaviour among Gay Men in London», *AIDS*, vol. 14, n° 13, p. 2051-2053.

- Singer-Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy*, New York, Brunner/Mazel.
- Stekel, W. (1927). *Impotence in the Male*, Liveright, New York.
- Stephens, M. (2004). E(rectile) D(ysfunction) TV, <www.popmatters.com/columns/stephens/040804.shtml>, consulté en décembre 2005.
- Stipp, D. et R. Whitaker (1998). «The Selling of Impotence», *Fortune*, vol. 137, n° 5, p. 114-122.
- Tiefer, L. (2001). «A New View of Women's Sexual Problems: Why New? Why now?», *Journal of Sex Research*, vol. 38, n° 2, p. 89-96.
- Tiefer, L. (2002). «Beyond the Medical Model of Women's Sexual Problems: A Campaign to Resist the Promotion of "Female Sexual Dysfunction"», *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 17, n° 2, p. 127-135.
- Turner, L.A. (1990). «Treating Erectile Dysfunction with External Vacuum Devices: Impact upon Sexual, Psychological and Marital Functioning», *Journal of Urology*, vol. 144, n° 1, p. 79-82.
- Vitezic, D. et J.M. Pelcic (2002). «Erectile Dysfunction: Oral Pharmacotherapy Options», *International Journal of Clinical Pharmacology Therapy*, vol. 40, n° 9, p. 393-403.
- Willke, R.J., H.A. Glick, T.J. McCarron, M.H. Erder, S.E. Athof et O.I. Linet (1997). «Quality of Life Effects of Alprostadil Therapy for Erectile Dysfunction», *The Journal of Urology*, vol. 157, n° 6, p. 2124-2128.
- Wise, T.N. (1999). «Psychosocial Side Effects of Sildenafil Therapy for Erectile Dysfunction», *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 25, p. 145-150.
- Young, C.K., K.C. Hyung, S.A. Young, H.K. Kyung, H. Per-Otto et C.C.III Culley (1994). «The Effect of Vasoactive Intestinal Polypeptide (VIP) on Rabbit Cavernosal Smooth Muscle Contractility», *Journal of Andrology*, vol. 15, n° 5, p. 392-397.

LES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX CONTRE LE VIH/SIDA

Enjeux et perspectives

Bertrand LÉBOUCHÉ

Isabelle WALLACH

Jean-Pierre ROUTY

Face à l'épidémie du VIH/sida, qui constitue un défi majeur au plan biomédical, le développement de médicaments antirétroviraux pouvant freiner la propagation du VIH a été l'un des plus rapides de l'histoire de la médecine. Ainsi, à partir de 1996, la mise en marché d'antirétroviraux (ART) puissants a transformé cette maladie à issue fatale en maladie chronique, mais de nouvelles problématiques ont émergé. Nous montrerons qu'à côté de leur efficacité biomédicale, les ART sont aussi porteurs de multiples significations sociales et culturelles et que leurs répercussions sur le plan médical et humain ont été majeures. Nous nous proposons de présenter ici quelques-unes des dimensions les plus saillantes, en nous appuyant principalement sur l'exemple français et des pays de l'hémisphère nord. Nous dégagerons tout d'abord l'évolution des principales indications médicales entourant les ART ainsi que les principaux enjeux sociétaux et éthiques qui leur sont

associés. Nous cernerons dans un même mouvement leur incidence sur le quotidien des patients et les pratiques de soin. Dans un deuxième temps, nous brosserons le portrait des enjeux des ART aujourd'hui. Finalement, nous décrirons les innovations thérapeutiques les plus récentes qui ouvrent de nouvelles perspectives pour l'application de nouvelles stratégies de prévention de l'infection par le VIH, compte tenu que, malgré des recherches d'une intensité exceptionnelle, jamais inégalée pour une autre pathologie, aucun « candidat » vaccin n'est capable actuellement de prévenir l'infection. Tout au plus, les spécialistes espèrent pouvoir développer un vaccin, comme le BCG pour la tuberculose, susceptible de diminuer l'intensité de la réplication virale, le risque de transmission du VIH et la survenue du sida (Éditorial du *Lancet*, 2007).

1. HISTORIQUE DE LA TRANSFORMATION DE L'INFECTION PAR LE VIH GRÂCE AUX ART

Le sida se définit comme la destruction des défenses immunitaires par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui conduit au développement de complications infectieuses opportunistes ou de cancers que l'on retrouve principalement chez des sujets immunodéprimés par des chimiothérapies ou des médicaments employés pour prévenir le rejet des greffes d'organes. Apparue il y a environ vingt-cinq ans, l'épidémie associée au VIH/sida est considérée comme un des grands événements dans l'histoire du ^{xx}e siècle, mais, malgré les progrès indéniables dans la connaissance des modes de transmission du virus, des caractéristiques de la maladie et du traitement, cette épidémie continue à croître à l'échelle planétaire. Ainsi, 40 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH, 5 millions d'entre elles ont été nouvellement diagnostiquées en 2006 et 3 millions en sont mortes au cours de cette même année (UNAIDS, 2006). Cette épidémie atteint massivement les pays en voie de développement, mais également les pays de l'Est de l'Europe depuis dix ans. Pour les pays comme la France ou le Canada, les nouveaux cas de VIH/sida sont en augmentation depuis 2003. Si les stratégies de prévention ne sont pas toujours aussi efficaces, les antirétroviraux¹ ont profondément modifié le visage de l'épidémie, réduisant la mortalité et la morbidité dans les pays où ils sont disponibles.

1. Les antirétroviraux sont des molécules de synthèses de différentes natures chimiques regroupées en quatre grandes classes selon leur mode d'action : ils agissent sur deux enzymes nécessaires à la réplication du VIH et à l'entrée du virus dans la cellule.

1.1. 1987 : L'ARRIVÉE DES PREMIERS ANTIRÉTROVIRAUX

Les premières années de l'épidémie se caractérisent dans les pays occidentaux par la stigmatisation de groupes à risque, homosexuels, usagers de drogues injectables, etc., et l'absence de traitement. Les personnes infectées subissent l'évolution naturelle de la maladie, les conduisant à la mort en une dizaine d'années en moyenne. À partir de 1987, l'action des premiers antirétroviraux modifie « l'histoire naturelle » de l'infection, avec en particulier un allongement de la période précédant le sida et une augmentation de la survie après le diagnostic du stade sida. C'est la période des monothérapies. L'allongement d'un à deux ans de la survie s'explique par l'introduction de la zidovudine (AZT), le premier médicament de la famille des inhibiteurs nucléosidiques de la *reverse transcriptase* ou INTI, mais également par une prévention plus large des infections opportunistes (Kernbaum, 1996). La zidovudine est initialement, en 1964, un médicament testé contre le cancer et rejeté pour sa faible activité antitumorale, sa toxicité et ses effets secondaires importants. Vingt ans plus tard, la zidovudine est devenue, sous le nom d'AZT, le médicament de référence pour le traitement contre le VIH. C'est une véritable innovation thérapeutique dans la mesure où il est le premier médicament à s'attaquer directement au virus, seulement six ans après la première description clinique du sida et trois ans après la découverte du virus qui en est la cause. Il devient donc le premier espoir pour les personnes infectées par le VIH. Les premières études, débutées en 1986, comparant la zidovudine au placebo chez des patients symptomatiques, montrent en quelques mois un accroissement significatif de la survie. Les essais cliniques réalisés sur des patients américains cessent au bout de quatre mois en raison des effets spectaculaires de l'AZT contre le virus. Irrévocablement condamnés, les patients reprennent alors espoir dans la mesure où, l'année suivante, l'AZT est commercialisé. Cependant, l'essai Concorde (Concorde, 1994) révèle que l'AZT en monothérapie, pris de manière précoce chez des patients infectés asymptomatiques ne prévient ni ne retarde l'apparition des complications liées au VIH, ni ne retarde le décès (Bicart-Sée, 1993). De plus, la fréquence de prise de la zidovudine et l'importance des effets secondaires altèrent la qualité de vie des patients. La grande question de l'époque est la suivante : « Devrait-on faire sonner le réveil des patients en pleine nuit pour la sixième dose de zidovudine ? » (Hoffmann et Mulcahy, 2006.) Paradoxalement, les patients « en bonne santé » mis sous AZT semblent mourir plus rapidement que ceux qui sont malades. On constate une remontée de l'immunité, les lymphocytes CD4, mais qui ne sont pas fonctionnels. De plus, la prise d'un seul ART, en monothérapie, entraîne une mutation rapide du virus qui conduit à une résistance au traitement. La mise à disposition extrêmement rapide de la zidovudine nécessite *a posteriori* des études prospectives auprès des personnes traitées afin de réévaluer les indications et les risques pour ces personnes. Les résultats de l'essai Concorde ont été en partie mal interprétés. En effet, la question n'était pas celle d'un traitement précoce ou tardif, mais plutôt d'un traitement qui était à l'époque insuffisamment puissant (Delfraissy, 2002). L'effet de cet ART s'est

atténué à la suite de l'émergence de résistances et en raison des effets secondaires. Un changement de paradigme s'est cependant produit : le concept d'histoire naturelle de l'infection par le VIH n'a plus lieu d'être (Kernbaum, 1996). La zidovudine est restée jusqu'à très récemment le traitement le plus prescrit et le mieux connu de l'infection par le VIH, que ce soit en monothérapie ou dans les multithérapies.

Durant cette période, où les monothérapies séquentielles sont employées, un deuxième antirétroviral, le ddI (didanosine, *Videx*, est développé pour les patients devenus résistants à l'AZT. Parallèlement à son développement clinique, de nombreux « programmes compassionnels » ont permis à plus de 30 000 malades dans le monde de bénéficier rapidement et gratuitement de ce traitement avant sa mise sur le marché (Kernbaum, 1996). Devant cette relative déception concernant l'efficacité des premiers ART, plusieurs cliniciens développent le paradigme de « mégaprophylaxie » des infections opportunistes grâce à un cocktail de médicaments anti-infectieux comme le cotrimoxazole *Bactrim*® (Hoffmann et Mulcahy, 2006). Le Rapport des experts français dirigé par Jean Dormont (1996) ne comporte alors que quelques pages sur les traitements, et développe principalement la prévention et le traitement des complications du sida, les soins palliatifs. Un nombre important de décès ont lieu dans les services, accompagnés d'une grande sensation d'impuissance pour les soignants ; un certain découragement s'installe. Pourtant, cette troisième période bien sombre est aussi porteuse d'espoir grâce à l'utilisation des premières combinaisons d'antirétroviraux, les bithérapies, ainsi qu'à l'introduction de nouveaux INTI tels que la stavudine (*Zerit*). En 1992, le ddC (*zalcitabine*, *Hivid*) est approuvé par les États-Unis, puis le d4T (*Zerit*) en 1994 et le 3TC (*lamivudine*, *Epivir*) en 1995. Cette même année, l'essai Delta permet de valider l'intérêt des bithérapies ddI+AZT pour améliorer la survie et freiner la progression de la maladie par rapport à l'AZT seul. Tous ces médicaments se classent dans la catégorie des analogues nucléosidiques, des molécules qui imitent les modules chimiques, les nucléosides, utilisés pour inverser la transcriptase, une enzyme clé nécessaire au VIH pour sa reproduction intracellulaire. Le traitement par un seul antirétroviral n'est pas suffisamment efficace pour contrôler la maladie et induire une amélioration durable du statut immunitaire des malades et donc de leur état de santé. En France, sous l'égide de l'Agence nationale de recherche contre le sida (ANRS), des essais thérapeutiques et un réseau de cliniciens sont alors organisés de manière structurée et réfléchie et c'est cette stratégie qui se révélera très efficace.

La nevirapine (*Viramune*, NVP) fut enregistrée en 1996. C'est le premier médicament d'une nouvelle catégorie d'antirétroviraux, les inhibiteurs non nucléosidiques de la *reverse transcriptase* (INNTI), un groupe empêchant la réplication de l'ARN virale en neutralisant le processus même de la *reverse transcriptase* de l'enzyme. La découverte de cette deuxième classe est une innovation, car elle s'attaque aux virus qui résistent aux INTI. Les chercheurs découvrent aussi que

la bithérapie est beaucoup plus efficace si les deux médicaments proviennent de deux classes différentes, car elle bloque le cycle du VIH à deux endroits différents.

1.2. 1996 : UNE ANNÉE CHARNIÈRE

L'année 1996 constitue une date clé dans l'histoire des ART. Tout d'abord, un nouveau paradigme de compréhension de la maladie apparaît, dans la mesure où l'on comprend que la réplication du VIH est le principal moteur de la maladie. De nouveaux outils biologiques permettant d'évaluer cette réplication, comme la mesure directe de la quantité du VIH dans le sang (la charge virale plasmatique du VIH), sont mis à la disposition des soignants (Mellors *et al.*, 1995). Enfin, la découverte des antirétroviraux de la famille des antiprotéases et la généralisation de l'utilisation d'associations d'ART, bien plus puissantes que les traitements antérieurs utilisés en monothérapie, marquent un tournant décisif dans la prise en charge de l'infection par le VIH (Rozenbaum, 1997). Dès l'automne 1995, trois laboratoires pharmaceutiques Roche, MSD et Abbott entrent en compétition pour mettre sur le marché les trois premières antiprotéases (Hoffmann et Mulcahy, 2006). Cette course contre la montre se poursuit par une mise sur le marché accélérée de ces trois antiprotéases entre décembre 1995 et mars 1996. En février 1996, Cameron présente les premiers résultats de l'antiprotéase *Norvir* devant une salle médusée : les cas de sida ont régressé de 38 à 22 % (Cameron *et al.*, 1998), alors que, dans le même temps, les décès n'ont jamais été aussi fréquents dans les hôpitaux. Les études qui suivent montrent l'effet bénéfique des antiprotéases sur l'évolution clinique de la maladie. Ces résultats connaissent un retentissement considérable, largement justifié. Apparaît la notion bien peu scientifique et toujours fortement usitée de « *highly active antiretroviral therapy* » (HAART) pour caractériser un traitement antirétroviral hautement actif. Nombre d'infections opportunistes disparaissant, les personnes infectées peuvent enfin quitter les hôpitaux. Ainsi, la morbidité et la mortalité liées à cette infection baissent de 80 % en trois ans (Rozenbaum, 2001). Les soignants arrêtent de compter les décès pour suivre l'évolution de la maladie. Grâce à ces nouveaux outils biologiques et thérapeutiques, on assiste à une révolution complète de la compréhension de la maladie et de son évolution. L'efficacité de ces traitements est telle que cette maladie, jugée alors inexorable, se transforme, peu à peu, en pathologie chronique. David Ho, promu « personne de l'année 1996 » par le magazine *Time*, développe le concept de « traiter fort et tôt » et la plupart des cliniciens le prennent au mot, trop heureux que leurs patients échappent à une mort certaine. Ainsi, deux paramètres biologiques émergent de ce nouveau paradigme de compréhension de la maladie. La quantification de la charge virale dans le plasma sanguin mesure l'intensité de la réplication virale du VIH et son corollaire, la vitesse de destruction des lymphocytes T CD4. La valeur absolue de ces lymphocytes T CD4 reflète l'état de dommage immunitaire induit par le VIH et permet d'estimer le risque

de survenue de manifestations cliniques liées au VIH, comme les infections opportunistes. Ces deux paramètres complémentaires guident l'instauration et le suivi de l'efficacité des traitements (Katlama *et al.*, 2004). On entre alors dans une période du « tout virologique » qui va monopoliser la réflexion des stratégies thérapeutiques. Le rapport des experts français de 1999 fait une large part aux ART. Les soignants se laissent séduire par des modèles mathématiques qui indiquent que l'éradication du virus de l'organisme serait possible, mais le retour à la réalité va être brutal. L'élimination, selon les premiers modèles mathématiques devait se faire en dix ans, mais elle passe à quarante ans, avec la découverte de l'existence de nouveaux « sites sanctuaires » où se cache le virus (Delfraissy, 2002). Ces critères de choix très biomédicaux des ART sont surtout de la compétence des soignants et laissent peu de place aux personnes infectées. On peut se demander alors si le mauvais suivi des prescriptions de ces ART si efficaces n'a pas été une réponse des patients à l'espace qui leur est laissé dans la relation thérapeutique.

Cet événement thérapeutique est tel qu'il conduit à une profonde refonte des recommandations thérapeutiques de l'époque, en privilégiant une inhibition de la réplication du VIH la plus puissante et la plus précoce possible (Rozenbaum, 1997). Dès 1997, l'éradication du VIH paraît peu probable, mais on avance l'hypothèse d'une stabilisation prolongée, voire indéfinie, pour la plupart des personnes traitées. Selon Rozenbaum, cette nouvelle perception des ART par les médecins permet d'augmenter de 30 % en un an le nombre de patients traités. Ces nouveaux ART ne sont pas perçus comme une arme magique qui ferait disparaître le sida, mais ils bouleversent profondément le système de soins qui doit s'adapter aux nouveaux besoins d'une maladie tendant à devenir chronique. Ils transforment également le quotidien des personnes infectées par le VIH dont l'espérance de vie augmente soudain. Le système social doit permettre à ces personnes de réinvestir cette « nouvelle vie » qui leur est rendue et qui est porteuse d'espoir.

Même si la première prescription et les modifications thérapeutiques doivent être réalisées par une équipe hospitalière, dès octobre 1997, plusieurs dispositions sont prises afin que les médecins de ville puissent assurer le suivi clinique et biologique des patients porteurs du VIH traités par les ART. Les bilans biologiques sont disponibles en laboratoire de ville et les antirétroviraux en officine. Seul le renouvellement annuel de la prescription étant assuré par l'équipe hospitalière, des médecins de ville se spécialisent dans la prise en charge de cette maladie. En 1997, 10 médicaments sont désormais disponibles en France. La richesse de cet arsenal thérapeutique permet davantage de possibilités de combinaisons thérapeutiques afin de parvenir à une puissance maximale.

Des études cliniques (essais thérapeutiques) montrent qu'une efficacité durable et majeure ne peut être obtenue que par l'association d'au moins trois antirétroviraux, grâce à une synergie d'action des trois médicaments (effet supérieur

à l'addition simple des effets en monothérapie). Ces combinaisons restent cependant à valider dans des essais thérapeutiques afin d'éviter les incompatibilités ou les résistances croisées.

Grâce aux HAART, les patients quittent les hôpitaux et réapprennent à vivre, à faire des projets. Cependant, dès cette même année, les premiers effets secondaires liés aux antiprotéases, comme le diabète, apparaissent. On s'aperçoit que le mode d'action des traitements n'est pas si sélectif et perturbe d'autres voies métaboliques dans l'organisme. En 1998 apparaît le terme de lipodystrophie et, en 1999, les cytopathies mitochondriales, un blocage secondaire aux ART du fonctionnement des mitochondries dans les cellules, leurs sources d'énergie. La période de la gestion des effets secondaires émerge concomitamment à la chronicisation de cette maladie. Ainsi apparaît un nouveau paradigme : « Traiter fort, mais seulement quand cela est nécessaire. » Dès les années 2000, une nouvelle phase débute, car cette efficacité des ART a un coût qui s'évalue quotidiennement en termes de tolérance, de toxicité et d'acceptabilité du traitement par les patients. Le but n'est plus l'éradication virale, mais l'obtention d'un équilibre virologique et immunologique durable, ce qui suppose une adhésion à long terme des patients. Progressivement, les cliniciens redonnent une place importante aux personnes infectées dans le choix et le suivi des traitements, en particulier, comme nous le verrons, dans les consultations d'observance.

« Quel est le moment favorable pour débiter les ART ? » demeure la grande question qui traverse cet historique des ART.

1.3. PROBLÉMATIQUE CENTRALE DES ART

Depuis le début de l'utilisation des antirétroviraux, la question du meilleur moment pour commencer un traitement se pose. Cette décision est fondée sur des résultats d'études thérapeutiques (essais cliniques) fréquemment réactualisés. En effet, après la phase d'invasion du VIH dans l'organisme, appelée primo-infection, il s'établit temporairement un équilibre entre cette infection et les défenses immunitaires de l'organisme qui parviennent à maintenir cette infection à l'état asymptomatique, c'est-à-dire sans grande conséquence clinique pour l'organisme infecté. Malgré de multiples essais cliniques, il reste encore difficile de préciser le moment adéquat pour initier le traitement afin d'améliorer la survie de l'individu. Avec la multiplicité des médicaments hautement actifs (HAART), plusieurs pays ont établi des recommandations thérapeutiques comme l'International Aids Society (Hammer *et al.*, 2006) ou le rapport des experts français (Yéni, 2006). Les premières recommandations étaient plutôt de « traiter tôt et fort » dans l'espoir, vite déçu, d'éradiquer le VIH de l'organisme de l'hôte. En effet, en s'intégrant au cœur même du système immunitaire, dans les lymphocytes T CD4, censés le détruire, le VIH, pour assurer sa propre multiplication, annihile toute chance d'éradication par le

système immunitaire et ce dernier parvient difficilement à contrôler l'infection durant quelques années. Même si l'objectif idéal des ART était de pouvoir, d'une part, prévenir l'infection et, d'autre part, guérir les cellules infectées, l'incorporation aléatoire de l'ADN proviral du VIH au sein du génome de l'organisme humain rend cet objectif difficile à atteindre. C'est donc souvent un contrôle de l'infection qui est recherché, c'est-à-dire un blocage de la réplication virale, l'infection restant latente dans les cellules hôtes. Par ailleurs, l'occurrence des effets secondaires et la perspective de prendre des médicaments «à vie» ont également eu comme conséquences de retarder la mise sous ART.

Les recommandations pour entreprendre le traitement à base de HAART sont basées sur le bénéfice-risque pour le porteur du VIH en tenant compte de la contrainte de la prise des ART, leur tolérance, leur coût financier et le risque d'émergence de résistance des souches virales VIH. La question du moment du début du traitement est aussi à considérer afin d'éviter de traiter les patients trop tardivement. Il est habituellement conseillé d'entreprendre le traitement quand il y a une baisse des défenses immunitaires, c'est-à-dire dès que le taux de lymphocytes T CD4 est inférieur à 350 cellules par mm³ de sang (Yéni, 2006). Cependant, une meilleure tolérance et une facilité d'utilisation des traitements conduisent à traiter plus tôt les personnes porteuses du VIH. Les essais cliniques permettent en outre de valider les associations de médicaments antirétroviraux efficaces. Ces «options à préférer» dans l'association des traitements, qui sont formulées sous forme de recommandations (Yéni, 2006), sont plutôt largement suivies par les médecins prescripteurs. On observe actuellement un consensus pour choisir comme première trithérapie une association de deux NRTI avec un «troisième agent» qui sera une antiprotéase ou un NNRTI.

1.4. LA VIE DES PERSONNES TOUCHÉES TRANSFORMÉE PAR LES ART

L'apparition de traitements antirétroviraux efficaces a bouleversé l'existence des personnes infectées par le VIH en écartant le spectre de la mort et de la maladie qui les menaçaient et en leur permettant de reconstruire leur existence dans ses différentes facettes. Les premiers temps suivant l'accès aux thérapies antirétrovirales sont généralement marqués par l'incidence bénéfique de ces médicaments sur l'existence individuelle et sociale des personnes. La situation des patients des pays du Sud ayant nouvellement accès au traitement illustre ce phénomène, à l'instar de ce qui se passa dans les pays occidentaux en 1996. Dans les premiers temps qui suivent le début du traitement, les antirétroviraux remplissent une fonction de resocialisation des individus, l'amélioration notable de l'état de santé rendant possible un retour à la vie normale et au statut social antérieur. Cette resocialisation passe aussi, pour une partie des personnes, par une reprise des activités sexuelles, souvent après de longues périodes d'abstinence, aussi bien

chez les personnes en couples que pour les célibataires². Par l'amélioration de l'état de santé qu'ils procurent, les antirétroviraux ont également pour effet de réactiver le désir de procréation chez certaines personnes infectées par le VIH, en particulier au sein des communautés africaines³ et, en France, chez les couples jeunes ou sérodiscordants (partenaires ayant des statuts sérologiques différents).

Néanmoins, bien qu'ils aient amélioré l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes du VIH, les ART n'ont pas toujours eu les résultats biologiques escomptés et n'ont pas été uniquement source de répercussions bénéfiques sur l'existence des patients.

2. L'ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE

Malgré l'apparition des HAART, l'échec aux ART continue d'être un problème important chez les personnes infectées. Cet échec peut être virologique quand on n'obtient pas la suppression de la réplication virale, immunologique quand la chute des lymphocytes CD4 se poursuit ou clinique quand la maladie continue d'évoluer. Cet échec peut avoir plusieurs causes comme une résistance du virus préexistante au traitement. Il peut être dû également à des concentrations des ART insuffisantes dans l'organisme à la suite de troubles de l'observance aux ART, à la suite d'interactions médicamenteuses ou avec l'alimentation ou à des variations individuelles dans le métabolisme des médicaments. Nous nous intéresserons ici davantage à la résistance aux ART et à l'observance à ces traitements.

2.1. RÉSISTANCES

Le succès des ART à réduire la progression de l'infection par le VIH est tempéré par l'échec thérapeutique auquel se heurtent nombre de personnes infectées. La résistance aux ART a été rapportée pour la première fois en 1989 avec l'AZT utilisé en monothérapie (Brun-Vézinet *et al.*, 2004). Cette perte d'efficacité est due à l'émergence de résistances virales, c'est-à-dire que des doses normales de la molécule anciennement efficace n'arrivent plus à inhiber la réplication du virus. Cette résistance est le résultat de mutations de l'enzyme ciblée par le médicament utilisé (transcriptase inverse ou protéase) et lui permet de fonctionner en présence de cet inhibiteur. Ces mutations se produisent lors des étapes de réplication du génome viral. La transcriptase inverse étant une enzyme peu fiable, en moyenne responsable d'une erreur mutationnelle à chaque cycle de réplication, elle génère une grande diversité mutationnelle au sein de la population de virus, ce qui explique

2. Sow et Desclaux, 2002 ; Maticka-Tyndale *et al.*, 2002 ; Adam *et al.*, 2004.

3. Qu'elles résident au Sénégal (Sow et Desclaux, 2002), en France (Heard *et al.*, 2007) ou au Canada (Fernet *et al.*, 2003).

la rapidité de l'apparition de résistance. Cette apparition est donc d'autant plus rapide que le virus continue à se multiplier malgré le traitement. On comprend mieux que l'association de plusieurs ART limite l'émergence de résistance. Lorsqu'un virus résistant à un des antirétroviraux de l'association apparaît, sa multiplication est bloquée par l'un des autres médicaments. La mauvaise observance du traitement, en autorisant une réplication à bas bruit du virus, favorise l'émergence de résistance à un ou plusieurs des antirétroviraux.

Certaines mutations de résistance sont communes à l'ensemble d'une classe de médicament et induisent une résistance aux autres antirétroviraux de la même classe alors qu'ils n'ont jamais été utilisés contre cette souche virale (population de virus isolée chez un malade), limitant par la suite les options thérapeutiques. Ces résistances sont actuellement la cause majeure des échecs thérapeutiques.

Ainsi, une proportion croissante de patients présentent une résistance aux trois principales familles d'ART (12,7 % dans la cohorte EuroSIDA) à la suite de plusieurs échecs thérapeutiques et ont changé plusieurs fois d'ART (Mocroft *et al.*, 2004). Les tests de résistance recherchent les mutations des gènes de la *reverse transcriptase* et de la protéase. Ces résistances pouvant être transmises aux personnes récemment infectées (Little *et al.*, 2002), les tests de résistance sont recommandés avant un premier traitement et quand il y a nécessité d'une modification thérapeutique après un échec virologique (Yéni, 2006). La résistance constitue une préoccupation majeure dans la prise en charge de l'infection par le VIH, mais également dans le développement de nouveaux ART.

2.2. CONSÉQUENCES SUR L'OBSERVANCE

Dès 1997, on sait qu'une excellente adhésion aux traitements est nécessaire à leur efficacité. On s'aperçoit également que les personnes en échappement thérapeutique sont vulnérables psychologiquement, culturellement et socialement (Rozenbaum, 1997). L'observance au traitement peut être définie comme un comportement de prise du traitement conforme aux recommandations du médecin. Quant à l'adhésion au traitement, qui désigne son versant intériorisé, elle correspond au « degré d'acceptation et d'accord qui définit la position d'un sujet vis-à-vis de l'exécution d'une thérapeutique » (Morin, 2001, p. 6). Le respect de la prescription médicale est particulièrement fondamental pour le succès thérapeutique des traitements ART, car il permet d'atteindre la suppression virale (charge virale du VIH indétectable). On sait également qu'un manque d'observance est associé à une mortalité plus grande (Hogg *et al.*, 2002). On estime que seul le suivi de 95 % des prescriptions d'antirétroviraux permet d'atteindre dans 80 % des cas la suppression virale (Paterson *et al.*, 2000) et une survie sans événement clinique classant au stade sida (Bangsberg *et al.*, 2004). Moins de 90 % d'observance fait chuter à 50 % l'atteinte de l'efficacité immuno-virologique. C'est de là que la

règle des 95 % d'observance aux antirétroviraux prend son origine, ce niveau étant bien supérieur à ce qui est habituellement toléré dans les autres maladies chroniques. Une inobservance aux ART a donc une double conséquence : une perte d'efficacité des traitements et l'émergence de souches virales résistantes. Ces résistances peuvent compromettre de futures lignes de traitements pour cet individu et pour d'autres s'il transmet ces virus résistants (Cohen et Friedland, 1998 ; Wainberg et Fauci, 1998 ; Spire, 2004). L'adhésion et la préparation du patient au traitement sont essentielles dans le succès thérapeutique : l'observance aux traitements constitue le premier facteur prédictif de succès thérapeutique prolongé (Yéni, 2006, p. 25). Cette excellente observance n'étant pas toujours présente dans la pratique quotidienne, il est nécessaire de définir des multithérapies d'ART plus simples à prendre facilitant le niveau d'adhésion aux traitements des patients, telles que les antiprotéases potentialisées qui réduisent le nombre de comprimés à absorber. Les études quantitatives et qualitatives sur les déterminants de l'observance au traitement des patients se rejoignent généralement dans l'identification de trois grandes catégories de facteurs (Morin, 2001 ; Tourette-Turgis et Rébillon, 2002 ; Vervoort *et al.*, 2007) : ceux relatifs au traitement (effets secondaires, posologie, contraintes horaires, contraintes alimentaires, etc.), ceux liés au patient (situation socioéconomique, état psychologique, entourage social, vécu de la pathologie, représentations du traitement, etc.) et, enfin, ceux relatifs aux rapports avec le médecin (confiance, qualité de la relation, de la communication, de l'information, etc.). Toutefois, l'observance ne peut pour autant être prédite et déterminée de façon mécanique et univoque. Elle reste avant tout un phénomène multifactoriel et dynamique qui évolue au fil du temps (Spire *et al.*, 2001a, 2001b) et prend racine dans la biographie et les appartenances sociales et culturelles des individus (Wallach, 2004). À travers l'inobservance s'expriment également les réactions des patients à l'irruption des ART dans leur vie quotidienne. L'ensemble des conséquences négatives du traitement sur la vie individuelle et sociale des patients donne parfois lieu à une forme d'autorégulation de la médication et à une réappropriation de la prescription médicale par les usagers de ces traitements. Dans certains cas, l'adaptation de la prescription à leur existence et à leur personne constitue, en effet, le seul moyen pour les patients de maintenir le suivi du traitement. Que ces réaménagements concernent la posologie ou les moments de la prise du traitement ou qu'ils conduisent à un arrêt total d'un médicament pour mettre fin à l'expérience d'un effet indésirable intolérable, ils ont largement participé à la mise en question des pratiques médicales « traditionnelles » dans le champ du VIH/sida.

Les antirétroviraux agissent ainsi comme de véritables vecteurs de transformations des relations soignant-soigné, de la prise en charge thérapeutique et du rôle des patients. La littérature a ainsi mis en évidence les modifications des pratiques et des relations entre les différents acteurs du système de soin induites par les antirétroviraux. Ces traitements ont apporté des changements considérables

dans les modalités de la prise en charge médicale et de l'accompagnement thérapeutique des personnes vivant avec le VIH, ainsi qu'à l'égard du rôle imparti aux patients dans la sphère médicale.

Tout d'abord, au sein des consultations médicales, les antirétroviraux ont contribué à faire évoluer les pratiques des médecins et leurs rapports avec les malades. Le constat de l'inobservance des patients à la prescription médicale a incité les médecins à repenser leurs pratiques et à tenter d'instaurer un partenariat et un dialogue avec les patients. En France, les recommandations des experts relatives à la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (Delfraissy, 2004 ; Yéni, 2006) prônent la prise en compte par les médecins de l'expérience des traitements des patients, mais aussi de leurs difficultés psychosociales afin de prévenir les risques de rupture d'observance. L'observation des pratiques des médecins met en évidence leur souci de prescrire un traitement qui s'adapte au mode et au rythme de vie des patients, ainsi que la prise en compte des requêtes et des préférences des patients dans les choix des médicaments (Wallach, à paraître *a*). De façon générale, les antirétroviraux ont accru l'attention portée par les médecins au point de vue des malades et favorisé la communication entre prescripteurs et patients.

Les ART ont ainsi paradoxalement donné une grande place au patient et à son adhésion au projet thérapeutique. Au-delà de l'évolution des pratiques des médecins, ces traitements et la nécessité de leur observance rigoureuse ont été à l'origine d'une transformation globale de la prise en charge thérapeutique des patients. En complément du suivi médical traditionnel se sont rapidement développées des interventions destinées à accompagner les patients dans leurs difficultés thérapeutiques, impliquant d'autres acteurs de la santé que les médecins prescripteurs (Tourette-Turgis et Rébillon, 2002 ; Moulin, 2001 ; Fogarty *et al.*, 2002 ; Simoni, *et al.*, 2003 ; Marchand *et al.*, 2005 ; Valentini, 2005 ; Wallach, à paraître *a* et *b*). Ainsi se sont mises en place dans les services hospitaliers des « consultations d'observance », faisant appel à différentes catégories de soignants comme des infirmières, des pharmaciens, des psychologues, des médecins. Ces consultations constituent un espace où le temps est pris pour informer le patient, comprendre sa situation, entendre les raisons de sa non-observance. Il s'agit bien de relayer le discours médical avec d'autres approches et de tenter d'adapter les antirétroviraux à la vie de l'individu plutôt que le contraire. De nouveaux dispositifs d'aide à l'observance et d'éducation thérapeutique ont également vu le jour dans certaines associations de lutte contre le sida. Apportant une information sur la pathologie et les traitements ainsi qu'une aide à l'organisation de prises et à la gestion des effets indésirables des médicaments, ces interventions modifient le rôle traditionnellement imparti au patient, en lui donnant les moyens de devenir actif dans la gestion de son traitement et de sa pathologie. Ainsi, en sortant de sa

posture passive, il devient une personne à former et à informer. En outre, par l'attention qu'elles portent aux conditions de vie des patients et à ses difficultés psychologiques, ces interventions confèrent au patient sa place de personne dans son contexte psychosocial, quand la médecine aurait tendance à ne voir en lui qu'un être biologique.

À travers l'inobservance, les antirétroviraux ont véritablement la fonction de rééquilibrer la relation soignant-soigné dans un partenariat, alors que la technicité biomédicale des traitements avait pu faire croire aux soignants qu'eux seuls détenaient le savoir.

La forte appropriation biomédicale des ART, à la suite de leurs mécanismes immunovirologiques hyperspécialisés, n'a donc pas empêché leur réappropriation par les personnes soignées, par leur adhésion ou non à ces traitements. Cette appropriation s'est réalisée aux différents moments de la chaîne des ART, en modifiant en particulier les critères de prescription et de choix. Les difficultés d'adhésion ont également rapidement conduit l'industrie pharmaceutique à améliorer leur tolérance et à simplifier leur utilisation. De nouveaux schémas thérapeutiques sont en cours de validation comme une trithérapie, l'ATRIPLA®, disponible sous la forme d'un comprimé par jour, afin de limiter le nombre de prises et de comprimés quotidiens.

2.3. ARRÊTER LES ART?

La relative mauvaise tolérance des ART et les difficultés d'observance ont conduit à des approches alternatives à un traitement continu. Un des fondements des interruptions thérapeutiques programmées est la réexposition du système immunitaire au virus, afin de « forcer » cet organisme à combattre l'infection. Les études n'ont pas confirmé cette hypothèse. L'autre fondement est « l'épargne thérapeutique », en interrompant et en différant au maximum la reprise des ART. Cette approche, guidée par le nombre de lymphocytes CD4, comme dans l'étude SMART (2006), augmente cependant la morbidité et la mortalité des patients. Plusieurs manières de faire ont été développées, mais aucune n'est véritablement satisfaisante dans la mesure où ces périodes d'interruption s'accompagnent d'une chute des lymphocytes CD4 et de l'occurrence plus fréquente d'infections opportunistes (Lawrence *et al.*, 2003). On ne sait pas encore suffisamment et précisément évaluer l'incidence des interruptions des ART sur l'observance, surtout à la reprise de ces médicaments. La disparition des contraintes lors de l'interruption pourrait freiner la motivation de la personne à reprendre une nouvelle trithérapie, comme la perte du « réflexe », de l'habitude des prises quotidiennes (Chesney, 2000 ; Spire, 2004).

3. LES EFFETS DES ART

3.1. LES EFFETS SECONDAIRES

L'optimisme suscité par les réels progrès des ART a été rapidement tempéré par leurs effets secondaires. Les ART ne sont pas des médicaments anodins et ils présentent tous une certaine toxicité pour l'organisme responsable d'effets secondaires ou indésirables plus ou moins marqués à court, moyen et long termes. Ces effets secondaires sont variés, bénins ou graves, et diffèrent selon le moment de leur apparition et la classe ou le type de molécule utilisée. Ils peuvent comporter une redistribution du tissu adipeux, des troubles du métabolisme lipidique ou glucidique. Ils peuvent justifier l'arrêt d'un des antirétroviraux de la trithérapie et son remplacement par un autre.

Ainsi, les patients traités avec des antiprotéases développent souvent une dyslipidémie et semblent, avec le temps et le vieillissement, plus sujets à des événements cardiovasculaires graves comme un infarctus du myocarde par exemple. La fréquence des dyslipidémie augmente avec la durée du traitement puisque 50 % des patients sous antiprotéases présentent une dyslipidémie au bout de deux ans (Chanu et Valensi, 2005) et majorent le risque cardiovasculaire dans cette population. L'étude la plus importante DAD – *The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs* – donne une analyse combinée de 11 cohortes, soit environ 23 000 patients suivis sur plusieurs années afin d'évaluer l'incidence des ART sur les troubles cardiovasculaires. Les antiprotéases induisent un risque modéré d'augmenter de 16 % l'apparition d'infarctus du myocarde. Cependant, le risque d'infarctus a été réduit de moitié grâce aux nouvelles trithérapies moins délétères. D'autres études ont montré que l'arrêt des médicaments pourrait causer également des problèmes cardiovasculaires, à la suite d'une inflammation de la paroi des artères, produite par le virus VIH (El Sadr et Neaton, 2006).

Après plusieurs années de traitements, malgré la bonne tolérance de ces médicaments, d'autres effets secondaires graves peuvent apparaître, comme la lipodystrophie (déplacement de masses graisseuses du corps, qui modifie l'apparence physique ; Yéni, 2006). Ces lipodystrophies provoquent une baisse importante de la qualité de vie et une adhésion réduite aux ART. Elles altèrent l'image de soi des personnes qui en sont atteintes, les amenant parfois à éprouver une aversion ou un sentiment d'étrangeté à l'égard de leur propre corps. Chez les femmes, ces transformations physiques sont souvent vécues comme une atteinte à la féminité, dans la mesure où leur corps tend à prendre une apparence plus masculine (Bastien *et al.*, 2004 ; Wallach, 2005). Elles touchent environ 15 % des personnes traitées depuis au moins deux ans (Yéni, 2006) et leur mécanisme, leur traitement ou leur prévention restent finalement peu connus. Leur prise en charge médicale, qui demeure difficile, consiste surtout à modifier les ART les plus à risque de provoquer la lipodystrophie, à proposer des mesures hygiénodietétiques

(activité physique, régime), ainsi qu'à préconiser des mesures spécifiques comme la chirurgie ou la liposuction, et, dans le cas des lipoatrophies, particulièrement au visage, l'injection de produits de comblement.

3.2. LES ANTIRÉTROVIRAUX COMME AGENTS DE TRANSFORMATIONS DE L'EXISTENCE SOCIALE ET INDIVIDUELLE

Les antirétroviraux entraînent à long terme des répercussions négatives sur les individus en raison des contraintes et des effets indésirables qu'ils engendrent. Les études réalisées dans les pays du Nord mettent en évidence malgré l'efficacité indéniable des ART, un rôle possible de déstabilisation de l'existence sociale des personnes infectées par le VIH joué par les antirétroviraux. Tout d'abord, sur le plan des interrelations, les antirétroviraux exposent au risque que le statut infectieux soit découvert par des personnes de l'entourage vis-à-vis desquelles l'individu souhaitait en préserver le secret. La prise quotidienne des médicaments, ainsi que les transformations de la silhouette opérées par certains effets indésirables, constituent des signes tangibles de la séropositivité qui peuvent contraindre les personnes à divulguer leur statut infectieux contre leur gré (Maticka-Tyndale *et al.*, 2002; Adam *et al.*, 2004). Concernant la vie sociale, les études mettent en évidence la restriction des activités de loisirs et la réduction du cercle relationnel des personnes sous antirétroviraux souffrant d'effets secondaires des médicaments importants, tant du fait des problèmes physiques et psychologiques liés au traitement que de la peur de subir des effets indésirables imprévisibles en public (Trottier *et al.*, 2003). La prise d'un traitement antirétroviral affecte également la vie professionnelle d'une partie de la population touchée en raison des effets indésirables des médicaments qui altèrent leurs aptitudes physiques ou psychologiques et rendent difficile le retour à l'emploi ou son maintien. Ainsi, le faible niveau d'emploi des personnes vivant avec le VIH (56 % en France en 2003) semble en partie attribuable à la détérioration de la santé provoquée par les effets indésirables des médicaments (Trottier *et al.*, 2003 et 2004; Adam *et al.*, 2004; Dray-Spira et Lert, 2007). Ces résultats seraient à reconsidérer dans la mesure où ces études ne prennent pas en compte la forte amélioration de la tolérance thérapeutique intervenue depuis 2004, ce qui nécessiterait de nouvelles études.

Parallèlement à leurs conséquences sur l'existence sociale, les traitements entraînent des changements importants dans la sphère de la vie intime des personnes atteintes par le VIH. Les femmes et les hommes vivant avec le VIH connaissent souvent une dégradation de leur vie amoureuse et sexuelle en raison d'effets indésirables des antirétroviraux (Maticka-Tyndale *et al.*, 2002; Adam *et al.*, 2004; Bastien *et al.*, 2004) comme la baisse de la libido, la fatigue ou les troubles érectiles chez les hommes, mais aussi du fait de la baisse de l'estime de soi, du sentiment d'inaptitude à séduire et de l'isolement amené par la dégradation de l'apparence physique (Trottier *et al.*, 2004; Wallach, 2005). Autre point

important, les antirétroviraux viennent bouleverser le mode et le rythme de vie des individus. Le traitement antirétroviral inscrit les personnes dans une nouvelle temporalité rythmée par la prise quotidienne et régulière des médicaments qui oblige souvent à des réaménagements du mode de vie antérieur (Broqua, 1999; Pierret, 2001, 2004). Les recherches sur le vécu des antirétroviraux mettent également en lumière les métamorphoses identitaires que la prise de ces médicaments opère chez les individus. Symbolisant pour beaucoup des patients le signe de l'entrée dans la maladie (Mendès-Leite et Banens, 2006; Wallach, 2004), les médicaments antirétroviraux viennent réactualiser leur sentiment d'appartenance au groupe des personnes atteintes par le VIH. L'expérience d'une transformation identitaire peut aussi prendre sa source dans les modifications de l'apparence physique occasionnées par certains médicaments (Trottier *et al.*, 2004; Mendès-Leite et Banens, 2006). Les ART produisent par conséquent de multiples transformations individuelles et sociales qui viennent progressivement restructurer l'existence et l'identité des personnes vivant avec le VIH. Par ailleurs, les bienfaits des antirétroviraux se confirmeraient à long terme. Selon une étude récente effectuée au Danemark (Lohse *et al.*, 2007) et une autre en France (Yéni, 2006), où l'accès aux soins est universel, les patients sous multithérapie auraient une espérance de vie similaire à la population générale de leur pays respectif.

4. LES ART AUJOURD'HUI : QUEL BILAN ?

Où en sommes-nous après vingt-cinq ans d'épidémie VIH ? De nouvelles manières d'utiliser les ART ont été développées et plusieurs nouvelles stratégies sont à la disposition des soignants : les trithérapies en une prise par jour, les stratégies de simplification thérapeutique, les régimes épargnant les NRTI et transformations dues aux ART touchent l'ensemble des acteurs s'inscrivant dans la chaîne des médicaments.

4.1. L'INCIDENCE DES ART SUR LES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

L'épidémie VIH/sida est un des rares cas de maladie où l'on a pu voir s'établir une synergie poussée entre les différents partenaires pour la mise à disposition rapide d'ART : chercheurs biomédicaux, associations, praticiens et patients. Grâce à ces interactions, le sida, maladie mortelle, est devenu une maladie chronique et les traitements antiviraux ont été rapidement améliorés puisqu'en moins de vingt ans, l'AZT a été complété par une vingtaine de nouvelles molécules.

Les ART ont apporté des changements considérables quant à l'implication des patients dans la chaîne des médicaments (Garnier, 2003b) et, plus particulièrement, dans la recherche thérapeutique. Le développement des thérapies

antirétrovirales a, en effet, été marqué par un engagement des mouvements de patients sans précédent comme l'attestent les recherches réalisées en France (Barbot, 2002) et aux États-Unis (Epstein, 2001). Les militants de la lutte contre le sida sont parvenus à faire entendre leur voix auprès des spécialistes et à devenir un « point de passage obligé » (Barbot, 2002 ; Epstein, 2001) dans les décisions relatives au développement des médicaments contre le VIH/sida. Ils ont notamment contraint les instances décisionnaires, telles que l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) en France ou le National Institute of Allergy and Infectious Disease (NIAID) aux États-Unis à les consulter dans la conception et la conduite des essais cliniques. Le rôle des associations de patients, et notamment du groupe interassociatif TRT-5 en France, a été déterminant relativement à des enjeux aussi essentiels que l'accélération de la mise sur le marché des médicaments, l'accès compassionnel aux nouvelles molécules, l'élargissement des catégories de participants recrutés pour les essais (femmes, enfants) ou la mobilisation pour repérer et mettre en place les moyens de lutter contre les effets secondaires des médicaments. Les antirétroviraux ont par conséquent agi comme des vecteurs essentiels de transformation du rôle des patients et de redistribution des pouvoirs au sein de la sphère médicale. Plus largement, les associations, par leur autonomie à l'égard du corps médical et par leur organisation, ont acquis au cours des années un poids de plus en plus important et sont devenues un acteur à part entière dans de nombreux domaines : lutte contre la discrimination, réflexion éthique, méthodologie des études cliniques ou encore traitements avec la forte pression qu'elles peuvent exercer sur les firmes pharmaceutiques. Elles sont également devenues parties prenantes dans la mise en place de la politique de santé publique (Delfraissy, 2002).

L'innovation thérapeutique dans l'infection par le VIH a fait évoluer la réglementation de la délivrance des médicaments avec les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et a modifié la place de l'industrie pharmaceutique dans cet environnement. Nous avons vu que, dès 1996, les compagnies pharmaceutiques font des efforts considérables pour la mise à disposition en ATU ou sur le marché de nouveaux ART, plus faciles d'utilisation, de plus longue durée d'action permettant une prise quotidienne. Les agences réglementaires facilitent la mise en place des ATU de cohorte ou nominatives et les essais thérapeutiques se multiplient (Delfraissy, 2002). En France, l'AFSSAPS, l'agence française de sécurité sanitaire, délivre à titre exceptionnel des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour des spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France, mais autorisées à l'étranger ou encore en cours de développement. Les ATU sont délivrées dans le cas de maladies graves comme le sida. De même, l'industrie pharmaceutique est sortie de son métier initial de recherche, de développement et de distribution des médicaments pour apprendre à communiquer avec les patients, à intégrer les pouvoirs publics et les patients comme des partenaires tout au long de la chaîne des médicaments.

Une forte pression est aussi mise sur les laboratoires pharmaceutiques afin qu'ils baissent les prix des antirétroviraux, mais leur vente dans les pays occidentaux reste cependant très lucrative. Même si l'épidémie se développe dans les pays d'Afrique subsaharienne où la mise à disposition des antirétroviraux n'est d'aucun profit pour ces sociétés, l'épidémie augmente également dans les pays occidentaux, comme en Europe et en Amérique du Nord où le nombre de personnes vivant avec le VIH est passé de 1,9 à 2,1 millions. Et il s'agit de populations à traiter à très long terme.

4.2. LES ART PÉDIATRIQUES

Plus de deux millions d'enfants dans le monde sont infectés par le VIH. L'objectif général du traitement de l'enfant est le même que chez l'adulte. On retrouve par ailleurs cette même efficacité des ART et le même risque d'échec thérapeutique. Dans l'état actuel des connaissances, on poursuit le plus longtemps possible le traitement par les ART, sous réserve d'une bonne tolérance et de son acceptation par l'enfant. Cependant, leur utilisation chez les enfants reste complexe en raison des médicaments eux-mêmes et aux conditions sociales et familiales qu'ils traversent. Peu d'antirétroviraux ont une galénique qui leur est adaptée et la pharmacocinétique est également bien différente des adultes (Faye, 2007). La notion de «capital thérapeutique» est fondamentale afin de ne pas limiter trop rapidement, en raison des résistances, les alternatives thérapeutiques (Yéni, 2006). Une étude de cohorte réalisée auprès d'une vingtaine de préadolescents et d'adolescentes québécois, infectés par voie verticale, a par ailleurs mis en relief les difficultés que peut poser la prise quotidienne d'un traitement antirétroviral pour cette population en exacerbant des problèmes éprouvés à cette période du développement, tels que les besoins d'autonomie, d'indépendance ou de normalité (Fernet *et al.*, 2007). En raison de la prévention extrêmement efficace de la transmission de la mère à l'enfant par les ART, en 2007, en France, seulement une vingtaine d'enfants sont infectés chaque année par le VIH, comme dans la plupart des pays occidentaux (Faye, 2007). Cette bonne nouvelle en cache une mauvaise, car le faible marché des ART pédiatriques dans les pays du Nord n'incite pas l'industrie pharmaceutique à investir sur des formulations galéniques adaptées aux enfants.

4.3. LA TRANSMISSION DES RÉSISTANCES AUX ART

Les résistances du VIH aux ART ont des conséquences sur l'individu infecté par l'utilisation d'une trithérapie non efficace et des répercussions collectives par le risque de transmission de ces souches virales résistantes. Les tests génotypiques

de résistances⁴ permettent au clinicien de déterminer les médicaments sensibles ou résistants, alors que les dosages de ces antirétroviraux dans le sang permettent de mieux évaluer le rapport efficacité/tolérance. La transmission possible de souches virales déjà résistantes à des antirétroviraux pose la question controversée de la surinfection (Blackhard *et al.*, 2002). Ce terme désigne les cas où une personne déjà infectée par le VIH contracte une autre souche du virus. Dès 2005, 23 cas de surinfection étaient documentés dans les revues scientifiques. On sait aujourd'hui qu'une double infection par le VIH, c'est-à-dire la présence de deux souches distinctes de VIH, peut survenir dans certains cas. Deux mécanismes peuvent expliquer cette situation : la co-infection, par laquelle un patient est infecté par deux espèces distinctes de VIH en même temps, et la surinfection, qui renvoie à une infection séquentielle du patient par deux souches virales différentes. Les chercheurs ne connaissent pas suffisamment la fréquence réelle de la surinfection, et, dans les cas décrits, les relations sexuelles non protégées ont favorisé la transmission de VIH multirésistants, ce qui a eu pour effet de limiter les options futures de traitement des patients (Chakraborty *et al.*, 2004).

4.4. LE FUTUR DES ART

Même si les ART ont profondément transformé le visage de l'épidémie VIH, le besoin de nouveaux médicaments est considérable et l'un des principaux défis réside dans la recherche de molécules pouvant inhiber le VIH à très long terme, puisqu'on ne peut toujours pas l'éradiquer de l'organisme. Les ART actuels ne peuvent en effet pas atteindre le virus présent dans les réservoirs de l'organisme. De plus, la chronicité de l'infection et l'universalisation de l'accès aux antirétroviraux devraient contribuer à une émergence très forte de populations virales résistantes à ces médicaments (Little *et al.*, 2002). Ainsi, de nouvelles molécules ayant une haute barrière génétique aux résistances sont plus que nécessaires. Deux voies de recherche sont actuellement suivies : développer des agents pouvant atteindre de nouvelles cibles, comme la classe des anti-intégrases, et développer de nouveaux médicaments dans les classes thérapeutiques déjà existantes qui soient efficaces sur les souches virales résistantes à ceux de la même famille actuellement disponibles. Il s'agit également d'améliorer la tolérance et la galénique de ceux qui sont déjà sur le marché. Toutes ces caractéristiques devraient générer une meilleure efficacité des ART, plus durable et permettant une reconstitution immunitaire plus forte.

4. Ce test détaille le patrimoine génétique du virus VIH et permet de dire s'il y a eu ou non apparition de mutations permettant la résistance du virus à un ou plusieurs médicaments.

En plus des nouveaux ART issus de familles actuellement disponibles, de nouvelles familles sont en cours de développement. La plus récente famille d'ART mise sur le marché est l'inhibiteur de fusion qui empêche le VIH d'infecter les cellules humaines en bloquant les protéines virales qui neutralisent les membranes cellulaires. Actuellement, un seul inhibiteur de fusion a reçu l'AMM, l'enfuvirtide (*Fuzeon*®, T-20), enregistré en mars 2003. Très onéreux, le *Fuzeon*® doit être administré par injection sous la peau et il a plusieurs effets secondaires, en particulier au point d'injection. Mais étant le premier d'une nouvelle classe thérapeutique, il permet de donner une chance supplémentaire aux patients devenus résistants aux autres traitements.

Certaines personnes sont aujourd'hui en situation d'échec thérapeutique avec la plupart des traitements disponibles. Pour continuer à maîtriser le virus, il faut donc faire appel à de nouvelles classes de médicaments actifs sur ces virus résistants. Parmi ces nouveaux traitements de l'échec thérapeutique, on peut citer par exemple l'anti-intégrase raltégravir *Isentress*® (Grinsztejn *et al.*, 2007) et l'anti-CCR5 maraviroc. Cette anti-intégrase, qui empêche l'intégration du génome viral dans le génome cellulaire, est vraisemblablement la molécule la plus prometteuse actuellement en fin de développement, en particulier pour les patients qui n'ont plus véritablement d'alternative thérapeutique. Le maraviroc (*Celsentri*®), quant à lui, est un inhibiteur du corécepteur CCR5 qui permet au VIH de s'attacher au lymphocyte T CD4. Les premiers résultats chez les patients multitraités sont très favorables, mais il ne peut pas être utilisé par tous ceux qui en auraient besoin, car il ne bloque que le récepteur CCR5 d'entrée du VIH dans la cellule. Or, souvent, le virus VIH utilise un autre corécepteur CXCR4 pour entrer dans la cellule. Pour la première fois, plusieurs ART issus de nouvelles familles, qui se caractérisent par une excellente tolérance, sont disponibles simultanément pour les patients qui sont résistants aux autres traitements. Ces classes permettent d'atteindre le VIH sur des cibles nouvelles tout en évitant des résistances croisées avec les ART existants, ce qui constitue un développement remarquable. Les voies d'avenir reposent probablement sur la combinaison d'ART moins toxiques et des stratégies de stimulation de la réponse immune à travers des substances immunogènes comme les cytokines, par une stimulation spécifique avec des antigènes viraux vaccinaux qui amplifieraient le contrôle de la multiplication du VIH (Delfraissy, 2002).

4.5. PHARMACOGÉNOMIQUE DES ART

La pharmacogénomique tente de comprendre les relations entre les variations génétiques chez un individu et ses réponses aux traitements. Elle fournit en particulier des outils puissants pour étudier la variabilité des réponses aux ART. Il a été montré que les personnes qui ont le marqueur B5701 (Martin *et al.*, 2004)

sont plus à risque de développer une hypersensibilité à l'abacavir *Ziagen*®, de la famille des NRTI. Cette réaction allergique généralisée est potentiellement mortelle. La pharmacogénomique pourrait permettre d'individualiser davantage les multithérapies selon la constitution génétique de l'organisme, en tenant compte des différences ethniques et de genre (Fletcher *et al.*, 2004). Ainsi, plusieurs tests génétiques pourraient prochainement intervenir en routine dans le suivi de l'infection par le VIH (Haas, 2005).

L'efficacité biomédicale indéniable des ART ne les empêche pas cependant d'être devenus un produit symbolique à la croisée d'enjeux commerciaux, de santé et de développement durable. L'accès aux antirétroviraux des pays du Sud a globalisé une dimension de la maladie, celui de l'usage à vie des antirétroviraux. Les efforts trébuchent toujours sur la même pierre d'achoppement : les médicaments ne peuvent pas éradiquer le VIH. Convaincre de l'observance aux traitements est plutôt aisé quand elle représente une question de vie ou de mort, mais l'enjeu est tout autre sur le long terme. Or c'est dans la monotonie du quotidien que le risque d'émergence de résistances du VIH aux médicaments est le plus fort. De même, la prise en considération des puissants cofacteurs sociaux de cette épidémie devrait conduire les chercheurs et soignants à mettre au point des médicaments qui intègrent ces dimensions et ainsi améliorer les soins dans le monde en tenant véritablement compte de celles et ceux à qui ils sont destinés. Il s'agit pour cela d'écouter les patients avec ces ART. Il faut aussi que les soignants les utilisent à bon escient, afin de limiter l'émergence de résistances à ces nouvelles classes. La meilleure tolérance des nouveaux ART devrait également permettre de nouvelles indications d'utilisation, dépassant le seul niveau curatif.

5. INCIDENCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES ART

Bien que les antirétroviraux efficaces soient disponibles, l'épidémie du VIH progresse. Les nouvelles contaminations s'accroissent, les pratiques à risque augmentant en Europe comme aux États-Unis et les diagnostics tardifs restant toujours aussi nombreux. Ce constat de relatif échec incite les acteurs de la lutte contre l'épidémie à réévaluer les outils de santé publique disponibles pour lutter contre cette pandémie et les antirétroviraux pourraient occuper une place importante dans l'arsenal préventif. La mise à disposition des médicaments ART dans des pays à forte prévalence du VIH/sida a permis de montrer que la prévention, loin d'être une alternative aux traitements, constitue avec ces derniers un continuum de soins (Lebouché, 2006). Les antirétroviraux ne devraient plus être considérés uniquement dans leur simple fonction thérapeutique, mais également comme des outils préventifs, certes atypiques, dans la mesure où ils peuvent être prescrits aux personnes infectées et à celles qui ne le sont pas (Blower et Farmer, 2003).

Ainsi, les ART provoquent une diminution de la charge virale du VIH dans le sang, et la plupart du temps également dans le sperme et les sécrétions génitales. De plus, en améliorant l'immunité par l'augmentation des lymphocytes T CD4, ils réduisent l'infectiosité et le risque de transmission. Mais les ART ont également d'autres effets dans la lutte contre l'épidémie de VIH. En effet, la disponibilité des traitements dans les pays du Sud contribue à augmenter le recours au dépistage car un test de VIH positif n'est plus synonyme de mort, mais d'accès aux soins. Farmer et son équipe de Partner in Health⁵ ont ainsi montré comment en Haïti, après un an du programme *HIV Inquity Initiative*, les demandes de counseling et de dépistage ont augmenté de 300 % (Muckherjee et Farmer, 2003). Farmer met également en lumière dans quelle mesure la disponibilité des médicaments permet de réintégrer celui qui vit avec le VIH/sida dans la communauté et d'en faire un acteur de prévention essentiel (Arachu et Farmer, 2005).

5.1. LES ART APRÈS L'EXPOSITION AU VIH

Le dispositif de prophylaxie postexposition au VIH – accident d'exposition sexuelle ou au sang (AES) – est essentiellement utilisé après des accidents associés au sang chez des professionnels de santé ou à la suite de rapports sexuels à risque (Lot *et al.*, 2007). En France, ce dispositif s'est progressivement mis en place à la suite de l'étude cas-témoin (Carlo *et al.*, 1997) des Centers for Disease Control (CDC) américains révélant que le risque de contamination du VIH chez des professionnels de santé était réduit de 80 % après une exposition percutanée au virus, après prise de zidovudine (AZT). En 1998, ce dispositif a été étendu aux expositions au VIH professionnelles, sexuelles ou par partage de seringue. L'appréciation du risque de transmission du VIH, réalisée dans les services de soins habituels aux personnes vivant avec le VIH ou dans les services d'urgences des hôpitaux français détermine habituellement la décision de prescrire ou non une trithérapie anti-rétrovirale. Les recommandations nationales montrent bien comment, afin de limiter des prescriptions inutiles, seules les prescriptions d'ART pour des situations à fort risque de transmission du VIH sont recommandées.

5.2. LES ART AVANT L'EXPOSITION AU VIH

Certains chercheurs vont aussi jusqu'à proposer la prophylaxie préexposition (PPrE), qui consisterait à administrer une multithérapie à des personnes séro-négatives avant qu'elles aient des relations sexuelles non protégées. Une utilisation

5. Partner in Health est une organisation non gouvernementale fondée par l'anthropologue et médecin Paul Farmer, présente en particulier en Haïti, dans la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose. Elle se caractérise par sa volonté de rendre disponibles les dernières avancées médicales à ceux qui en ont davantage besoin, soit les populations les plus pauvres. Leur site Internet est accessible sur <www.pih.org/index.html>.

ciblée des multithérapies pour des personnes fortement enclines à prendre des risques pourrait ainsi les protéger contre l'infection. Cette hypothèse est bien loin de faire l'unanimité, bien qu'elle ait le mérite d'un certain pragmatisme en essayant d'atténuer cette prise de risques, mais sans cependant oublier le discours préventif traditionnel.

5.3. LE TRAITEMENT À VISÉE DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans les pays où les ART sont disponibles sans restriction, ils n'ont cependant pas permis une baisse de la transmission du VIH, qui continue à augmenter, particulièrement chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, ce qui est un échec du point de vue de la santé publique.

Les données concernant la transmission materno-fœtale ou parmi les couples sérodiscordants montrent dans quelle mesure le risque de transmission est relié à l'intensité de réplication virale du VIH dans l'organisme. Une équipe montréalaise (Brenner *et al.*, 2007) a ainsi récemment mis en évidence qu'au Québec, environ 50 % des nouvelles infections par le VIH seraient transmises par des personnes qui sont au stade très précoce de l'infection, plusieurs d'entre elles ignorant qu'elles sont porteuses du VIH. Lors des premières semaines de l'infection par le VIH, la réaction immunitaire de l'organisme peine à contrôler la prolifération virale et les personnes récemment infectées sont particulièrement à risque de transmettre le virus à leur entourage. L'utilisation des ART à ce moment pourrait contribuer à réduire la transmission de cette infection chez des personnes sexuellement actives et aurait ainsi une action préventive intéressante, mais cette stratégie ne fait pas consensus. La bonne tolérance des ART, leur simplicité d'utilisation qui permet leur usage à long terme constituent des arguments en faveur de cette approche et leur coût serait compensé par le bénéfice retiré des vies épargnées par l'infection. De plus, cette stratégie pourrait réduire la stigmatisation, la peur et la discrimination dont sont l'objet les personnes touchées par l'infection. Cependant, plusieurs arguments restent en défaveur de cette approche préventive des ART. Elle transformerait en effet les soignants, habituellement investis dans le soin à leurs patients, en agents de santé publique. L'augmentation de la prise de risque sexuel, liée à la croyance erronée de ne plus transmettre le VIH, pourrait aussi intervenir. La toxicité des traitements pourrait surpasser leur bénéfice potentiel et l'émergence de résistances aux traitements, conduire à un échec thérapeutique puis à la transmission de souches résistantes. Le statut et la pertinence préventive des antirétroviraux sont donc loin d'être tranchés, mais ils pourraient infléchir les tendances actuelles de l'épidémie. L'éventuelle validation de ce statut préventif aurait des conséquences sur toute la chaîne de ces médicaments. En effet, si le traitement devenait un instrument utile en santé publique pour réduire la diffusion du VIH, il devrait alors être mis à disposition de manière différente qu'il ne l'est actuellement. Les patients sans symptômes devraient être identifiés plus rapidement

et immédiatement traités. Une telle approche modifierait profondément les politiques de prévention et aurait le mérite d'atténuer la responsabilité de la personne porteuse du VIH dans la transmission.

5.4. LES MICROBICIDES

La transmission du VIH/sida doit cependant se comprendre dans un double paradigme de vulnérabilité infectieuse et sociale (Lebouché, 2006). L'ONUSIDA estime que 60 % de ceux qui vivent avec le VIH/sida en Afrique subsaharienne sont des femmes, la proportion augmentant particulièrement là où elles sont moins à même de refuser des relations sexuelles ou négocier le port du préservatif. Cette récente féminisation de l'épidémie du sida est le reflet d'une plus grande vulnérabilité à la fois sociale et biologique des femmes par rapport aux hommes (Quinn et Overbaugh, 2003). De nouveaux moyens de prévention, comme les microbicides⁶, adaptés au contexte des femmes, puisqu'ils peuvent être utilisables parfois à l'insu du partenaire, sont envisagés. Les résultats d'essais cliniques sur les microbicides, qui sont encore en cours de développement, ne sont pas concluants et après le Nonoxynol-9, c'est l'essai du sulfate de cellulose en 2006 qui a été interrompu car il augmenterait le risque de contamination, et ce, pour des raisons non encore élucidées. Néanmoins ces stratégies restent considérées puisqu'une mise sur le marché de microbicides est projetée pour 2009. Une seconde génération est déjà à l'étude pour 2012 (Éditorial, *Lancet*, 2007) et elle intégrerait des anti-rétroviraux afin de maximiser l'efficacité préventive qui pourrait atteindre alors 100 % (Alliance for Microbicide Development, 2006).

Les premières études sur l'acceptabilité des microbicides (Mantell *et al.*, 2005 ; Elias et Coggins, 2001), réalisées auprès des femmes et des couples susceptibles de les utiliser, montrent que le développement de ces traitements doit nécessairement prendre en considération, à tous les stades de la chaîne de ces médicaments, le contexte des personnes qui les utilisera, leurs inégalités sociales de santé. Le modèle médicosocial d'élaboration de ces médicaments devra tenir compte de la double vulnérabilité, infectieuse et sociale, puisque leur efficacité dépendra de leur effet sur ces facteurs complexes. Ce modèle devrait influencer les caractéristiques des produits, leur contexte d'utilisation et la manière de les promouvoir. La conception des microbicides fait donc appel à une haute technicité

6. On nomme « microbicide » toute substance capable de réduire de façon significative la transmission d'infections sexuellement transmises (IST), y compris le VIH, lorsqu'elle est appliquée dans le vagin ou le rectum. Des microbicides pourraient prendre la forme d'une gelée, d'une crème, d'un suppositoire, d'une pellicule, ou encore d'une éponge ou d'un anneau vaginal. Les microbicides pourraient être l'un de moyens préventifs les plus prometteurs, car de tels produits pourraient être sûrs et efficaces, peu chers, faciles d'accès et largement acceptables (UNAIDS, *Microbicides for HIV Prevention: UNAIDS Technical Update*, Genève, UNAIDS, 1998).

mais en même temps demande l'intégration des voix des personnes vulnérables dans la recherche. Leur efficacité dépendra d'une pleine collaboration avec les populations ciblées par ces médicaments, en particulier les femmes. Ces développements ouvrent des horizons nouveaux quant à la conception des traitements et les modalités de prévention, ce qui nécessitera une réorganisation des relations entre les acteurs impliqués dans cette chaîne de médicaments.

CONCLUSION

Les ART ont provoqué un formidable bouleversement médical et pharmacologique dans la lutte contre l'épidémie du VIH/sida et ont remis en question la progression inéluctable de la maladie et son pronostic redoutable. Cependant, malgré ces avancées thérapeutiques indéniables, après vingt-cinq ans d'évolution, l'épidémie ne s'est toujours pas infléchie et le caractère exceptionnel de ce virus continue d'étonner, bien que la compréhension de ses mécanismes d'action progresse. En l'absence d'un vaccin encore inatteignable, les antirétroviraux occupent une place centrale. Leurs fonctions (biomédicale, sociale, économique, politique, préventive...) expriment en miroir leur action sur les différents acteurs, du patient aux instances de l'Organisation mondiale du commerce, qui interviennent dans cette épidémie. Mais, inversement, l'interdépendance de la responsabilité des acteurs (patients, soignants, activistes, politiques,...) leur confère un rôle particulier dans ce réseau complexe et dynamique de la chaîne des antirétroviraux (conception, prescription, utilisation et conséquences sociales; Garnier, 2003a). Si les ART ont profondément modifié la vie des patients, ils ont également modifié la relation médicale et la place du biomédical tout au long de cette chaîne.

Comme nous l'avons montré, de nouvelles perspectives concernant l'utilisation des antirétroviraux sont en discussion. La décision d'initier un traitement a des conséquences sur l'individu traité, mais également sur le champ de la santé publique. Il s'agit donc bien de prendre en compte des objectifs virologiques, de préservation ou de restauration immunitaire, de dynamique d'évolution de l'infection par le VIH, de réduction de la transmission du VIH, d'évitement des toxicités liées aux médicaments et de prévention de l'émergence de résistances aux traitements. Le coût important des trithérapies et le maintien d'une qualité de vie suffisante des patients constituent des enjeux essentiels. La question de l'accessibilité des antirétroviraux dans le Sud, qui pourrait faire l'objet d'une autre étude, ou parmi les plus défavorisés est aussi une problématique essentielle et on estime que 95 % de ceux qui ont besoin de traitement vivent dans les pays pauvres ou dans les couches les plus pauvres des pays riches (Useche et Cabezas, 2005). Certes, on peut noter des progrès. En juin 2006, 1,6 million de personnes ont pu bénéficier de traitements, soit quatre fois plus qu'en 2003. En Afrique subsaharienne, le

nombre de patients traités a été multiplié par huit en l'espace de deux ans (UNAIDS, 2006), mais, malgré ces récentes améliorations, cette situation est encore inacceptable à la fois médicalement et éthiquement.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, B.D., E. Maticka-Tyndale et J. Cohen (2004). «Vivre avec les multithérapies : l'expérience ontarienne», dans J.J. Lévy, J. Pierret et G. Trottier (dir.), *Les traitements antirétroviraux : Expériences et défis*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 153-194.
- Alliance for Microbicide Development – AMD (2006). *Microbicides Research and Development Database (MRDD)*, Silver Spring, MD, AMD, <<https://secure.microbicide.org/DesktopDefault.aspx>>, consulté le 25 avril 2007.
- Arachu A. et P. Farmer (2005). «Understanding Addressing AIDS-related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti», *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 1, p. 53-59.
- Bangsberg, D.R., A.R. Moss et S.G. Deeks (2004), «Paradoxes of Adherence and Drug Resistance to HIV Antiretroviral Therapy», *Journal of Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, vol. 53, p. 696-699.
- Barbot, J. (2002). *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.
- Bastien, R. et al. (2004). «Vivre avec les médicaments antirétroviraux et l'infection au VIH/sida : l'univers amoureux et sexuel de femmes montréalaises d'origine africaine sous traitement», dans J.J. Lévy, J. Pierret et G. Trottier (dir.), *Les traitements antirétroviraux : Expériences et défis*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 35-60.
- Bicart-Sée, A. (1993). «Essais thérapeutiques : intérêt et limites du chiffre de CD4 comme marqueur de l'efficacité d'un antiviral», *Transcriptase*, juillet-août, n° 13, <www.pistes.fr/Transcriptases/17_639.htm>, consulté le 1^{er} mai 2007.
- Blackard, J.T., D.E. Cohen. et K.H. Mayer (2002). «Human Immunodeficiency Virus Superinfection and Recombination : Current State of Knowledge and Potential Clinical Consequences», *Clinical Infectious Diseases*, vol. 34, p. 1108-1114.
- Blower S. et P. Farmer (2003). «Predicting the Public Health Impact of Antiretrovirals : Preventing HIV in Developing Countries». *AIDScience*, vol. 3, n° 11, <www.aidsience.org/Articles/Aidsience033.asp>, consulté le 21 avril 2007.
- Brenner, B., M. Roger et J.-P. Routy (2007). «High Rates of Forward Transmission Events After Acute/Early HIV-1 Infection». *Journal of Infectious Diseases*, vol. 195, p. 951-959.
- Broqua, C. (1999). «Résonances individuelles et sociales des nouveaux traitements de l'infection à VIH», dans O. Faure (dir.), *Les thérapeutiques : savoirs et usages*, Lyon, Fondation Mérieux, p. 441-455.
- Brun-Vézinet, D. et al. (2004). «Résistance aux antirétroviraux», dans P.M. Girard (dir.), *VIH, Édition 2004*, Rueil-Malmaison, Doin, p. 359-373.
- Cameron, D.W. et al. (1998). «Randomised Placebo-controlled Trial of Ritonvir in Advanced Disease», *Lancet*, vol. 351, p. 543-549.

- Carlo, D.M. *et al.* (1997). «A Case-control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers after Percutaneous Exposure», *New England Journal of Medicine*, vol. 337, p. 1485-90.
- Chakraborty, B. *et al.* (2004). «Can HIV-1 Superinfection Compromise Antiviral Therapy?», *AIDS*, vol. 18, n° 1, p. 132-134.
- Chanu, B. et P. Valensi (2005). «Lipid Disorders in Patients with HIV-induced Diseases», *Presse médicale*, vol. 34, n° 15, p. 1087-1094.
- Chesney, M.A. (2000). «Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy», *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, p. S171-S176.
- Cohen, O.J. et A.S. Fauci (1998). «Transmission of Multidrug-resistant Human Immunodeficiency Virus: Wake-up Call», *New England Journal of Medicine*, vol. 339, p. 341-343.
- Concorde Coordinating Committee (1994). «Concorde: MRC/ANRS Randomized Double-blind Trial of Immediate and Deferred Zidovudine in Symptom-free HIV Infection», *Lancet*, 343, p. 871-881.
- Delfraissy, J.-F. (2002). «Les traitements antirétroviraux : progrès et limites», *Transcriptase*, avril-mai, n°100, p 27-30.
- Delfraissy, J.-F. (dir.) (2004). *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, Flammarion.
- Dormont, J. (dir.) (1996). *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH. Rapport d'experts 1996*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences.
- Dray-Spira, R., F. Lert et the VESPA Study Group (2007). «Living and working with HIV in France in 2003 : results from the ANRS-EN12-VESPA Study», *AIDS*, vol. 21, suppl. 1, p S29-S36.
- Éditorial (2007), «Newer Approaches to HIV Prevention», *Lancet*, vol. 369, p. 615.
- El Sadr, W. et J. Neaton (2006). «Episodic CD4+ Guided Use of Antiretroviral Therapy is Inferior to Continuous Therapy : Results of the SMART Study», *Program and Abstract of the 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections February 5, 2006*, Colorado, Abstract 106LB.
- Elias, C. et C. Coggins (2001). «Acceptability Research on Female-controlled Barrier Methods to Prevent Heterosexual Transmission of HIV : Where Have We Been ? Where Are We Going ?» *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, vol. 10, p. 163-173.
- Epstein, S. (2001). *La grande révolte des malades. Histoire du sida 2*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil.
- Faye, A. (2007). «Actualités thérapeutiques dans l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) de l'enfant», *Archives de pédiatrie*, vol. 14, n° 2, p 212-218.
- Fernet, M. *et al.* (2003). «Les répercussions des thérapies contre le VIH/sida dans la sphère familiale et domestique : le cas de femmes montréalaises d'origine africaine», XI^e Conférence de l'association canadienne de recherche sur le VIH, Canada.
- Fernet, M. *et al.* (2007). «The Process of Antiretroviral Drug Treatment Compliance: Divergent Realities in Girls and Boys Living with HIV/AIDS since Birth», XVI^e Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida, Canada.

- Fletcher, C.V. *et al.* (2004). «Sex-based Differences in Saquinavir Pharmacology and Virologic Response in AIDS Clinical Trials Group Study», *Journal of Infectious Diseases*, vol. 189, p. 1176-1184.
- Fogarty, L. *et al.* (2002). «Patient Adherence to HIV Medication Regimens: A Review of Published and Abstract Reports», *Patient Education and Counseling*, vol. 46, n° 2, p. 93-108.
- Garnier, C. (2003a). «La chaîne du médicament : construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative», dans J.J. Levy (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Québec, Presses de l'université du Québec, p. 221-234.
- Garnier, C. (2003b). «La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales», *Journal international sur les représentations sociales*, vol. 1, n° 1, p. 1-9.
- Grinsztejn, B. *et al.* (2007). «Safety and Efficacy of the HIV-1 Integrase Inhibitor Raltegravir (MK-0518) in Treatment-experienced Patients with Multidrug-resistant Virus: A Phase II Randomised Controlled Trial», *Lancet*, vol. 369, p. 1261-1269.
- Haas, D.W. (2005). «Pharmacogenomics and HIV Therapeutics», *Journal of Infectious Diseases*, vol. 191, p. 1397-1400.
- Hammer, S.M. *et al.* (2006). «Treatment for Adult HIV Infection: 2006 Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel», *Journal of American medical Association*, vol. 296, p. 827-843.
- Heard, I. *et al.* (2007). «Reproductive Choice in Men and Women Living with HIV: Evidence from a Large Representative Sample of Outpatients Attending French Hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study)», *AIDS*, vol. 21, suppl. 1, p. S77-S82.
- Hoffmann, C. et F. Mulcahy (2006). «ART 2006», dans *HIV Medicine 2006*, Flying Publisher, Kiel, p. 89-92, <hivmedicine.com/hivmedicine2006.pdf>, consulté le 29 avril 2007.
- Hogg, R.S. *et al.* (2002). «Intermittent Use of Triple-combination Therapy is Predictive of Mortality at Baseline and after 1-year of Follow-up». *AIDS*, vol. 16, p. 1051-1058.
- Katlama, C. *et al.* (2004). «Traitements antirétroviraux», dans P.M. Girard (dir.), *VIH: Édition 2004*, Rueil-Malmaison, Doin, p. 299-330.
- Kernbaum, S. (1996). *Le praticien face au sida*, 2^e éd., Paris, Médecine-Sciences Flammarion
- Lawrence, J. *et al.* (2003). «Structured treatment interruption in patients with multi-drug resistant human immunodeficiency virus», *New England Journal of Medicine*, vol. 349, p. 837-846.
- Lebouché, B. (2006). «VIH-sida : pour une éthique de l'accès aux antirétroviraux», *Éthique publique*, vol. 8, n°2, 156-166.
- Little, S.J. *et al.* (2002) «Antiretroviral-drug Resistance Among Patients Recently Infected with HIV», *New England Journal of Medicine*, vol. 347, p. 385-394.
- Lohse, N. *et al.* (2007). «Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005», *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, p. 87-95.

- Lot, F., C. Larsen et M. Merida (2007). « Prophylaxie post-exposition au VIH : évaluation nationale et étude coût-efficacité », dans *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996-2005*, Paris, Institut de Veille Sanitaire, <www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html>, p. 114-121.
- Mantell, J.E. *et al.* (2005). « Microbicide Acceptability Research : Current Approaches and Future Direction », *Social Science and Medicine*, vol. 60, p. 319-330.
- Marchand, C. *et al.* (2005). « Mise en œuvre et évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique (2000-2001) pour les patients atteints du VIH à Casablanca (Maroc) », *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, vol. 15, n° 2, p. 73-80.
- Martin A.M. *et al.* (2004). « Predisposition to Abacavir Hypersensitivity Conferred by HLA-B*5701 and a Haplotypic Hsp70-Hom Variant », *Proceedings of the National Academic Sciences of the United States of America*, vol. 101, p. 4180-4185.
- Maticka-Tyndale, E., B. Adam et J. Cohen (2002). « Sexual Desire and Practice Among People Living with HIV and Using Combination Therapies », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 11, n° 1, p. 33-40.
- Mellors, J.W. *et al.* (1995). « Quantification of HIV-1 RNA in Plasma Predicts Outcome after Seroconversion ». *Annals of Internal Medicine*, vol. 122, p. 573-579.
- Mendès-Leite, R. et M. Banens (2006). *Vivre avec le VIH*, Paris, Calman-Lévy.
- Mcroft, A. *et al.* (1998). « Changing Patterns of Mortality Across Europe in Patients Infected with HIV-1 », *Lancet*, vol. 352, p. 1725-1730.
- Mcroft, A. *et al.* (2004). « EuroSIDA Study Group. Time to Virologic Failure 3 Classes of Antiretrovirals After Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy : Results from the Euro SIDA Study Group ». *Journal of Infectious Diseases*, vol. 190, p. 1947-1956.
- Morin, M. (2001). « De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales », dans *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, p. 5-20.
- Moulin, P. (2001). « Enquête sur les pratiques des professionnels de santé en matière d'observance dans le domaine du VIH/sida en France : recherches, actions, évaluations », dans *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, p. 21-31.
- Mukherjee, J. et P. Farmer (2003). « Access to Antiretroviral Treatment and Care : Experience of the HIV Equity Initiative, Cange : Haiti : Case Study », dans *Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment*, World Health Organization, 2003, p. 7.
- Paterson, D.L. *et al.* (2000). « Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, p. 21-30.
- Pierret, J. (2001). « Une approche dynamique du traitement chez des personnes infectées par le VIH : la notion d'intégration », dans *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, p. 67-78.
- Pierret, J. (2004). « Analyse dynamique de la mise sous multithérapie dans la cohorte française APROCO (1998-2000) », dans J.J. Lévy, J. Pierret et G. Trottier (dir.), *Les traitements antirétroviraux : Expériences et défis*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 61-93.
- Quinn, T.C. et J. Overbaugh (2005). « HIV/AIDS : An Expanding Epidemic », *Science*, vol. 308, p. 1582-1583.

- Rozenbaum, W. (1997). «La prise en charge thérapeutique», *Impact médecin. Guide infection à VIH*, p. 101-125.
- Rozenbaum, W. (2001). «Pour un droit d'ingérence sanitaire», *Impact médecin. Guide infection à VIH*, p. 7.
- Simoni, J.M. *et al.* (2003). «Antiretroviral Adherence Interventions: A Review of Current Literature and Ongoing Studies», *Topics in HIV Medicine*, vol.11, n° 6, p.185-198.
- SMART (2006). «The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy Study Group. CD4+ Count-guided Interruption of Antiretroviral Treatment», *New England Journal of Medicine*, vol. 355, p. 2283-2296.
- Sow, K. et A. Desclaux (2002). «Vivre avec un traitement antirétroviral», dans *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, p.169-179.
- Spire, B. (2004), «Observance au traitement antirétroviral», dans P.M. Girard (dir.), *VIH : Édition 2004*, Rueil-Malmaison, Doin, p 351-357.
- Spire, B. *et al.* (2001a). «Les ruptures d'observance au cours du temps dans les cohortes Aproco et Manif 2000», dans *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, p. 87-98.
- Spire, B. *et al.* (2001b). «L'observance aux multithérapies des personnes infectées par le VIH: de l'approche prédictive à l'approche dynamique», dans *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, p. 43-56.
- Tourette-Turgis, C. et M. Rébillon (2002). *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida. De la théorie à la pratique*, Paris, Comment Dire.
- Trottier, G. *et al.* (2003). «Les effets des nouvelles thérapies sur la qualité de vie des HARSAH vivant avec le VIH/sida», dans J.J. Lévy *et al.* (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 301-313.
- Trottier, G. *et al.* (2004). «Les thérapies face au VIH/sida: la mise à l'épreuve du temps», dans J.J. Lévy, J. Pierret et G. Trottier (dir.), *Les traitements antirétroviraux: Expériences et défis*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 123-151.
- UNAIDS (2004). *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*, Brésil, Update 2004.
- UNAIDS/World Health Organization (2006). *AIDS Epidemic Update*, Genève, UNAIDS.
- Useche, B. et A. Cabezas (2005). *The Vicious Cycle of AIDS, Poverty, and Neoliberalism*, Silver City, Nouveau Mexique, International Relations Center, <americas.irc-online.org/am/2965>, consulté le 21 avril 2007.
- Valentini, G. (2005). «La consultation d'observance, pour une meilleure efficacité du traitement antirétroviral», *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 35, p. S1-S3.
- Vervoort, S. *et al.* (2007), «Adherence in Antiretroviral Therapy: A Review of Qualitative Studies», *AIDS*, vol. 21, p. 271-281.
- Wainberg, M.A. et G. Friedland (1998). «Public Health Implications of Antiretroviral Therapy and HIV Drug Resistance.» *Journal of American Medical Association*, vol. 279, p. 1977-1983.
- Wallach, I. (2004). «Vie personnelle et sociale et expérience des thérapies contre le VIH/sida», dans J.J. Lévy, J. Pierret et G. Trottier (dir.), *Les traitements antirétroviraux: Expériences et défis*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 95-122.

- Wallach, I. (2005). «Prendre des traitements antirétroviraux : perceptions et expériences de femmes vivant en France», *Cahiers du GEIRSO*, vol. 1, n° 8, p. 44-51.
- Wallach, I. (à paraître a). «Favoriser l'observance aux antirétroviraux : une analyse des pratiques des médecins hospitaliers en France», *Revue internationale du médicament*, n° 1.
- Wallach, I. (à paraître b). «Un groupe de parole pour les personnes vivant avec le VIH comme source de soutien et d'autonomie dans la gestion du traitement antirétroviral», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 26, n° 2.
- Yéni, P. (dir.) (2006). *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, Flammarion.

DU DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE À LA PHARMACOGÉNOMIQUE

La contribution des sciences sociales

Michel PERRON

Marie-Ève BLACKBURN¹

Le présent texte vise à illustrer la manière par laquelle les sciences sociales peuvent contribuer à définir de meilleurs choix collectifs quant à l'avenir des biotechnologies et des applications médicales qui en découlent, en prenant à témoin les avancées actuelles encore peu connues de la pharmacogénomique. Cependant, pour mieux saisir les défis posés aux sciences sociales par l'avènement de nouvelles formes de médicament, il convient d'abord de jeter un regard rétrospectif sur la manière par laquelle ces disciplines ont contribué, au cours des dernières années, à l'évolution des connaissances en ce qui a trait aux applications découlant des découvertes en génétique. En témoignant du parcours d'une équipe de recherche en sciences sociales, en l'occurrence le Groupe d'étude des conditions de vie et

1. Les auteurs tiennent à remercier madame Suzanne Veillette pour ses suggestions et ses commentaires des plus pertinents.

des besoins de la population (ÉCOBES) du Cégep de Jonquière², nous voulons illustrer un mode de contribution des sciences sociales aux avancées génétiques. Ainsi, dans la première partie, nous nous proposons d'illustrer certaines percées significatives qu'entraînent déjà, pour la population, les découvertes en biologie moléculaire, en nous intéressant aux services tangibles mis en place grâce aux nouvelles applications découlant des découvertes en génétique, une discipline qui se veut de plus en plus intégrée à la communauté.

Dans la deuxième partie, il s'agira plus particulièrement d'examiner les promesses liées à une nouvelle médecine qui se voudrait à l'enseigne du « sur mesure » grâce aux avancées de la pharmacogénomique et de proposer un certain nombre de pistes de recherche en sciences sociales, en esquissant les questions apparaissant les plus urgentes. Il s'agit plus précisément d'explorer les façons qui nous semblent les plus prometteuses d'aborder l'étude des éventuelles incidences de nouvelles innovations découlant de la pharmacogénomique sur la pratique médicale et sur la société en général.

1. DE LA BIOLOGIE MOLÉCULAIRE AUX APPLICATIONS CLINIQUES: L'APPORT DES SCIENCES SOCIALES

1.1. QUELQUES PARTICULARISMES QUÉBÉCOIS EN MATIÈRE DE GÉNÉTIQUE DES POPULATIONS ET DE GÉNOMIQUE

Le Québec constitue un terrain privilégié pour la recherche en génétique des populations et en génétique médicale à cause de ses caractéristiques démographiques et de la multiplicité des approches adoptées par les scientifiques qui y œuvrent. Si les connaissances sur le génome humain ont déjà permis de localiser les gènes défectueux pour des dizaines de maladies mendéliennes observées au Québec, il est plus difficile de tracer un portrait des avancées en ce qui concerne les maladies à traits complexes, souvent associées à des déterminants génétiques et à des facteurs environnementaux (l'alimentation, les habitudes de vie, la pollution, etc.). De nombreux chercheurs québécois s'appliquent actuellement à découvrir des outils diagnostiques fiables utilisant les tests d'ADN pour ce type de maladies.

Ainsi, des travaux en biologie moléculaire et diverses études sur les déterminants génétiques des traits complexes (les maladies cardiovasculaires, l'asthme ou le diabète, par exemple) et des cancers ont conduit à des avancées spectaculaires en génomique, en protéomique et en bio-informatique. Compte tenu que l'industrie biopharmaceutique y est relativement florissante, le Québec constitue un milieu propice au développement de ce que recouvre la génomique et plus particulièrement

2. <www.cjonquiere.qc.ca/cegep_jonquiere/francais/ecobes.html>.

la pharmacogénomique. «Au Québec, véritable havre de l'industrie pharmaceutique canadienne, le secteur du médicament est aujourd'hui en pleine effervescence [...] la pharmacogénomique vient de faire chez nous une entrée spectaculaire dans le domaine de la R & D» (Bibeau, 2004, p. 171-173).

À cela s'ajoute un fort courant d'acceptabilité de la part du public envers les recherches en génétique. En effet, selon un sondage commandé par Génome Canada³ en 2002, près de 70 % des répondants souhaitent voir le Canada devenir un leader international dans la recherche en génétique. Ce fait occulte cependant un paradoxe fort dérangeant : seulement 2 % des Canadiens se disent suffisamment familiers avec ce domaine scientifique (Bueckert, 2002).

Par ailleurs, à l'exception de quelques dizaines de chercheurs et de certaines équipes de renom, les sciences sociales s'intéressent encore timidement aux applications découlant du Projet du génome humain. Si l'intérêt des chercheurs en sciences sociales pour les découvertes en génomique demeure timoré, cela pourrait occasionner un décalage lourd de conséquences qui rendra la tâche de plus en plus difficile pour rattraper le développement fulgurant de l'industrie pharmaceutique et de la recherche en génomique au Québec. Dans ce contexte, nous croyons utile de mieux faire connaître un certain nombre d'enquêtes sociologiques ayant eu cours au Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) et qui ont accompagné un projet de génétique communautaire dans cette région.

1.2. UNE EXPÉRIENCE SINGULIÈRE DE GÉNÉTIQUE COMMUNAUTAIRE AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

1.2.1. Les principaux traits démo-historiques de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean

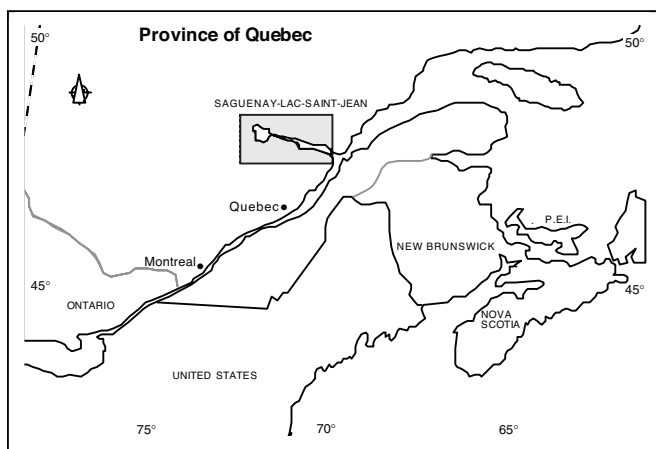
La population du SLSJ est confrontée à une problématique particulière relativement à son bagage génétique. Le SLSJ est une région administrative de la province de Québec au Canada (voir figure 15.1); elle compte en 2005 environ 275 000 habitants.

Le SLSJ possède certaines particularités démographiques et historiques qui se reflètent dans la prévalence élevée de quelques maladies héréditaires (MH) dans sa population. Pensons aux maladies récessives (par exemple, la fibrose kystique, la tyrosinémie, l'acidose lactique) ou aux maladies dominantes (par exemple, la dystrophie myotonique et l'hypercholestérolémie familiale). Par contre,

3. Organisme paragouvernemental chargé de promouvoir le développement de la recherche en génomique au Canada.

Figure 15.1

Localisation de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean



d'autres MH y sont quasiment absentes alors qu'elles sont fréquentes dans d'autres régions du Québec. C'est le cas notamment de la phénylcétonurie, de l'anémie falciforme ou de la maladie de Tay-Sachs.

Parmi les déterminants des particularités génétiques du SLSJ, on doit retenir l'effet fondateur. En fait, on y observe les incidences de la combinaison successive de trois effets fondateurs. On dit qu'il y a effet fondateur lorsqu'une nouvelle population est formée par la migration d'un nombre restreint d'individus à partir d'une population mère. Le premier effet fondateur a eu lieu au début du xvii^e siècle ; entre 10 000 et 12 000 immigrants de l'ouest de la France s'installent alors dans la vallée du Saint-Laurent. Ce sont les ancêtres directs de la plupart des six millions de francophones qui habitent aujourd'hui le Québec. À la fin du xvii^e siècle, quelques milliers d'habitants de la région de Québec et de la Côte-de-Beaupré s'établissent dans Charlevoix. La population s'y accroît rapidement en raison de la fécondité élevée. Vers 1840, en raison d'un surpeuplement découlant du peu de disponibilité des terres arables, quelques centaines d'habitants de Charlevoix se déplacent vers le SLSJ. Au début du xx^e siècle, ils représentent déjà près des trois quarts des fondateurs de la région, contribuant pour beaucoup au pool génétique de la jeune population du SLSJ. De plus, le cumul de ces effets fondateurs a été amplifié par le fait que les immigrants provenant de Charlevoix ont été les premiers à s'installer, qu'ils ont réussi plus facilement que d'autres à s'intégrer sur le nouveau territoire et, surtout, qu'ils ont eu une fécondité vigoureuse (Bouchard et De Braekeleer, 1992 ; Laprise *et al.*, 2005).

Depuis plus de vingt-cinq ans, la population du SLSJ se mobilise pour développer des services génétiques appropriés à ses besoins spécifiques (Perron et Veillette, 2000). C'est dans ce contexte bien particulier où les gènes associés à cinq maladies monogéniques récessives (fibrose kystique, acidose lactique, tyrosinémie de type 1, polyneuropathie sensitivo-motrice avec ou sans agénésie du corps calleux et ataxie spastique de Charlevoix-Saguenay) sont identifiés, que des tests permettant de déterminer les porteurs sont disponibles et qu'une demande de plus en plus pressante se manifeste. La population du SLSJ souhaite bénéficier d'une meilleure accessibilité aux tests par marqueurs d'ADN et un premier projet collectif de dépistage populationnel volontaire voit le jour⁴ (CORAMH, 2003). Cette vaste mobilisation est le résultat du leadership de la Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires (CORAMH) conjugué à celui d'associations de malades. Soulignons que CORAMH est un organisme communautaire régional qui vise à informer et à sensibiliser la population aux notions importantes portant sur l'hérédité, la génétique humaine et les maladies héréditaires. Les efforts de CORAMH, depuis sa fondation en 1980, ont ouvert la voie à l'émergence d'une véritable génétique communautaire.

1.2.2. La génétique communautaire

La population du SLSJ a toujours collaboré avec empressement aux travaux scientifiques dont elle a été l'objet depuis les années 1970. Les chercheurs n'ont pas hésité d'ailleurs à la tenir informée au fur et à mesure des résultats obtenus. Ce n'est donc pas étonnant qu'en raison des caractéristiques particulières décrites précédemment et de l'attention dont la population a fait l'objet, une importante mobilisation ait eu lieu autour de CORAMH. Chercheurs, organismes communautaires, associations de malades et organismes de santé s'y retrouvent pour œuvrer au développement de services appropriés aux besoins spéciaux de cette population. C'est lors de la mise en place du projet ECOGENE-21, en 2000, qu'on a parlé d'un programme de génétique communautaire dans la région (Gaudet, 1999). La génétique communautaire⁵ est définie comme un « ensemble d'interventions qui ont pour but d'assurer la maximisation des bénéfices et la minimisation des inconvénients que peuvent entraîner la recherche en génétique et la mise en application de celle-ci pour l'ensemble de la population » (Ten Kate, 1999).

Dans la région du SLSJ, le concept de génétique communautaire renvoie plus particulièrement à l'intention d'assurer le développement de services génétiques intégrés à l'ensemble de la population, notamment pour soutenir le projet

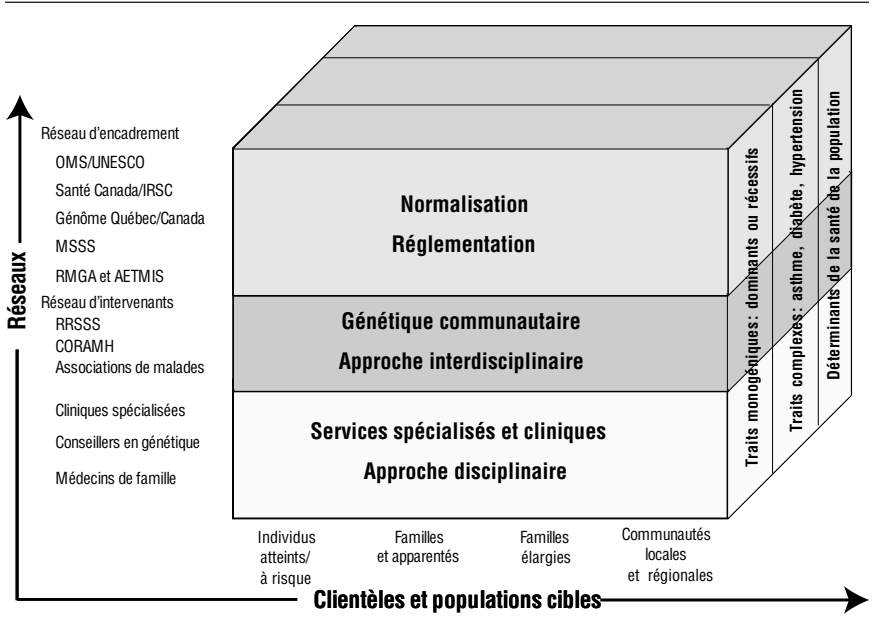
4. Un vaste projet pilote de dépistage sur une base volontaire de cinq maladies récessives est présentement en implantation au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

5. Maintenant de plus en plus appelée génomique communautaire.

de dépistage populationnel volontaire pour les cinq maladies monogéniques récessives dont il a été brièvement question précédemment. Au cours des dernières années, le concept de génétique communautaire convenait bien à l’approche de dépistage familial en cascade, première étape pour mesurer les possibilités d’un dépistage ultérieur auprès de plus larges segments de la population.

Comme l’illustre la figure 15.2, dans la perspective de la génétique communautaire, les interventions mettent à contribution un réseau complexe d’acteurs sociaux : professionnels de la santé, populations locales, chercheurs, etc. (Perron et Veillette, 2000). Le schéma fait ressortir que la génétique communautaire constitue une approche dont les assises renvoient à l’interdisciplinarité. En raison de la présence de réseaux de chercheurs relevant de nombreuses disciplines, la génétique communautaire se situe aux frontières des sciences biomédicales, des sciences sociales, de l’éthique et du droit. Du point de vue des innovations qu’elle suscite, elle constitue une discipline-frontière (Flichy, 1995), soit une discipline qui se déploie dans un contexte interdisciplinaire.

Figure 15.2
La génétique communautaire : une approche interdisciplinaire pour un réseau complexe d’acteurs



1.2.3. Le cas de la dystrophie myotonique: la prise en charge d'un complexe sociopathogène

En choisissant de nous référer à l'exemple d'une maladie bien précise, en l'occurrence la dystrophie myotonique (DM), nous pouvons mieux illustrer les conditions du développement des services en génétique communautaire. En effet, cette maladie est une maladie témoin du passage de la biologie moléculaire aux applications cliniques dans la population. Dans la mise en place des interventions, le Groupe ÉCOBES a été, comme nous le verrons, un partenaire souvent interpellé par les acteurs médicaux depuis 1982. À titre de représentant du domaine des sciences sociales, il est devenu un acteur de la génétique communautaire au SLSJ.

Précisons en tout premier lieu que la dystrophie myotonique est la forme de dystrophie musculaire chez l'adulte la plus fréquente dans le monde. C'est une maladie à transmission dominante, multisystémique et à pénétrance incomplète (Harper, 2001). La maladie est progressivement invalidante et l'âge d'apparition des symptômes est fort variable. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, la prévalence de cette maladie est 20 fois plus élevée qu'ailleurs dans le monde (189 cas pour 100 000 habitants au SLSJ contre 3 à 15 cas pour 100 000 habitants ailleurs), et ce, en raison des facteurs évoqués précédemment (Mathieu *et al.*, 1990). Si, dès 1976, quelques neurologues et médecins effectuent les premiers dépistages par des méthodes d'observation clinique, ce n'est qu'au début de la décennie 1980 que les sciences sociales font leur entrée en scène. En fait, nous pouvons distinguer quatre phases successives des travaux de recherche sur la DM, quant à la contribution des sciences sociales.

La phase 1 (1980-1986) est celle où prédominent encore les sciences médicales. On assiste alors à la mise sur pied de CORAMH et de la Clinique des maladies neuromusculaires (CMNM). Les sciences sociales sont sollicitées par quelques acteurs médicaux et commencent à apporter une contribution disciplinaire bien distincte. On peut penser aux travaux de démographie historique menés à l'UQAC qui permettent de reconstruire les généalogies des familles affectées à l'aide du fichier de population BALSAC⁶. Le Groupe ÉCOBES, de son côté, réalise une première enquête sociologique auprès des familles et des personnes atteintes; les travaux s'inscrivent alors dans la perspective de la sociologie médicale et de l'épidémiologie sociale (Veillette *et al.*, 1986). Bien que des apports disciplinaires distincts s'illustrent par diverses publications dans des revues médicales ou de sciences sociales (Perron *et al.*, 1986), c'est tout de même le positivisme médical qui prédomine.

6. Voir le site Internet <www.uqac.quebec.ca/balsac/>.

De 1987 à 1990, on peut ensuite distinguer une deuxième phase. C'est au cours de cette période que nous observons les premières véritables avancées en génétique et en biologie moléculaire. En 1989, le gène défectueux est découvert sur le chromosome 19 (19q13.3; Harley *et al.*, 1992). Dès cette annonce, on voit naître les premiers espoirs pour un diagnostic plus fiable et pour un meilleur pronostic de l'évolution de la maladie. Les sciences sociales contribuent à l'avancée des connaissances en apportant une explication à la forte prévalence régionale de cette maladie. Elle résulte de la combinaison de divers facteurs renvoyant à un effet fondateur (Bouchard et De Braekeleer, 1990), un effet multiplicateur et un effet concentrateur (Veillette *et al.*, 1992; Perron, 1997). C'est pendant cette phase des travaux scientifiques que s'est tenu le premier Symposium québécois sur la dystrophie myotonique réunissant des cliniciens et des chercheurs en sciences biomédicales et sociales. À la suite de ce symposium, le *Journal canadien des sciences neurologiques* publie un supplément proposant neuf articles à caractère essentiellement disciplinaire. Cependant, dès la fin de cette période, la complexité de la prise en charge des patients commence à imposer un véritable rapprochement entre les cliniciens et les chercheurs en sciences sociales.

La phase 3 s'est étalée tout au long de la décennie 1990. À ce moment, l'approche interdisciplinaire se met en place progressivement, entre autres, pour soutenir l'utilisation des tests de dépistage qui sont déjà à l'ordre du jour. En effet, en 1992, la découverte du gène et de sa composition, sous la forme d'une expansion instable d'un trinucléotide CTG dans la région 3' du gène DM protéine kinase, devient un événement marquant (Brook *et al.*, 1992; Buxton *et al.*, 1992). Cette découverte permet d'entretenir des espoirs sérieux de déterminer chez les patients le degré d'atteinte et de préciser le pronostic. En 1993, l'utilisation des tests d'ADN pour le diagnostic auprès de 2 100 personnes apparentées aux individus atteints déjà connus à la CMNM, mais pour la plupart encore asymptomatiques, nécessite l'entrée en scène de nouveaux types d'intervenants que sont les infirmières et la conseillère en génétique. Le Groupe ÉCOBES a alors contribué à évaluer les effets psychosociaux et les incidences sur les aspirations de fécondité, de même que sur l'insertion professionnelle des individus ayant eu recours à un test de dépistage génétique, que leur résultat ait été positif ou négatif. Cet apport important des sciences sociales avait pour but de soutenir la mise en œuvre des services médicaux spécialisés. Ainsi, les travaux des chercheurs en sciences sociales se sont imposés de plus en plus. Ils ont contribué à mettre en évidence les besoins complexes et diversifiés des malades et de leurs familles, tout en proposant de considérer la DM comme un complexe sociopathogène (Perron, 1997).

La quatrième phase (de 2000 à aujourd'hui) des travaux sur la DM coïncide avec le début du projet ECOGENE-21, exigeant une mobilisation plus large de divers chercheurs et intervenants autour du concept de génétique communautaire. Comme nous l'avons précédemment signalé, il s'agit d'une discipline-frontière qui nécessite la collaboration des chercheurs biomédicaux, des cliniciens, des

infirmières, des conseillers en génétique et des chercheurs en sciences sociales. À ce noyau de base s'ajoutent, dans le cas de la DM, des spécialistes en réadaptation physique, en neuropsychologie, en pneumologie, en physiothérapie.

Comme il n'y a toujours pas de moyens curatifs pour traiter la dystrophie myotonique, les approches préventive et palliative continuent de s'imposer (Prévost *et al.*, 2004), l'objectif étant l'amélioration de la qualité de vie des patients. S'élabore ainsi un programme de « suivi systématique » par la CMNM, afin de mettre en œuvre en plus grande cohérence des services médicaux, sociaux et de réadaptation. Sous la direction du Dr Jean Mathieu, neurologue, un projet de recherche multidisciplinaire voit le jour en 2002 appuyé sur un modèle théorique renvoyant aux concepts de « qualité de vie » et de « participation sociale ».

Parallèlement à ce projet, de nouveaux espoirs thérapeutiques sont induits par la découverte réalisée par une équipe de chercheurs de l'Université Laval de gènes candidats, lesquels pourraient devenir des gènes-médicaments. Des expériences sur des rats indiquent qu'il serait possible d'éliminer l'anomalie génétique (Furling *et al.*, 2003). Ces découvertes récentes sur la DM et les développements en cours en pharmacogénomique permettent d'entretenir de réels espoirs (Harper *et al.*, 2004).

On doit toutefois comprendre que cette trajectoire amorcée au début des années 1980, aujourd'hui bien servie par l'idée de génétique communautaire, a reposé sur un certain nombre de conditions. D'abord, il fallait que des liens de qualité (formels mais aussi informels) existent entre les chercheurs en sciences sociales et les cliniciens; que ces professionnels développent une relation de confiance et qu'ils partagent des règles de déontologie précises. Ensuite, cette expérience devait s'inscrire dans la durée; dans ce cas, il s'agit de plus de vingt-cinq ans de partenariat. Il fallait aussi que les résultats de recherche en sciences sociales soient pertinents et crédibles et qu'ils fassent l'objet de publications. Dans le cas de la DM, l'approche quantitative s'est d'abord imposée en raison des tendances positivistes des chercheurs et des intervenants médicaux. Cependant, un intérêt progressif pour les analyses qualitatives s'est manifesté. En plus de générer de nouveaux savoirs, les chercheurs en sciences sociales ont dû adopter une approche de « livrables » à l'intention des cliniciens tout au long du processus, notamment par la formulation de recommandations et de démarches d'aide à la décision.

Si les travaux sur la DM sont pertinents pour illustrer les diverses étapes de la progression rapide des découvertes en biologie moléculaire vers les applications cliniques, ils sont aussi à l'enseigne du nécessaire rapprochement entre les sciences sociales et les sciences biomédicales. En effet, les chercheurs en sciences sociales ne pouvaient circonscrire leurs travaux à l'étude des conditions de vie des personnes affectées par une génopathie ou, encore, au décryptage des facteurs démo-historiques ou culturels à l'origine de la diffusion des maladies

héréditaires. Tout en reconnaissant que cela représente déjà une contribution originale, l'expansion rapide des découvertes en génomique a nécessité de s'intéresser également aux perceptions de l'ensemble de la population.

1.2.4. Des enquêtes sur les perceptions de la population

Des enquêtes sociologiques touchant cette fois plus largement la génétique et ses applications ont aussi été menées par les chercheurs du Groupe ÉCOBES auprès de divers segments de la population. On pense ici aux personnes à risque, aux médecins et à la population en général. Ces recherches ont permis de mieux comprendre les conditions du transfert des connaissances vers la population, contribuant ainsi à consolider les bases d'une génétique communautaire. Au cours des cinq dernières années, dans le cadre du projet ECOGENE-21, les chercheurs du Groupe ÉCOBES ont effectué des travaux visant les objectifs suivants :

- Évaluer les connaissances et les perceptions de l'ensemble de la population au regard des avancées de la génétique médicale et des technologies en génétique (Ducharme *et al.*, 2004a).
- Explorer les liens entre les modes de transmission de l'information en génétique, les types d'informations transmises et l'appropriation par divers groupes d'étudiants en formation professionnelle (De Saedeleer *et al.*, 2003).
- Analyser les variations dans les perceptions, les représentations et les attitudes de différents groupes dans la population, notamment les médecins (Ducharme *et al.*, 2004b) et les personnes atteintes d'une maladie génétique (Prévost *et al.*, 2004 ; Veillette *et al.*, 2006).
- Expérimenter des approches novatrices à l'échelle d'une communauté régionale pour évaluer les connaissances et saisir les perceptions de la population envers les avancées de la génétique médicale et des technologies en génétique (De Saedeleer *et al.*, 2003 ; CORAMH, 2003).

Si ces travaux ont contribué à la mise en place d'une génétique qui se veut communautaire, ils constituent aussi un exemple d'innovation sociale. Le modèle partenarial (médecine, sciences sociales, communauté) pourrait être exportable, d'une certaine manière, aux maladies à traits complexes. Par ailleurs, cette expérience inscrite dans la durée peut désormais servir de référence afin d'explorer de nouveaux rôles pour les sciences sociales. Parmi l'ensemble des avancées actuelles en matière de génomique et de biotechnologie, la question du médicament apparaît particulièrement intéressante à l'ère de la pharmacogénomique.

2. LE RÔLE DES SCIENCES SOCIALES À L'ÉGARD DES PROMESSES DE LA PHARMACOGÉNOMIQUE

2.1. VERS UNE MÉDECINE PLUS PERSONNALISÉE... LA PHARMACOGÉNOMIQUE

Si les sciences sociales ont accompagné une trajectoire inscrite au sein d'une population régionale du Québec, à l'enseigne de découvertes qui ont conduit de la biologie moléculaire à la génomique communautaire, il est souhaitable que les sciences sociales affirment encore davantage leur rôle dans les développements en cours. Le dépistage génétique pourrait effectivement induire une forte demande pour les applications thérapeutiques découlant des outils offerts par les tests d'ADN. Pensons à la thérapie génique et au potentiel de la pharmacogénétique ou de la pharmacogénomique, des concepts qui renvoient à deux paradigmes cohabitant actuellement en recherche biopharmaceutique.

La pharmacogénétique est la science qui étudie les facteurs génétiques impliqués dans la réponse aux médicaments afin d'en minimiser les effets indésirables. Une discipline plus récente, la pharmacogénomique, prend forme depuis 1997 en utilisant des approches encore plus larges et systématiques du génome. Les deux termes continuent cependant d'être utilisés pour désigner l'analyse des interactions entre gènes et médicaments.

Les développements en cours ajoutent une nouvelle dimension aux découvertes en génétique médicale parce qu'ils touchent cette fois l'ensemble de la population. L'usage du médicament a pris aujourd'hui une telle ampleur dans nos sociétés et l'industrie pharmaceutique est d'une telle emprise que les innovations techniques promettant éventuellement «du sur mesure selon nos gènes» représentent un arsenal puissant.

Jusqu'à quel point les découvertes pourront-elles entraîner une segmentation de plus en plus fine des maladies et une individualisation de plus en plus grande des traitements, ouvrant la voie à une médication sur mesure? Si les promesses s'avèrent bien réelles, elles soulèvent déjà de nombreuses questions sociales et éthiques, notamment quant à l'accessibilité aux nouveaux médicaments, aux coûts de production, au rôle des médecins et à la protection de la confidentialité des données. Voilà les questions récemment abordées lors du symposium «Les promesses de la pharmacogénétique: du laboratoire aux applications cliniques vers quels parcours?» dans le cadre du Congrès international sur la chaîne du médicament tenu à Montréal en août 2005 (Perron, 2005). Il est donc important que les sciences sociales explorent les divers parcours par lesquels les avancées de la pharmacogénétique et de la pharmacogénomique pourraient révolutionner le médicament et la pratique médicale.

2.1.1. Les avancées en pharmacogénomique

La génétique est un domaine au sein duquel les innovations scientifiques connaissent une diffusion et une acceptation sociale très rapide (Testart, 1994 ; Nelkin et Lindee, 1998 ; Rifkin, 1998 ; Bibeau 2004). Le terme génétique fait place aujourd'hui à une autre notion encore plus large, celle de génomique. Ce domaine de recherche est à la fois plus jeune et plus vaste que le précédent (Khoury, 2003). Il a été en quelque sorte propulsé par l'avènement du *Human Genome Project* (HUGO), projet international de décryptage du génome humain. Ce projet a vu officiellement le jour au début des années 1990 (Collins et McKusick, 2001). Le développement de la génomique a alors pris son véritable essor et c'est ainsi qu'est apparu en 1997 le terme pharmacogénomique (Regalado, 1999 ; Møldrup, 2001 ; Hedgecoe, 2003 ; Gagnon, 2005) qui introduit une orientation différente, en insistant davantage sur le volet moléculaire de la génétique. « *Since 1997, the term pharmacogenomics has appeared in the scientific literature, often contrasted with pharmacogenetics, yet clearly, they are related [...] Pharmacogenomics is a spin-off from the Human Genome Project* » (Hedgecoe, 2003, p. 514). Certains auteurs y vont même de leur prédiction pour les années futures : « *By 2020, the impact of genetics on medicine will be even more widespread. The Pharmacogenomics approach for predicting drug responsiveness will be standard practice for quite a number of disorders and drugs* » (Collins et McKusick, 2001, p. 544).

2.1.2. Le concept de « pharmacogénomique » : une stratégie de promotion sociale ?

Dans beaucoup d'études, autant du domaine médical que social, les termes pharmacogénétique et pharmacogénomique sont souvent utilisés sans distinction pour désigner une même activité scientifique. Pourtant, le terme pharmacogénomique est de plus en plus cité pour décrire une réalité plus large, laquelle engloberait la notion de pharmacogénétique. « *Pharmacogenomics is not just pharmacogenetics* » (Møldrup, 2001).

En fait, Regalado (1999) et Hedgecoe (2003) expliquent l'apparition du terme pharmacogénomique par l'alliance fructueuse des compagnies Genset et Abbott Laboratories. Ce nouveau partenariat a procuré des occasions d'affaires importantes sur le marché du médicament mais a aussi entraîné la création d'autres entreprises biopharmaceutiques spécialisées dans le domaine. Une forte compétitivité s'est installée. Le terme pharmacogénomique est venu de soi avec l'apparition de la génomique qui tentait de prendre ses distances par rapport à la « simple » génétique dans le cadre du projet HUGO. Ce fut une stratégie, semble-t-il, pour obtenir les faveurs de la communauté scientifique et celles des organismes subventionnaires :

The word pharmacogenomics has a rhetorical strength to it, and in sketching out visions of how they think this technology will develop, authors are enlisting the word genomics and the technologies are implies to contrast with fashioned genetics [...] The reason for using one term rather than another lie in social explanation (Hedgecoe, 2003, p. 516-527).

Ainsi, on comprend que le terme pharmacogénomique est apparu dans le but de se différencier de la pharmacogénétique pour la bataille du financement. Entre toutes les tractations liées à l'utilisation de ces deux termes, il demeure difficile de se positionner. Nous préférons néanmoins utiliser le concept de pharmacogénomique qui renvoie incontestablement à une réalité plus large tout en englobant la pharmacogénétique. Peu importe ces débats épistémologiques, les spécialistes s'entendent pour dire que cette médication «sur mesure» pourrait devenir un nouveau paradigme qui structurera la pratique médicale de demain en matière de traitement et de prescription, ce qui ferait de la pharmacogénomique un objet social.

2.2. DES PISTES DE RECHERCHE POUR LES SCIENCES SOCIALES

On peut distinguer trois étapes successives dans la diffusion d'une innovation technologique : d'abord le temps de la recherche-développement, qui s'accompagne des «fantasmes de miracles et de catastrophes»; puis celui de l'usage, révélant dans la réalité la performance et l'incidence sociale de la technique presque toujours en deçà des espoirs et des craintes primitivement émis; enfin, l'assimilation de la technique à la culture, œuvrant à son appropriation sociale et à sa banalisation (Scardigli, 1992).

En ce qui concerne la pharmacogénomique, il est important de souligner que nous sommes encore à l'étape de la recherche-développement. L'usage et l'intégration dans la pratique médicale commencent tout juste, avec l'expérimentation de quelques types de médicaments, par exemple le *Mercaptopurine* pour la leucémie et l'*Herceptin* pour le cancer du sein. L'introduction massive dans la pratique médicale des découvertes découlant de la pharmacogénomique risque de se produire selon un décalage temporel tributaire des découvertes et des expérimentations en recherche et développement.

Comme on l'a relevé dans la première partie, un certain nombre de voies ont été tracées au Québec pour appréhender, du point de vue des sciences sociales, les réalités complexes du patrimoine génétique et pour évaluer les effets de la mise en place des services en génétique médicale. À partir d'une revue de littérature, sans prétendre à l'exhaustivité, notre intention est maintenant d'illustrer quelques avenues apparaissant les plus propices aux sciences sociales afin de contribuer désormais à l'étude de la diffusion d'un domaine en pleine expansion, celui de la pharmacogénomique.

2.2.1. Les représentations et les imaginaires sociaux

L'un des ouvrages en sociologie qui a le plus marqué la communauté scientifique internationale par sa critique sociale de l'avancée des technologies génétiques est *Le siècle biotech* (Rifkin, 1998). Son auteur propose une analyse très critique, souvent virulente de la génétique et ses applications. Rifkin fait une mise en garde contre les excès potentiels de la soumission à la technique et à la manipulation des facteurs constitutifs de la vie humaine, ou contre les dérives potentielles de ces techniques laissées aux seules mains du marché, des entreprises de biotechnologie et des laboratoires pharmaceutiques.

Selon lui, la rapidité des découvertes implique le difficile contrôle des applications et accentue les risques de dérives : « Dans le domaine de la génétique, la quantité d'informations disponibles double tous les deux ans. D'après les scientifiques, le potentiel économique de ces découvertes n'a d'autres limites que celles de l'imagination humaine, outre les fantaisies et les caprices du marché » (Rifkin, 1998, p. 45-46). Si Rifkin affirmait en 1998 que les informations disponibles doubleraient tous les deux ans, il est possible de supposer que ce rythme s'est accéléré maintenant, avec l'achèvement récent de la carte du génome humain par le projet Hugo. Cet auteur critique particulièrement les chercheurs et les journalistes qui valorisent à outrance, selon lui, les promesses liées à la génétique nourrissant ainsi des rêves et des attentes qui n'ont rien à voir avec ce qu'il en découlera.

Nelkin et Lindee ont par ailleurs étudié comment les représentations qu'a la population de la génétique peuvent se modifier dans les médias, transformant quelque chose d'inacceptable en quelque chose d'acceptable et vice versa :

Nous pensons que les représentations du gène et les histoires auxquelles il donne lieu dans la culture de masse ne sont pas des phénomènes détachés de tout le reste, mais qu'il s'agit de produits sociaux qui reflètent et affectent les normes culturelles ; nous estimons, en outre, que des interactions se font dans les deux sens entre les textes et leurs lecteurs, entre les médias et leur public (Nelkin et Lindee, 1998, p. 13).

Ces auteures analysent la place de l'imaginaire dans l'acceptabilité des technologies génétiques, la culture populaire pouvant aller jusqu'à laisser croire aux déterminismes génétiques à l'état pur.

Dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie, Ducharme a étudié les représentations sociales de la génétique humaine, et ce, en se référant principalement aux débats normatifs et juridiques ayant cours au Québec. Il s'est intéressé entre autres aux entreprises biopharmaceutiques considérées comme des acteurs importants qui s'immiscent dans le débat sur la génétique humaine en raison de leurs intérêts, particulièrement de nature économique, pour le développement de la pharmacogénomique (Ducharme, 2003, p. 142).

Il propose une analyse à partir du point de vue d'un groupe d'acteurs en identifiant les représentations et les imaginaires sociaux qui dominent le paysage québécois. Ainsi, il montre que les entreprises de biotechnologie ont un intérêt direct à participer au débat normatif et juridique puisqu'« une part importante de la discussion qui a cours présentement porte sur la commercialisation de la recherche en génomique et en pharmacogénomique » (Ducharme, 2003, p. 142).

Concernant le domaine de la pharmacogénomique, Ducharme remarque notamment l'intrusion de l'industrie dans la recherche universitaire. Il observe qu'il existe un profond clivage entre, d'une part, les opinions des généticiens et des représentants des entreprises de biotechnologie et, d'autre part, celles exprimées par les autres répondants (représentants d'associations de patients atteints de maladies héréditaires, journalistes, autres chercheurs en génétique humaine). « Si les premiers envisagent généralement cette tendance vers la commercialisation des fruits de leur recherche d'une manière positive, les autres sont plus enclins à y voir une atteinte à ce que certains de nos répondants ont appelé le caractère sacré du vivant » (Ducharme, 2003, p. 154). En fait, ces groupes s'élèvent surtout contre « la commercialisation de matières vivantes, et non contre les tests de dépistage génétique ou contre les produits issus de la recherche en pharmacogénomique » (Ducharme, 2003, p. 157).

Selon ce dernier, la pire crainte des différents acteurs du domaine de la génétique humaine au Québec serait la discrimination génétique. Tous les acteurs, même les entreprises de biotechnologie, soulèvent la menace de l'éventuelle utilisation massive des tests de dépistage génétique qui ouvrirait toute grande la porte à de nouvelles formes de discrimination chez les assureurs, les employeurs ou même dans les différents services offerts par les gouvernements fédéral et provinciaux (Ducharme, 2003, p. 198). Cette étude sociologique révèle tout l'arrière-plan symbolique soutenant les choix normatifs dans la réglementation de la génétique humaine faisant ressortir les différentes représentations et l'imaginaire des acteurs qui sous-tendent le débat actuel sur la génétique humaine au Québec.

Hedgecoe et Martin (2003) ont aussi analysé le rôle de l'imaginaire des différents acteurs clés dans la construction des objets sociotechniques en se référant plus particulièrement au cas de la pharmacogénomique :

In fact, one of the major criticisms levelled at the emerging field of genetic medicine is that it is surrounded by too much « hype », speculation and unsubstantiated claims. [...] Instead of seeing the speculative claims made about the future of pharmacogenetics as ephemeral and irrelevant, we argue that they are fundamental to the dynamic processes that create new socio-technical networks (Hedgecoe et Martin, 2003, p. 328).

Ainsi, ces derniers auteurs tentent de faire ressortir les visées qu'ont trois différents groupes d'acteurs des technologies liées à la pharmacogénomique. Le premier est constitué des chercheurs dont les travaux guident le déroulement des

applications cliniques et des percées technologiques. Le deuxième groupe est formé des compagnies pharmaceutiques, notamment celles intéressées par les tests de dépistage. Ces entreprises modifient leurs stratégies de marketing et choisissent les produits potentiels découlant de la génomique. Enfin, le troisième groupe réunit des bioéthiciens et différents commentateurs. Ceux-ci imprègnent de leur vision les débats sur les problèmes sociaux et éthiques potentiels découlant des diverses applications de la pharmacogénomique. «*Through the anticipation of social and ethical problems and critical engagement with the process of innovation, they are also helping construct and shape the future. The implications of this reflexive point have perhaps still to be digested by many who are working on the social studies of science and technology*» (Hedgecoe et Martin, 2003, p. 357).

Dans un ouvrage publié récemment, Bibeau (2004) affirme, quant à lui, que l'industrie pharmaceutique et les entreprises de biotechnologie prennent une place trop importante dans les débats, qu'elles négligent les craintes des citoyens et oublient l'aspect humain pour ne voir que les perspectives économiques. L'un des problèmes majeurs de l'industrie du gène est la commercialisation des produits dérivés des recherches en génétique, comme l'ont soulevé précédemment Rifkin (1998) et Ducharme (2003).

Bibeau signale le peu de place laissé dans l'espace médiatique aux enjeux sociaux et éthiques liés au recours à des technologies issues de la génétique. Un risque de dérive semble lié au fait que la prise de décision est entre les seules mains des scientifiques, des politiciens et des grandes multinationales du médicament. Il estime de plus que la génétique est effectivement pleine de promesses mais qu'il faut prendre garde au risque réel d'oublier les valeurs de l'humanité dans la foulée des découvertes et de leurs applications. Avant de faire d'autres avancées majeures, il est nécessaire de provoquer selon lui un débat auquel l'ensemble de la population devrait prendre part.

Les contributions de Rifkin (1998), Nelkin et Lindee (1998), Ducharme (2003), Hedgecoe et Martin (2003) et Bibeau (2004) renvoient à la place de l'imaginaire et au rôle des représentations sociales dans la diffusion de la génomique et des technologies génétiques. Comment les promesses de la génomique orientent-elles les recherches et favorisent-elles l'acceptabilité des différentes technologies qui en résultent? Les chercheurs en sciences sociales s'intéressent aux points de vue des différents acteurs (malades, familles, médecins, chercheurs, population en général, d'un côté; laboratoires, compagnies pharmaceutiques, gouvernements de l'autre). En définitive, de ces interactions entre groupes d'acteurs naissent des discours, des alliances, des conflits, dont découlent des stratégies qui orienteront le développement de la pharmacogénomique, domaine qui pourrait révolutionner le champ de la pratique médicale.

2.2.2. Les changements dans les pratiques médicales

Il est important de souligner que les omnipraticiens et les médecins de première ligne jouent un rôle central dans la diffusion des innovations médicales, par leur position intermédiaire entre les chercheurs spécialistes, souvent associés aux essais cliniques et la communauté. Ils doivent être en mesure de répondre aux attentes et aux questionnements de leurs patients. Par ailleurs, on se rend compte que les avancées et les découvertes issues de la génomique, dès qu'elles sont connues du public, induisent de fortes attentes thérapeutiques, comme on l'observe présentement chez les associations de malades au SLSJ. Cela suggère d'ailleurs que la population s'intéresse avant tout aux bénéfices thérapeutiques qu'elle peut en tirer plutôt qu'à la nature des découvertes elles-mêmes, ce qui est plutôt compréhensible.

L'intégration dans la pratique médicale de nouvelles technologies de dépistage génétique et de médicaments sur mesure issus de la pharmacogénomique est effectivement l'une des résultantes probables de la génétique pour l'offre globale de soins de santé. Quelques chercheurs s'y sont déjà intéressés (Carrico, 2000; Roses, 2000; Emery et Hayflick, 2001; Ensom, 2001; Wieczorek et Tsongalis, 2001; Lindpainter, 2002; Lipton *et al.*, 2003; Ducharme *et al.*, 2004b; Joly, 2004; Hedgecoe, 2005). Rarement ces études analysent-elles sous un angle social l'arrivée dans la pratique médicale des technologies génétiques. L'introduction inévitable de la pharmacogénomique dans la pratique médicale, même si elle est encore discrète, se fait dans le contexte bien précis de ce qu'on peut appeler un changement de paradigme. Au cours des trente dernières années, la médecine occidentale a tenté de s'éloigner progressivement d'un modèle qualifié de biomédical pour favoriser une approche dite biopsychosociale (Evans *et al.*, 1996).

Alors que l'approche biomédicale est plutôt centrée sur le symptôme physique et le traitement physico-chimique (<www.e-monsite.com/isabellesamyn/rubrique-1012326.html>), l'approche biopsychosociale utilise un cadre de référence holistique voulant rendre compte de la complexité des déterminants de la santé humaine. Pour Stewart (2001), cette approche plus récente comporte six composantes complémentaires et interreliées :

- explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient ;
- comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale ;
- s'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités ;
- valoriser la prévention et la promotion de la santé ;
- développer la relation médecin-patient ;
- faire preuve de réalisme.

Plusieurs praticiens se demandent si l'arrivée des médicaments issus de la pharmacogénomique ne ramènera pas la pratique médicale à un paradigme dit biomédical. La pharmacogénomique, telles qu'en sont les promesses, particulariserait les groupes de malades et segmenterait les maladies au point de les rendre quasi uniques. Le médicament « sur mesure » sera-t-il celui qui ne tiendra compte que des déterminants biologiques du malade ?

De plus en plus, il est possible d'envisager des médicaments faits sur mesure, en fonction de la forme précise du gène mutant. Les chercheurs de Montréal envisagent maintenant de fournir aux individus des profils personnels et exclusifs de réponse aux médicaments. On assiste à la création d'une pharmacie personnelle déterminée par l'héritage génétique : une pharmacogénomique (<www.cybersciences.com/Cyber/1.0/1_480_487.asp>).

Pour prescrire un traitement issu de la pharmacogénomique, les tests de dépistage pourraient devenir une nécessité : « Optimiser un traitement médicamenteux en fonction du patient nécessite également de connaître avec précision la génétique de la maladie à laquelle on s'attaque » (Révélant, 2001, p. 25).

Les médecins de première ligne ne sont toutefois pas actuellement suffisamment outillés pour faire face à l'introduction sur le marché des technologies issues de la pharmacogénomique. On peut même penser qu'ils ne sont pas prêts à l'arrivée des tests de dépistage au sens large (Emery et Hayflick, 2001 ; Joly, 2004 ; Ducharme *et al.*, 2004a). Une étude auprès des médecins de première ligne du Québec semble bien résumer la situation :

Les médecins de première ligne se disent prêts à relever le défi d'intégrer les applications cliniques issues de la génétique médicale à leur pratique, et ce, malgré les réticences qu'ils expriment dans leur discours sur le sujet. [...] Cependant, ils se considèrent pour la plupart exclus du processus de décision concernant la mise sur pied de projets de dépistage et l'élaboration de lignes de pratique (Ducharme *et al.*, 2004b).

Hedgecoe (2005) s'est intéressé à la difficile entrée de la pharmacogénomique dans la pratique clinique, notamment en raison de la question du consentement. Il a effectué des entrevues auprès de médecins spécialistes du cancer du sein en Angleterre, ces derniers ayant nécessairement eu recours au test de dépistage génétique pour prescrire ou non le *Herceptin*, médicament issu de la pharmacogénétique⁷. Le consentement éclairé dans la prescription pharmacogénétique représente effectivement un enjeu majeur et illustre bien le statut distinct que les médecins doivent accorder à ces médicaments. En effet, pour prescrire de tels médicaments (pharmacogénétiques ou pharmacogénomiques), il faut avoir recours à un test de dépistage génétique nécessitant un consentement du patient. Pour certains, il faut nécessairement informer et obtenir un consentement éclairé du

7. Dans ce cas précis, il s'agit bien de pharmacogénétique et non de pharmacogénomique, puisqu'il n'est pas question d'interactions entre plusieurs gènes.

patient (Buchanan *et al.*, 2002), alors que pour d'autres, il faut traiter cette information comme tout autre examen médical. Il ne s'agit que d'un test nécessaire pour poser un bon diagnostic, un peu comme on fait un bilan lipidique à l'aide d'une simple prise de sang (Lipton *et al.*, 2003).

Dans le cas du *Herceptin*, les cliniciens semblent lui donner un statut de médicament « ordinaire » lorsqu'ils en parlent à leur patiente. « *Herceptin's epistemological status as ordinary technology leads clinicians to express reluctance to inform patients of the possibility of HER2 testing to avoid raising patients' hopes about their eligibility for Herceptin and run the risk of disappointment* » (Hedgecoe, 2005, p. 1208).

En général, contrairement aux cliniciens, les médecins-chercheurs semblent plus sensibles aux questions relatives à la qualité du consentement éclairé. Une dichotomie se profile donc ; les cliniciens d'un côté et les médecins-chercheurs de l'autre. Si l'exemple du *Herceptin* ne s'applique évidemment pas à tous les types de médication pharmacogénomique, cette étude doit attirer notre attention sur la difficile entrée des technologies génétiques dans la pratique clinique, car les critères « classiques » de la bioéthique sont bousculés par les applications génomiques, et ce, même au stade expérimental. Les cliniciens, en plus d'avoir peu de temps à consacrer aux patients, spécialement dans un contexte de restrictions budgétaires, semblent moins attentifs au respect des principes éthiques lorsque vient le temps de traiter leurs patients, ayant plutôt en tête l'efficacité du traitement.

2.2.3. L'acceptabilité sociale des nouvelles technologies génétiques

Comme cela a été illustré dans la première partie, les enquêtes auprès de la population constituent une autre forme classique de contribution des sciences sociales aux réalités de la santé et de la maladie. Jusqu'à maintenant, ces enquêtes ont démontré une acceptabilité remarquable du recours aux technologies génétiques de la part de la population en général (Ulrich *et al.*, 1998 ; Albert *et al.*, 2002 ; Rothstein *et al.*, 2003 ; Ducharme *et al.*, 2004a). En fait, dans toutes les couches de la population semble régner un fort degré d'acceptabilité envers le dépistage génétique et envers la plupart des technologies issues de la génomique, à l'exception du clonage d'êtres humains et des organismes génétiquement modifiés ou OGM (De Saedeleer *et al.*, 2003).

Dans une étude américaine récente, près de 8 personnes sur 10 affirment être prêtes à expérimenter la recherche en génétique (Rothstein *et al.*, 2003). Fait particulièrement étonnant, ces mêmes personnes accordent peu d'importance à la confidentialité des données ; près de 7 personnes sur 10 accepteraient que les résultats recueillis soient partagés avec d'autres scientifiques. Le désir de participation est plus fort dès lors qu'est évoquée la possibilité de développer de nouveaux traitements (Rothstein *et al.*, 2003, p. 8).

Partout où des études ont été conduites, les attitudes envers la génétique s'avèrent reliées au niveau de scolarisation. Plus le degré de scolarité est élevé, plus la volonté de participer à la recherche est soutenue. Il en va de même au Québec et au SLSJ. D'ailleurs, une enquête du Conseil de la science et de la technologie du Québec sur la culture scientifique et technique des Québécois démontre que le niveau de scolarité est le principal facteur associé au niveau des connaissances scientifiques (Albert *et al.*, 2002), comme c'est le cas pour le niveau de connaissance des maladies héréditaires et des services disponibles chez la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean (Ducharme *et al.*, 2004a). Chez un groupe d'individus atteints de la dystrophie myotonique, le degré de scolarité est l'un des principaux déterminants du niveau de connaissance de leur maladie et des services disponibles (Veillette *et al.*, 2006).

De telles enquêtes empiriques auprès de la population apportent un nouveau point de vue, soit celui d'acteurs souvent négligés dans les débats sociaux entourant les avancées technologiques. Il semble important de tenir compte du point de vue des citoyens, tout en essayant de mieux comprendre comment le degré d'acceptation et le niveau de connaissance diffèrent selon les groupes sociaux. On pourra, dès lors, mieux informer le public en matière de génétique et augmenter le niveau des connaissances scientifiques en général, condition nécessaire à l'exercice de choix éclairés.

2.3. DES QUESTIONS ÉTHIQUES MULTIPLES

En plus de représenter des innovations scientifiques sans précédent, les avancées biotechnologiques comportent des enjeux notables aux plans social, économique et culturel, tout en soulevant diverses questions éthiques et légales. Après s'être penchés sur les questions relevant plus spécifiquement des sciences sociales, il est nécessaire de s'attarder brièvement aux divers points de vue exprimés en éthique et en droit. De toute façon, en arrière-plan des différentes recherches en sciences sociales traitant de génétique médicale ou de génétique des populations, sont habituellement soulevées des préoccupations de nature éthique et juridique. Quelques sociologues ou anthropologues consacrent même une part significative de leurs travaux à de telles questions. On n'a qu'à penser à l'enquête du sociologue Hedgecoe (2005) sur le statut du consentement éclairé lors de la prescription du *Herceptin* chez les patientes atteintes du cancer du sein.

Jusqu'à maintenant, le dépistage par marqueurs génétiques a souvent été au cœur des débats en éthique, mais à mesure que la génétique se fait communautaire de nombreuses autres questions méritent aussi qu'on s'y arrête. En observant de plus près divers débats ayant cours dans les milieux scientifiques, on peut s'inquiéter d'une acrimonie grandissante à l'heure actuelle entre deux groupes d'acteurs en ce qui a trait aux enjeux éthiques de la recherche en génétique. Entre

les spécialistes des sciences biomédicales (chercheurs et cliniciens) et les représentants de l'éthique appliquée (philosophes, avocats, représentants des citoyens), les positions sont trop souvent polarisées.

Comme nous nous intéressons plus particulièrement aux innovations découlant de la recherche en pharmacogénomique, nous avons tenté de relever les principaux enjeux éthiques soulevés plus particulièrement dans ce nouveau domaine. Le tableau 15.1 résume les principaux enjeux éthiques qui sont soulevés par la pharmacogénomique, et ce, à toutes les étapes du processus, de la production des nouveaux médicaments à leur consommation. Ce tableau ne prétend pas à l'exhaustivité mais fournit une bonne idée de la complexité des répercussions éthiques que peuvent avoir les découvertes en pharmacogénomique, et ce, aussi bien dans les phases de la recherche et développement qu'au stade des applications cliniques. Ces enjeux éthiques sont répertoriés dans différentes études (Møldrup, 2001; Rothstein *et al.*, 2003; Lipton *et al.*, 2003; Joly, 2004; Gagnon, 2005).

À la complexité des enjeux vient s'ajouter le milieu auquel appartient l'acteur. Selon que l'on adopte le point de vue de la compagnie pharmaceutique, des chercheurs, des gouvernements ou encore des patients et des communautés, les enjeux sont perçus différemment, tantôt comme des avantages, tantôt comme des préjudices. « À l'intérieur de ces secteurs (recherche et applications cliniques), différents acteurs se côtoient. Ils seront appelés à interagir tout en ayant des objectifs et des valeurs propres qui, inévitablement, seront des bénéfices pour les uns et des malaises pour les autres » (Møldrup, 2001).

Le tableau illustre aussi que la réflexion éthique et juridique reliée à la pharmacogénomique est raisonnablement avancée. Des experts se sont penchés sur le sujet mais, de toute évidence, il semble y avoir un décalage culturel entre les intentions des chercheurs en laboratoire et les perspectives des spécialistes en éthique. Selon notre propre expérience inscrite dans le parcours qui a vu naître la génétique communautaire au SLSJ, une des voies de rapprochement de ces points de vue divergents tient peut-être à une contribution plus soutenue des sciences sociales. L'idée n'est pas nouvelle. Il demeure néanmoins que les chercheurs en sciences sociales pourraient prendre une part plus active dans les débats et jouer un rôle plus actif permettant ainsi de créer des passerelles entre ce qu'on pourrait appeler « les deux cultures » (Snow, 1968).

CONCLUSION

Les travaux de recherche menés au Saguenay-Lac-Saint-Jean depuis trois décennies constituent un corpus utile pour mieux appréhender le rôle des sciences sociales dans le champ de la génétique des populations et de la génomique. De plus, sur ce territoire, des disciplines telles que l'histoire, la sociologie, la

Tableau 15.1

Enjeux éthiques soulevés par les découvertes en pharmacogénomique

Enjeux éthiques	Recherche et essais cliniques	Applications cliniques
Protection de la vie privée		
Confidentialité	✓	✓
Discrimination et stigmatisation	✓	
Consentement éclairé (degré de compréhension de l'information)	✓	✓
Consentement libre (tests obligatoires)	✓	✓
Utilisation secondaire des échantillons	✓	
Partage des bénéfices	✓	
Sélection des sujets et des communautés lors des essais cliniques	✓	
Privatisation des données génétiques		
Sécurité des produits (surveillance et conservation)	✓	✓
Banque de données génétiques	✓	✓
Compagnie d'assurance	✓	
Propriété intellectuelle (brevet)	✓	✓
Répercussions des recherches sur le marché		
Profil génétique orphelin	✓	✓
Stratification des marchés	✓	✓
Accès à l'information		
Conseil génétique accessible	✓	✓
Divulgaration d'information fiable (chercheurs et journalistes)	✓	✓
Validité des tests génétiques	✓	✓
Retour d'information aux participants des essais cliniques	✓	✓
Statut du consentement	✓	✓
Coût	✓	
Libre accès au test		✓
Pratique du médecin et du pharmacien		
Obligation de donner le meilleur traitement possible		✓
Décision clinique de nature probabiliste		✓
Plus grande responsabilité		✓
Disponibilité des médicaments		
Financement du développement pour les maladies orphelines	✓	
Accès aux médicaments pour tous		✓
Coûts élevés de certains médicaments	✓	✓
Risque d'accentuer le déterminisme génétique		✓

démographie, la géographie et l'anthropologie, pour ne nommer que celles-là, ont fourni des résultats utiles pour l'intervention en raison de leurs construits théoriques et de leur arsenal méthodologique. Elles ont sans nul doute constitué une voie de rapprochement entre la génétique et la société, grâce notamment à l'interdisciplinarité qui s'est imposée au fur et à mesure que la génétique s'est fait communautaire. En effet, ces disciplines comportent des paradigmes qui ont permis de mieux comprendre la dynamique culturelle des génopathies et de considérer le point de vue de divers acteurs, notamment des malades, des médecins et de la population, préparant ainsi la voie à une approche plus holistique et plus pragmatique, dans la perspective d'une génétique intégrée à la communauté.

Les enquêtes conduites au SLSJ, tout comme ailleurs dans le monde, révèlent que le public est tiraillé entre les promesses qu'on lui fait miroiter grâce au développement des innovations technologiques liées à la génétique et les risques de non-respect de la protection des principes éthiques. Il faut retenir de plus que la pharmacogénomique étant un domaine issu de découvertes récentes, un décalage manifeste existe entre les avancées en recherche et développement et les travaux réalisés en sciences sociales. Toutefois, la réflexion en éthique et en droit sur ce domaine est déjà mieux esquissée. En constatant que leur contribution demeure discrète, les chercheurs en sciences sociales doivent faire preuve de plus d'audace afin de favoriser de nécessaires rapprochements entre les différents groupes d'acteurs : scientifiques, éthiciens, juristes et le public. En effet, les approches utilisées en sciences sociales fournissent un arsenal théorique et méthodologique qui devrait permettre aux chercheurs de s'inscrire convenablement dans un rôle de « troisième voie ».

Par ailleurs, il est important de souligner l'apport essentiel de l'étude des représentations et des imaginaires sociaux, lesquels jouent un rôle fondamental dans la diffusion et la pénétration des nouvelles technologies. L'apport de la sociologie nous semble particulièrement utile dans l'étude des avancées de la pharmacogénomique puisque nous en sommes encore aux promesses, aux représentations et à l'imaginaire. Avec ces univers symboliques, nous plongeons au cœur même de la *culture scientifique* et de la *culture populaire*. L'une des façons d'appréhender de telles réalités renvoie, comme nous l'avons relevé, à l'étude des représentations sociales grâce aux rôles joués par les différents acteurs. Les imaginaires sociaux servant à forger les représentations sociales, ces deux univers symboliques influencent à leur tour la recherche et le développement. Nous pouvons espérer une contribution plus significative des chercheurs en sciences sociales afin de mieux comprendre les processus qui pourraient conduire, par la chaîne des médicaments, à la découverte, l'expérimentation et la mise en marché de médicaments « sur mesure » issus du génie génétique.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert, M., C. Marchal et J.P. Robitaille (2002). *Enquête sur la culture scientifique et technique des Québécoises et des Québécois*, Québec, Conseil de la science et de la technologie du Québec.
- Bibeau, G. (2004). *Le Québec transgénique. Science, marché, humanité*, Montréal, Éditions Boréal.
- Bouchard, G. et M. De Braekeleer (dir.) (1990). *Histoire d'un génome : population et génétique dans l'Est du Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, réédité en 1991.
- Bouchard, G. et M. De Braekeleer (1992). *Pourquoi des maladies héréditaires ? Population et génétique au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Québec, Éditions du Septentrion.
- Brook, J.D., M.E. McCurrach, H.G. Harley *et al.* (1992). «Molecular Basis of Myotonic Dystrophy: Expansion of a Trinucleotide (CTG) Repeat at the 3' End of a Transcript Encoding a Protein Kinase Family Member», *Cell*, vol. 68, n° 4, p.799-808.
- Buchanan, A. *et al.* (2002). *Consortium on Pharmacogenetics. Pharmacogenetics: Ethical and Regulatory Issues in Research and Clinical Practice*, Consortium on Pharmacogenetics.
- Bueckert, D. (2002) «La plupart des Canadiens ignorent ce qu'est la génomique», *La Presse canadienne*, Actualités nationales, samedi 19 janvier 2002.
- Buxton, J., P. Shelbourne, J. Davies *et al.* (1992). «Detection of an Unstable Fragment of DNA Specific to Individuals with Myotonic Dystrophy», *Nature*, vol. 355, p. 547-548.
- Carrico, J.M. (2000). »Human Genome Project and Pharmacogenomics: Implications for Pharmacy», *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 40, n° 1, p. 115-116.
- Collins, F.S. et V.A. McKusick (2001). «Implications of the Human Genome Project for Medical Science», *Journal of American Medical Association*, vol. 285, n° 5 (février), p. 540-544.
- Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires (2003). *La prévention de cinq maladies héréditaires récessives au Saguenay-Lac-Saint-Jean : vers une approche populationnelle. Cadre de référence d'un programme de prévention*, Chicoutimi, CORAMH, 37 p.
- De Saedeleer, S. *et al.* (dir.) (2003). *Évaluation du programme d'information génétique de CORAMH en milieu scolaire*. Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière.
- Ducharme, D. (2003). *Débat sur la génétique humaine au Québec. Représentations et imaginaires sociaux*, Montréal, Les Éditions Hurtubise HMH, Cahiers du Québec, coll. «Sociologie».
- Ducharme, D., S. Veillette, M. Perron *et al.* (2004a). «Les facteurs sociaux liés au degré d'information de la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean à propos des maladies héréditaires et des services disponibles», *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 41, n° 3, p. 319-344.
- Ducharme, D., S. Veillette et M. Perron (2004b). «Les réticences des médecins de première ligne à l'égard des projets de dépistage génétique au Québec», *L'Observatoire de la génétique*, juillet-août, n° 18, <www.ircm.qc.ca/bioethique/obsgenetique/cadrages/cadr2004/c_no18_04/c_no18_04_02.html>, consulté le 10 août 2006.

- Emery, J. et S. Hayflick (2001). «The Challenge of Integrating Medicine into Primary Care», *British Medical Journal*, vol. 322, p. 1027-1030.
- Ensom, M.H.H. (2001). «2001 : L'Odyssée pharmacogénomique», *Canadian Journal of Hospital Pharmacists*, vol. 54, n° 1, p. 8-9.
- Evans, R.G., M.L. Barer et T.R. Marmor (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Flichy, P. (1995). *L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales. Vers une nouvelle théorie de l'innovation*, Paris, La Découverte.
- Furling, D. (2003). «Viral Vector Producing Antisense RNA Restores Myotonic Dystrophy Myoblast Functions», *Gene Therapy*, vol. 10, n° 9, p. 795-802.
- Gagnon, J. (2005). *Les enjeux soulevés par la pharmacogénomique revisités à la lumière de la responsabilité telle qu'envisagée par Paul Ricoeur*, Montréal, Université de Montréal. Mémoire de maîtrise en bioéthique.
- Gaudet, D. (1999). «From DNA to the Community», *Community Genetics*, vol. 2, p. 139-140.
- Harley, H.G., J.D. Brook, S.A. Rundle *et al.* (1992). «Expansion of an Unstable DNA Region and Phenotypic Variation in Myotonic Dystrophy», *Nature*, vol. 355, p. 545-546.
- Harper, P.S. (2001). *Myotonic Dystrophy*, 3^e éd., Philadelphie, W.B Saunder.
- Harper, P.S. *et al.* (2004). *Myotonic Dystrophy: Present Management, Future Therapy*, New York, Oxford University Press.
- Hedgecoe, A.M. (2003). «Terminology and the Construction of Scientific Disciplines: The Case of Pharmacogenomics», *Science, Technology and Human Value*, vol. 28, n° 4, p. 513-537.
- Hedgecoe, A.M. (2005). «At the Point at Which You Can do Something About it, Then it Becomes More Relevant: Informed Consent in the Pharmacogenetic Clinic», *Social, Science & Medicine*, vol. 61, n° 6, p. 1201-1210.
- Hedgecoe, A.M. et P. Martin (2003). «The Drugs Don't Work: Expectations and the Shaping of Pharmacogenetics», *Social Studies of Science*, vol. 33, n° 3, p. 327-364.
- Joly, Y. (2004). «La pharmacogénomique: perspectives et enjeux éthico-juridiques», *Lex electronica*, vol. 9, n° 3, p. 1-19, <www.lex-electronica.org/articles/v9-3/joly.htm>, consulté le 15 décembre 2004.
- Khoury, M.J. (2003). «Genetics and Genomics in Practice: The Continuum from Genetics Disease to Genetic Information in Health and Disease», *Genetics in Medicine*, vol. 5, n° 4, p. 261-268.
- Laprise, C. *et al.* (2005). *L'ABC de L'ADN*, Chicoutimi, Corporation de recherches et d'action sur les maladies héréditaires (CORAMH).
- Lindpainter, K. (2002). «Pharmacogenetics and the Future of Medical Practice», *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 54, p. 221-230.
- Lipton, P. *et al.* (2003). *Pharmacogenetics: Ethical Issues*, Londres, Nuffield Council on Bioethics, 132 p., <www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/pharmacogenetics_report.pdf>, consulté le 15 décembre 2004.

- Mathieu, J., M. De Braekeleer et C. Prévost (1990). «Genealogical Reconstruction of Myotonic Dystrophy in the Saguenay–Lac-Saint-Jean Area (Québec, Canada)», *Neurology*, vol. 40, p. 839-842.
- Møldrup, C. (2001). «Ethical, Social and Legal Implications of Pharmacogenomics: A Critical Review», *Community Genetics*, vol. 4, p. 204-214.
- Nelkin, D. et S. Lindee (1998). *La mystique de l'ADN*, Paris, Éditions Belin, coll. «Débats Belin».
- Perron, M. (1997). *Sociogéographie de la santé à micro-échelle. Un modèle de différenciation spatiale au Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Montpellier, Université de Montpellier III. Thèse de doctorat.
- Perron, M. (2005). «La génétique se fait communautaire. Les sciences sociales s'intéressent encore timidement aux applications découlant du projet du génome humain», *Le Devoir*, 20 août, p. F4.
- Perron, M. et S. Veillette (2000). «Social Issues of Molecular Biology Applications in Communities: Focussing on Social Representations and the Public's Perceptions», *Community Genetics*, vol. 3, p. 109-111.
- Perron, M., S. Veillette, F. Desbiens et J. Mathieu (1986). «Comportements sociodémographiques des individus atteints de dystrophie myotonique», *Cahiers québécois de démographie*, vol. 15, n° 1, p. 75-110.
- Perron, M., A. Vigneault et S. Veillette (1999). «Social Issues of Genetic Applications in Communities: Towards a Psychoeducational Model», *Community Genetics*, vol. 2, n° 4, p. 137-155.
- Prévost, C., S. Veillette, M. Perron, C. Laberge, C. Tremblay, J. Auclair, J. Villeneuve, M. Tremblay et J. Mathieu (2004). «Psychosocial Impact of Predictive Testing for Myotonic Dystrophy Type 1», *American Journal of Medical Genetics*, vol. 126A, p. 68-77.
- Regalado, A. (1999). «Inventing the Pharmacogenomics Business», *American Journal of Health-System pharmacy*, vol. 56, p. 40-50.
- Révélant, O. (2001). *La médecine de demain. Le gène apprivoisé*, Toulouse, Éditions Milan, coll. «Les essentiels Milan».
- Rifkin, J. (1998). *Le siècle biotech. Le commerce des gènes dans le meilleur des mondes*, Paris, La Découverte.
- Roses, A. D. (2000). «Pharmacogenetics and the Practice of Medicine», *Nature*, vol. 405, p. 857-865.
- Rothstein, M. (dir.) (2003). *Pharmacogenomics Social, Ethical, and Clinical Dimensions*, Londres, John Wiley and Sons.
- Scardigli, V. (1992). *Les sens de la technique*, Paris, Presses universitaires de France, coll. «Sociologie d'aujourd'hui».
- Snow, C.P. (1968). *Les deux cultures*, Paris, Éditions Jean-Jacques Pauvert.
- Stewart, M. (2001). «Towards a Global Definition of Patient-Centered Care», *British Medical Journal*, vol. 322, p. 444-445.
- Ten Kate, L.P. (1999). «The Concept of Community Genetics», *Community Genetics*, vol. 2, p. 152.
- Testart, J. (1994). *Le désir du gène*, Paris, Flammarion.

- Ulrich, C.M., A.R. Kristal, E. White, J.R. Hunt, S.J. Durfy et J.D. Potter (1998). « Genetic Testing for Cancer Risk: A Population Survey on Attitudes and Intention », *Community Genetics*, vol. 1, n° 4, p. 213-222.
- Veillette, S., M. Perron et F. Desbiens (1986). *La dystrophie myotonique. Étude épidémiologique et sociogéographique au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Jonquière, Cégep de Jonquière. Rapport de recherche.
- Veillette, S., M. Perron, L. Laberge, J. Mathieu, C. Prévost et G. Hébert (1992). « Socio-Cultural Factors Influencing the Spread of Myotonic Dystrophy in the Saguenay-Lac-Saint-Jean Region of the Province of Quebec (Canada) », dans A.H. Bittles et D.F. Roberts (dir.), *Genetics, Demography and Health, Minority Populations*, Londres, Macmillan, p. 83-101.
- Veillette, S., M. Perron, L. Laberge et J. Mathieu (2006). « Déterminants des connaissances génétiques chez des patients atteints de la dystrophie myotonique », Actes de colloque des 3^e assises de génétique humaine et médicale, Montpellier, 26-28 janvier, *Médecine/Sciences*, hors-série, vol. 22, n° 2, p. 30-31.
- Wieczorek, S.J. et G.J. Tsongalis (2001). « Pharmacogenomics: Will It Change the Field of Medicine? », *Clinica Chimica Acta*, vol. 308, p. 1-8.

SITES INTERNET

Cégep de Jonquière

<www.cjonquiere.qc.ca/cegep_jonquiere/francais/ecobes.html>, consulté le 6 janvier 2006.

Cyberscience

<www.cybersciences.com/Cyber/1.0/1_480_487.asp>, consulté le 10 décembre 2004.

Enseignement et recherche en psychopathologie

<www.e-monsite.com/isabellesamyn/rubrique-1012326.html>, consulté le 10 décembre 2004.

Université du Québec à Chicoutimi

<www.uqac.quebec.ca/balsac/>, consulté le 10 décembre 2005.

Liste des collaboratrices et des collaborateurs

Renée-Claude Badman, candidate à la maîtrise, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

Catherine Bilodeau, assistante de recherche, Département de lettres et de communication sociale, Université du Québec à Trois-Rivières.

Marie-Ève Blackburn, professionnelle de recherche au Groupe d'étude des conditions de vie et des besoins de la population (ÉCOBES) du Cégep de Jonquière, candidate au doctorat en sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal.

Marie-Ève Blanc, Ph. D. en sociologie, agente de recherche au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Université de Montréal.

Robert H. Desmarteau, professeur, Département de stratégie des affaires, Université du Québec à Montréal, chercheur principal au Groupe de recherche sur le management et la transformation des entreprises de biotechnologie (MATEB), chercheur au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Jacinthe Douesnard, M. Ps. en psychologie organisationnelle, assistante de recherche, doctorante en organisation du travail et santé psychologique, doctorat sur mesure, Université Laval.

Francine Dufort, professeure, Département de psychologie, Université Laval, chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Mehran Ebrahimi, professeur, Département de management et technologie, Université du Québec à Montréal, chercheur principal au Groupe de recherche sur le management et la transformation des entreprises de biotechnologie (MATEB), chercheur au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Mylène Fernet, professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

Louis-Robert Frigault, professeur associé, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

Mathieu Gagné, avocat associé au sein du cabinet d'avocats Fasken Martineau DuMoulin, professeur associé au Département de management et technologie de l'Université du Québec à Montréal, chercheur au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Catherine Garnier, professeure, directrice du programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Michel Goulet, professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

Luc Guerreschi, postdoctorant au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), docteur en psychologie et en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS).

Julie Laplante, chercheure senior, Institut Max-Planck pour l'anthropologie sociale, Halle/Saale, Allemagne, collaboratrice au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Benoît Leblanc, professeur, Département de lettres et communication sociale, Université du Québec à Trois-Rivières, chercheur au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Bertrand Lebouché, M.D., Service d'hépatologie Unité Sida, Hôtel-Dieu, Hospices civils de Lyon, collaborateur au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Joseph J. Lévy, professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, chercheur au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Marie-Thérèse Lussier, professeure, Département de médecine familiale, Université de Montréal, chercheure à l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

Isabelle Médeiros, assistante de recherche, Département d'éducation et formation spécialisées, Université du Québec à Montréal.

Danielle Maisonneuve, professeure, Département de communication sociale et publique, titulaire de la Chaire en relations publiques, Université du Québec à Montréal, chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Manon Niquette, professeure, Département d'information et de communication, Université Laval, chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Chantal Ouellet, professeure, Département d'éducation et formation spécialisées, Université du Québec à Montréal, chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Jean Pasquero, professeur, Département de stratégie des affaires, chercheur associé à la Chaire de responsabilité sociale et de développement durable de l'École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal.

Michel Perron, Ph. D en géographie de la santé, chercheur au Groupe d'étude des conditions de vie et des besoins de la population (ÉCOBES) du Cégep de Jonquière, chercheur invité au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et chercheur au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Marie-Laurence Poirer, postdoctorante au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Pascale Pourrain, doctorante en sociologie, Université du Québec à Montréal.

Claude Richard, chercheur associé à l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

Jean-Pierre Routy, M.D., Service d'immunodéficience et d'hématologie, Hôpital Royal Victoria, Université McGill, Montréal.

Anne-Laure Saives, professeure, Département de management et technologie, Université du Québec à Montréal, chercheure principale au Groupe de recherche sur le management et la transformation des entreprises de biotechnologie (MATEB), chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Pétra Scheibler, Universität Oldenburg, Fakultät IV Institut für Psychologie, Allemagne, chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Christine Thoër-Fabre, professeure, Département de communication sociale et publique, Université du Québec à Montréal, chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Marjolaine Thouin, assistante de recherche, Département d'éducation et formation spécialisées, Université du Québec à Montréal.

Philippe Tremblay, doctorant en psychologie, adjoint de recherche, programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Marie-France B. Turcotte, professeure, Département de stratégie des affaires, chercheure principale à la Chaire de responsabilité sociale et de développement durable de l'École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, chercheure au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Isabelle Wallach, anthropologue, postdoctorante au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.



Homosexualités

Variations régionales

Sous la direction de Danielle Julien et Joseph J. Lévy

2007, ISBN 2-7605-1471-3, 284 pages

La surdité vue de près

Colette Dubuisson et Christiane Grimard

2006, ISBN 2-7605-1449-8, 436 pages

Trouble d  ficientaire de l'attention avec hyperactivité

Soigner,   duquer, surtout valoriser

Sous la direction de Nicole Chevalier, Marie-Claude Guay,

André Achim, Philippe Lageix et Hélène Poissant

2006, ISBN 2-7605-1463-3, 336 pages

Souffrance et médecine

Serge Daneault

2006, ISBN 2-7605-1452-8, 180 pages

Surdité et société

Perspectives psychosociale, didactique et linguistique

Sous la direction de Daniel Daigle et Anne-Marie Parisot

2006, ISBN 2-7605-1407-2, 220 pages

La santé s'affiche au Québec

Plus de 100 ans d'histoire

Lise Renaud

2005, ISBN 2-7605-1344-0, 264 pages

Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec: 1940-2005

Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé

Julien Prud'Homme

2005, ISBN 2-7605-1378-5, 166 pages

Les traitements antirétroviraux

Expériences et défis

Sous la direction de Joseph Josy Lévy,

Janine Pierret et Germain Trottier

2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

Enjeux psychosociaux de la santé

Sous la direction de Joseph Josy Lévy,

Danielle Maisonneuve, Henriette Bilodeau et al.

2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages

L

es médicaments s'inscrivent aujourd'hui dans une chaîne complexe qui fait intervenir un grand nombre d'acteurs, de procédures, de régulations, de représentations et d'usages, et ce, depuis leur conception jusqu'à leur consommation. Dans ce processus, les médicaments prennent une valence et des significations différentes qui révèlent la polyvalence de ces substances à la fois techniques et symboliques, remèdes et poisons. Afin de cerner certaines des dimensions théoriques, épistémologiques et empiriques associées aux médicaments, des chercheurs associés au programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT) présentent, à partir de leur discipline respective, une synthèse des recherches contemporaines et de leurs travaux personnels ou d'équipe, ainsi que des perspectives qui illustrent les mécanismes par lesquels les médicaments sont produits, introduits et reçus dans le champ social.

Cet ouvrage collectif met en relief les dimensions des représentations et des usages des médicaments et pointe les enjeux biomédicaux, socioéconomiques, culturels et éthiques qui les accompagnent.

JOSEPH J. LÉVY, Ph. D., anthropologue, est professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal et chercheur du Programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

CATHERINE GARNIER, Ph. D., est professeure à l'Université du Québec à Montréal et directrice du Programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments (CRSH-GT), GEIRSO-UQAM.

Ont collaboré à cet ouvrage

Renée-Claude Badman
Catherine Bilodeau
Marie-Ève Blackburn
Marie-Ève Blanc
Robert H. Desmarceau
Jacinthe Douesnard
Francine Dufort
Mehran Ebrahimi
Mylène Fernet
Louis-Robert Frigault
Mathieu Gagné
Catherine Garnier

Michel Goulet
Luc Guerreschi
Julie Laplante
Benoît Leblanc
Bertrand Lebouché
Joseph J. Lévy
Marie-Thérèse Lussier
Danielle Maisonneuve
Isabelle Médeiros
Manon Niquette
Chantal Ouellet
Jean Pasquero

Michel Perron
Marie-Laurence Poirer
Pascale Pourrain
Claude Richard
Jean-Pierre Routy
Anne-Laure Saives
Pétra Scheibler
Christine Thoër-Fabre
Marjolaine Thouin
Philippe Tremblay
Marie-France B. Turcotte
Isabelle Wallach