

Consommation de médicaments au Canada : le rôle des stratégies de communication de l'industrie pharmaceutique

Luc Bonneville, Ph.D.

Professeur agrégé, Département de communication, Université d'Ottawa, Canada.
luc.bonneville@uottawa.ca

Isaac Nahon-Serfaty, Ph.D.

Professeur adjoint, Département de communication, Université d'Ottawa, Canada
inahonse@uottawa.ca

Résumé :

Dans cet article, nous proposons une réflexion sur les stratégies de communication et de promotion de produits de santé (médicaments prescrits et non prescrits) de la part des entreprises pharmaceutiques. Après avoir mis en lumière un certain nombre de tendances associées à la consommation de médicaments, nous analysons les stratégies des pharmaceutiques en insistant sur cinq axes : a) la création de nouvelles niches de consommation ; b) la fragmentation des discours sur les maladies connues ; c) la prolongation des cycles de vie des produits ; d) l'introduction de produits de haute valeur tant du point de vue technologique que commercial (médicaments biotechnologiques) ; et e) la récupération des crises liées aux médicaments dans une logique concurrentielle. L'étude de ces axes se fera sous une optique d'analyse des stratégies rhétoriques mises en place par l'industrie pharmaceutique dans un contexte mondialisé.

Mots-clés : médicament ; consommation ; dépenses publiques ; dépenses privées ; pharmaceutique ; marketing ; discours ; stratégies de communication ; stratégies de promotion.

This paper analyzes the communication and promotional strategies developed by the pharmaceutical industry for both prescription and non-prescription medications. After reviewing some of the key trends about the consumption of medications, the authors describe five pharmaceutical strategies : a) the creation of new consumption niches ; b) the fragmentation of discourses about "established" diseases ; c) the prolongation of products' life-cycle ; d) the introduction of high value medications, both from a technological and commercial point of view, particularly those known as "biotech drugs" ; and e) the leverage of medicine crisis following a competitive rationality. The study focuses on the rhetorical strategies conveyed by the pharmaceutical industrial in a globalized context.

Keywords: medication ; consumption ; public expenses ; private expenses ; pharmaceuticals ; marketing ; discourse ; communication strategies ; promotional strategies.

Introduction

La prise en charge clinique de la maladie s'est progressivement orientée, tout au long du XX^e siècle, vers la médication de plus en plus soutenue des patients. Il faut dire que les innovations en la matière, que ce soit sur le plan pharmacologique, pharmacocinétique ou de la pharmacovigilance, ont été spectaculaires (voir notamment Tubiana, 1995). Ainsi, comme le souligne l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) au sujet du Canada, « les médicaments pharmaceutiques jouent un rôle essentiel dans la médecine moderne. Traitant diverses maladies, ils sont devenus un élément de plus en plus important du système de santé canadien (2008, p. 1) ». En contrepartie toutefois, le médicament a un coût. Tantôt source de doute (est-ce que tous les médicaments sont indispensables), tantôt source d'espoir (les médicaments permettent d'espérer une vie meilleure et plus longue), les médicaments suscitent de nombreux débats. Car, comme l'indique Khadir, « le médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres. Son usage est intimement lié à nos peurs, à nos souffrances et à nos angoisses existentielles les plus tenaces devant la maladie et la mort (2004, p. 19) ». De surcroît, comme nous le rappellerons un peu plus loin, les dépenses consacrées aux médicaments sont très élevées et soulèvent plusieurs enjeux de société.

Au Canada par exemple, si l'on tient compte des dépenses par habitant, les citoyens arrivent au deuxième rang des consommateurs qui dépensent le plus pour des médicaments (OCDE, 2007)¹. En arrière-plan, il faut savoir que le Canada vit depuis environ deux décennies une transformation en profondeur de son système de santé qui est repérable par la restructuration des systèmes de soins propres aux provinces et territoires². Notamment, le passage au virage ambulatoire (autrement dit, la désinstitutionnalisation) a nettement favorisé l'accroissement de la consommation de médicaments (Bonneville et Lacroix, 2006). Essentiellement pour soutenir les patients qui étaient pris en charge en dehors des établissements de santé. Mais il y a plus, puisqu'on sait que l'augmentation de la consommation de médicaments n'est pas uniquement redevable aux transformations du système de santé mais relève de logiques (anthropologiques, sociologiques, économiques, médicales, etc.) beaucoup plus complexes. L'une d'elles repose sur la rhétorique marketing des entreprises pharmaceutiques qui a beaucoup joué au cours des dernières années sur l'idée que les médicaments étaient une source cruciale d'amélioration de la qualité de vie de tous les citoyens et individus, ce qui pouvait justifier son utilisation croissante. Notre objectif ici n'est pas d'invalidier ou de corroborer ce discours, mais bien de voir plus largement comment le médicament est devenu la pièce centrale d'un système de santé qui exige de plus en plus de ressources financières et qu'on dit en crise (Bonneville, 2003 ; Carré et Lacroix, 2001).

Ainsi, dans un premier temps, nous analyserons l'évolution des dépenses consacrées aux médicaments au Canada, depuis 1985³. Nous montrerons qu'il y a une augmentation de l'usage de plus en plus prononcée du médicament autant du point de vue des médicaments prescrits que des médicaments non prescrits. Nous poursuivrons par la mise en lumière d'un certain nombre de stratégies de communication des multinationales pharmaceutiques qui contribuent à la croissance de la consommation du médicament. Ces stratégies se manifestent autour de cinq axes : i) la création des nouvelles niches de consommation

1. Le Canada occupe le deuxième rang pour les dépenses totales en médicaments par habitant, derrière les États-Unis (1er rang), la France (3e rang), l'Espagne (4e rang) et l'Allemagne (5e rang). Voir une synthèse du rapport de l'OCDE dans ICIS (2007b).

2. Le système de santé au Canada est de juridiction provinciale et territoriale.

3. Les données dont nous disposons proviennent essentiellement de l'ICIS (2007b), qui définit les dépenses et les médicaments comme suit : « Au niveau agrégé, il s'agit des dépenses associées aux médicaments vendus sur ou sans ordonnance par des détaillants. Les estimations représentent le coût final pour les consommateurs, y compris les honoraires du pharmacien, la marge bénéficiaire brute et les taxes appropriées (p. 47) ».

(nouvelles « maladies »); ii) la fragmentation des discours sur les maladies connues (atomisation de l'étiologie – causes – et des approches thérapeutiques); iii) la prolongation des cycles de vie des produits; iv) l'introduction de produits de haute valeur tant du point de vue technologique que commercial (médicaments biotechnologiques) et v) la récupération des crises liées aux médicaments dans une logique concurrentielle. L'étude de ces axes se fera sous une optique d'analyse des stratégies rhétoriques mises en place par l'industrie pharmaceutique dans un contexte mondialisé. L'effort consistera à montrer, à partir d'un cas particulier qui est celui du contexte canadien, qu'il y a émergence d'une médication intensive des soins de santé qui opère sur la base d'un ensemble de stratégies et de pressions internationales (provenant des pharmaceutiques) favorisant une série de déplacements, de glissements et d'introductions de nouvelles médiations dans l'organisation systémique des soins de santé (Bonneville et Lacroix, 2006).

La croissance des dépenses consacrées aux médicaments

Médicaments prescrits

La croissance consacrée aux médicaments repose en grande partie sur la croissance des médicaments prescrits⁴. Suivant les données qui figurent notamment dans le tableau suivant (tableau 1), on constate en effet que les dépenses publiques qui ont été consacrées aux médicaments prescrits, de 1985 à 2008⁵, ont crû de 899,4 % (passant de 1,1 milliard de dollars canadiens courants en 1985 à 11,2 milliards de dollars canadiens courants en 2008).

Tableau 1 : Dépenses publiques et privées en médicaments prescrits au Canada, de 1985 à 2008 (en '000 000 \$ courants)

	Dépenses publiques (Variation en %)	Dépenses privées (Variation en %)	Total (Variation en %)
1985	1 118,7 (---)	1 447,7 (---)	2 566,5 (---)
1990	2 278,0 (103,6)	2 593,9 (79,2)	4 871,8 (89,8)
1995	3 365,3 (99,8)	4 033,8 (55,5)	7 399,0 (51,9)
2000	5 299,7 (57,5)	6 429,3 (59,4)	11 729,0 (58,5)
2005	9 015,3 (70,1)	10 252,7 (59,5)	19 268,0 (64,3)
2008 (prévision)	11 177,4 (24,0)	13 963,7 (14,2)	25 141,1 (30,5)
Variation totale 2008/1985	(899,4)	(864,5)	(879,6)

Source : Tableau construit sur la base des données de l'ICIS (2009c).

4. Mentionnons ici que les médicaments prescrits sont les « substances considérées comme des médicaments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et vendues pour être consommées par une personne qui a obtenu une ordonnance d'un professionnel de la santé (ICIS, 2009c, p. 47) ».

5. Notons que les données pour 2008 sont des données prévisionnelles.

Par habitant, cela veut dire une croissance de 676,5 % sur l'ensemble de la période (43,29 \$ en 1985 à 336,15 \$ en 2008) (voir tableau 2)⁶.

Tableau 2 : Dépenses publiques et privées en médicaments prescrits au Canada, de 1985 à 2008, par habitant (en \$)

	Dépenses publiques (Variation en %)	Dépenses privées (Variation en %)	Total (Variation en %)
1985	43,29 (---)	56,02 (---)	99,31 (---)
1990	82,24 (90,0)	93,65 (67,2)	175,89 (77,1)
1995	114,85 (39,7)	137,66 (47,0)	252,51 (43,6)
2000	172,69 (50,4)	209,50 (52,2)	382,19 (51,4)
2005	279,01 (61,6)	317,30 (51,5)	596,31 (56,0)
2008 (prévision)	336,15 (20,5)	419,94 (12,12)	756,09 (56,0)
Variation totale 2008/1985	(676,5)	(649,6)	(661,3)

Source : Tableau construit sur la base des données de l'ICIS (2009c).

Quant aux dépenses privées qui ont été consacrées aux médicaments prescrits, elles ont augmenté tout autant. Elles sont en effet passées de 1,4 milliard de dollars canadiens courants en 1985 à près de 14 milliards de dollars canadiens courants en 2008. Ce qui représente un taux de croissance, sur l'ensemble de la période, de 864,5 %. Par habitant, ce taux de croissance est de 649,6 % puisque chaque habitant dépensait en moyenne en 1985 56,02 \$ et 419,94 \$ en 2008.

Ainsi donc, on a assisté au Canada à une croissance de 879,6 % des dépenses totales (publiques et privées) en médicaments prescrits de 1985 (2,6 milliards de dollars canadiens courants) à 2008 (25 milliards de dollars canadiens courants). Par habitant, cette croissance est de 661,3 % (99,31 \$ en 1985 et 756,09 \$ en 2008).

Médicaments non prescrits

Quant aux médicaments non prescrits⁷, les dépenses leur étant associées ont connu une croissance relativement élevée sur l'ensemble de la période analysée. Suivant les données ici présentées (depuis 1995, compte tenu des données dont nous disposons), les dépenses

6. Il faut ici noter que les dépenses sont exprimées en dollars courants, et non en dollars constants. L'ICIS, qui fournit les données sur les dépenses de santé ainsi que les dépenses en médicaments (via la *Base de données sur les dépenses nationales de santé*), ne présente pas dans ses rapports les données en dollars constants, puisqu'il n'y a pas d'indices de prix spécifiques pour chacune des catégories de dépenses. Nous invitons donc le lecteur à une certaine prudence dans la lecture des tableaux. En présentant d'abord ces tableaux d'entrée de jeu dans cet article, nous souhaitons surtout mettre en contexte la place du médicament dans l'ensemble des soins de santé en donnant une idée générale de la situation. Toutefois, pour un regard beaucoup plus exhaustif, le lecteur pourra se référer au rapport de l'ICIS sur les médicaments (2009c).

7. Précisons que les médicaments non prescrits (ou sans ordonnance) sont regroupés autour des produits pharmaceutiques en vente libre et des articles d'hygiène personnel. Les premiers sont « des produits pharmaceutiques thérapeutiques qu'il est possible d'acheter sans ordonnance et achetés comme tels » (ICIS, 2009c, p. 47). Les deuxièmes comprennent « les articles utilisés principalement pour promouvoir ou maintenir la santé ; par exemple, les produits d'hygiène buccale, les articles diagnostiques, comme les bandelettes d'analyse pour le diabète et les articles médicaux, dont les produits pour l'incontinence » (ICIS, 2009c, p. 47).

Tableau 3 : Dépenses privées (personnelles) en médicaments non prescrits au Canada, de 1985 à 2008 (en '000 000 \$ courants) (a)

	Médicaments en vente libre (Variation en %)	Articles d'hygiène personnelle (Variation en %)	Total (Variation en %)
1985	n.d. (---)	n.d. (---)	1 235,9 (---) (b)
1990	n.d. (---)	n.d. (---)	2 058,7 (66,57) (b)
1995	1 474,2 (---)	1 314,2 (---)	2 788,4 (21,1)
2000	1 815,3 (23,1)	1 605,0 (22,1)	3 420,3 (22,7)
2005	2 245,5 (23,7)	1 838,6 (14,6)	4 084,1 (19,4)
2008(prévision)	2 615,3 (16,5)	2 071,4 (12,7)	4 686,8 (14,8)
Variation totale 2008/1985	(---)	(---)	(279,2)

(a) Seules les dépenses privées pour les médicaments non prescrits figurent ici puisqu'au Canada il n'y a pas de dépenses publiques consacrées à ces types de médicaments.

(b) Ce sont ici les données présentées telles quelles par l'ICIS. Aucune distinction n'était faite, à ce moment, entre les dépenses publiques et les dépenses privées en médicaments.

Source : Tableau construit sur la base des données de l'ICIS (2009c).

consacrées aux médicaments en vente libre sont en effet passées de 1,5 milliard de dollars canadiens courants en 1995 à 2,6 milliards de dollars canadiens courants en 2008.

Notons que les dépenses pour les articles d'hygiène personnelle sont passées de 1,3 milliard de dollars canadiens courants en 1995 à 2 milliards de dollars canadiens courants en 2008. Mises ensemble, ces dépenses, comme on le voit dans la dernière colonne du tableau 3 dans laquelle figurent les données pour 1985 et 1990, ont augmenté de 279,2 % (1985 à 2008) (1,3 milliard en 1985 à 4,7 milliards en 2008).

Tableau 4 : Dépenses privées (personnelles) en médicaments non prescrits au Canada, de 1985 à 2008, par habitant (en \$) (a)

	Médicaments en vente libre (Variation en %)	Articles d'hygiène personnelle (Variation en %)	Total (Variation en %)
1985	n.d. (---)	n.d. (---)	47,82 (---) (b)
1990	n.d. (---)	n.d. (---)	74,33 (55,4) (b)
1995	45,38 (---)	39,77 (---)	85,24 (1,4)
2000	59,15 (30,3)	52,20 (31,3)	111,45 (30,8)
2005	69,49 (17,5)	56,90 (1,9)	126,39 (13,4)
2008(prévision)	78,65 (13,2)	62,30 (9,5)	140,95 (11,5)
Variation totale 2008/1985	(---)	(---)	(194,8)

(a) Seules les dépenses privées pour les médicaments non prescrits figurent ici puisqu'au Canada il n'y a pas de dépenses publiques consacrées à ces types de médicaments.

(b) Ce sont ici les données présentées telles quelles par l'ICIS. Aucune distinction n'était faite, à ce moment, entre les dépenses publiques et les dépenses privées en médicaments.

Source : Tableau construit sur la base des données de l'ICIS (2009c).

Par habitant, les tendances sont tout à fait comparables aux dépenses globales (macro). Par exemple, pour les médicaments en vente libre, les dépenses étaient de 47,42 \$ en 1985 et de 140,95 \$ en 2008 (taux de croissance de 194,8 %). Pour les articles d'hygiène personnelle, les dépenses étaient de 45,38 \$ en 1995 à 68,75 \$ en 2008. Au total, les dépenses pour les médicaments non prescrits (médicaments en vente libre et articles d'hygiène personnelle) sont passées de 47,82 \$ en 1985 à 140,95 \$ en 2008 (taux de croissance de 194,8 %).

La proportion du médicament dans les dépenses publiques, privées et totales de santé

Encore ici, les données qui sont présentées dans les tableaux ci-dessus sont d'autant plus intéressantes et significatives que si elles sont replacées dans le contexte beaucoup plus large de l'ensemble des dépenses publiques, privées et totales de santé au Canada. En observant le tableau suivant, on constate à ce titre que la proportion des médicaments dans les dépenses publiques n'ont fait qu'augmenter de 1985 à 2008. En effet, cette proportion était de 3,7 % en 1985 et de 8,9 % en 2009 (donnée prévisionnelle). Ce qui représente un taux de croissance de 140,5 % sur l'ensemble de la période.

Tableau 5 : Proportion du médicament dans les dépenses publiques, privées et totales de santé, Canada, de 1985 à 2009 (en '000 000 \$ courants)

	Dépenses publiques de santé (Variation en %)	Dépenses privées de santé (Variation en %)	Dépenses totales de santé (Variation en %)	Part des médicaments dans les dépenses publiques (Variation en %)	Part des médicaments dans les dépenses privées (Variation en %)	Part des médicaments dans les dépenses totales (Variation en %)
1985	30 094,9 (---)	9 746,9 (---)	39 841,7 (---)	3,7 (---)	27,5 (---)	9,5 (---)
1990	45 445,5 (51,0)	15 577,1 (59,8)	61 022,6 (53,2)	5,0 (35,1)	29,9 (8,7)	11,4 (10,5)
1995	52 719,1 (16,0)	21 370,1 (36,6)	74 089,2 (21,4)	6,4 (28,0)	31,9 (6,0)	13,8 (21,0)
2000	69 266,8 (31,4)	29 160,7 (36,5)	98 427,5 (32,8)	7,6 (18,8)	33,8 (3,1)	15,4 (7,2)
2005	99 168,3 (43,2)	41 892,8 (43,7)	141 061,1 (43,3)	9,1 (13,2)	34,1 (3,0)	16,5 (6,5)
2009 (prévision)	128 597,3 (29,7)	54 523,6 (30,2)	183 120,9 (29,8)	8,9 (3,3)	34,1 (0,0)	16,4 (-0,6)
Variation totale 2009/1985	(327,3)	(459,4)	(359,6)	(140,5)	(24,0)	(72,6)

Source : Tableau construit sur la base des données de l'ICIS (2009a).

Quant à elle, la proportion des médicaments dans les dépenses privées est passée de 27,5 % en 1985 à 34,1 % en 2009 (taux de croissance de 24,0 %).

Finalement, la part des médicaments dans les dépenses totales de santé est passée de 9,5 % en 1985 à 16,4 % en 2009 (taux de croissance de 72,6 %).

Bref, même si les données présentées ci-dessus sont exprimées en dollars courants comme nous l'avons précédemment précisé (ce qui fait que les taux de croissance soient éventuellement à relativiser), il n'en demeure pas moins que le médicament occupe une place de plus en plus centrale dans l'ensemble des dépenses de santé. Comme l'indique Hunt, gestionnaire de la Division pharmaceutique de l'ICIS, « au cours des 20 dernières années, les médicaments sont demeurés invariablement parmi les principaux générateurs de coûts en santé (ICIS, 2009b) ».

Une sur-médication des soins?

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'importance grandissante du médicament, plutôt des dépenses qui lui sont associées, dans le paysage de la santé au Canada (par extension dans plusieurs pays industriels avancés dont les États-Unis, la France, l'Allemagne, etc.). Certains évoquent l'explosion des prix (ou du coût) des médicaments. Or les données à ce sujet montrent plutôt que les prix ont été stables au Canada du moins au cours des 10 dernières années (ICIS, 2009c)⁸. Ce sont surtout les prix des nouveaux médicaments qui, dans l'ensemble, sont plus élevés, qui pourraient expliquer la croissance des dépenses en médicaments au Canada, joints à une augmentation du volume d'utilisation des médicaments (ICIS, 2009c, p. 40 notamment). En fait, il faut tenir compte dans ce type d'analyse, complexe et qui ne peut se faire que sur une période plus ou moins longue, d'un ensemble de facteurs explicatifs qui demeurent pour l'instant des hypothèses. L'ICIS distingue plusieurs de ces facteurs que nous reproduisons intégralement (tableau 6).

Tableau 6 : Facteurs pouvant influencer les dépenses en médicaments au Canada (ICIS, 2009c, p. 37 et suivantes)

Facteurs	Caractéristiques
Prix	<ul style="list-style-type: none"> • Changements du prix unitaire des médicaments (brevetés et non brevetés) • Changements des marges bénéficiaires des détaillants et des grossistes et des honoraires professionnels • Disponibilité de médicaments génériques • Prix internationaux • Inflation
Arrivée de nouveaux médicaments	
Industrie pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none"> • Mise au point de nouveaux produits pharmaceutiques (p. ex. nouveaux dosages, nouvelles formulations et présentations) • Promotion de médicaments auprès des médecins • Échantillonnage des médicaments • Publicité directe au consommateur
Facteurs liés à la pratique et aux personnes (dispensateurs et consommateurs de soins de santé)	<ul style="list-style-type: none"> • Changements dans les pratiques de prescription et de délivrance des médicaments • Nombre et combinaison de prescripteurs (spécialistes, omnipraticiens, infirmières praticiennes et autres) • Visites à plusieurs médecins • Attentes et comportements des consommateurs • Observance du traitement

8. Voir les quelques indices de prix spécifiques de la section « Restrictions relatives aux données dans les Notes méthodologiques » du rapport de l'ICIS sur les médicaments (2009c, p. 48 et suivantes).

Facteurs	Caractéristiques
Volume d'utilisation des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs reliés à la population (changement de la taille de la population, changement de la structure ou de la répartition de la population, âge, sexe et ethnicité, changement de l'état de santé d'une population, apparition de nouvelles maladies, épidémies, prévalence et gravité de la maladie) • Facteurs liés au système (changements et transition associés à la réforme du système de santé, disponibilité d'assurances de tiers et accès à celles-ci, changement des politiques et des programmes, étendues des listes des médicaments assurés, admissibilité et co-paiements) • Facteurs liés à la recherche et à la technologie (nouvelles approches thérapeutiques, médicaments remplaçant la chirurgie, pharmacothérapie contre des maladies auparavant impossibles à traiter ou insuffisamment traitées, disponibilité de technologies de diagnostic plus nombreuses ou améliorées, recherche sur les résultats, stratégies de prévention ou de traitement basées sur des faits en matière de diagnostic ou de traitement, utilisation de programmes et de technologies pour surveiller des patients)

Source : ICIS (2009c, p. 37 et suivantes).

D'un point de vue sociologique, dans un article précédent, nous faisons le constat que cette médication croissante constituait, et constitue toujours, un passage obligé, une composante fondamentale, de l'actuelle réorganisation du système de soins (Bonneville et Lacroix, 2006). Un passage obligé du fait de la diminution des établissements de soins (par conséquent, aussi, des lits d'hôpitaux) et de la décroissance relative du personnel soignant, dans un contexte par ailleurs marqué par une augmentation pour les besoins de soins (demande de soins) (Bonneville, 2003a, p. 187-206) :

Cette autre façon, non seulement nécessite-t-elle moins de travail médical vivant et plus de travail « mort » – c'est-à-dire du travail objectif en produits, particulièrement des médicaments et certaines technologies, par exemple de surveillance à distance des patients (Lemire, 2001 a et b ; Reiser, 1978) –, mais exige un accroissement important de l'intensité du travail médical vivant, ce qu'on nomme l'accroissement de la productivité (Bonneville, 2003). Dans ce contexte, il s'agit de faire mieux avec moins et surtout plus avec moins... de temps (Bonneville, 2003, chapitres 4 et 5). Ainsi, le médecin, coincé entre la masse croissante des patients à voir, à entendre et à traiter, et le manque d'effectifs et de temps, est tendanciellement objectivement amené à réduire sa pratique à la prescription et verse dans le syndrome de la prescription à la chaîne, de la prescription immédiate (lors de visites qui ne durent parfois qu'à peine 5 minutes), répétitive, intensive et substitutive de la relation humaine de service (Gadrey, 1996), qui caractérise pourtant la relation médecin-patient. Le médecin est par conséquent contraint de « court-circuiter » sa relation avec le patient en établissant le plus rapidement possible un lien probable entre les plaintes (physiques) du patient et un médicament (Bonneville et Lacroix, 2006, p. 328-329).

Dans ce contexte, prescrire un médicament sur le champ s'avère très souvent plus rapide que de questionner le patient sur ses problèmes, son mode de vie, ses émotions, etc. En contrepartie, la prescription demeure dans l'imaginaire du patient ce qui vient justifier le motif de la plainte ayant conduit à la consultation. Comme l'indique Fainzang (2001) à la suite de Dupuy et Karsenty (1974) et de Le Pen (1991), le patient se sent souvent réconforté lorsqu'il a en sa possession une prescription, une ordonnance, d'autant plus que si celle-ci est longue (élaborée), coûteuse, que le médicament a un nom compliqué ou qu'il est nouveau sur le marché. Cela va de pair avec le principe du « remède-médecin » qui stipule, à la suite des travaux maintenant classiques de Balint (1960), que l'efficacité thérapeutique dépend largement de la manière dont le médecin entre en relation avec son patient. Cette interaction spécifique, conforme aux attentes du patient, serait ainsi suffisante dans plusieurs cas pour résoudre une bonne partie des plaintes du patient qui décide de consulter (Adam et Herzlich,

posent le caractère souvent suffisant de l'écoute et de l'attention accordées au patient sur le plan de l'efficacité thérapeutique [1994, p. 74]). Comme les anthropologues l'ont montré, la prescription et le médicament peuvent être en soi l'expression, ou l'extension, métonymique du médecin : « Il y a, pourrait-on dire, une dose du médecin dans le médicament, car la main curative du médecin atteint le patient à travers la prescription et le médicament (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003, p. 103) ».

Pourtant, un certain nombre d'études semblent montrer, en ce qui concerne les nouveaux médicaments mis sur le marché, qu'ils n'apportent souvent qu'une mince amélioration :

En fait, sur une centaine de nouveaux produits apparaissant chaque année sur le marché, quelques-uns seulement représentent une réelle innovation. Comme l'affirmait un intervenant au Symposium sur l'utilisation optimale du médicament : très peu de médicaments constituent des progrès majeurs (Rachlis, 2004) (Confédération des syndicats nationaux, 2005, p. 8).

Ainsi, les nouveaux médicaments ne devraient pas tous être considérés, suivant ce point de vue, comme des innovations importantes sur le plan pharmacologique et clinique. L'observation des « nouveaux » médicaments non prescrits en vente dans les rayons des pharmacies au Canada suffit d'ailleurs à étayer ce propos : on ne retrouve souvent que des variations mineures de médicaments déjà existants dont on a modifié l'apparence, la dose, les modalités d'ingestion, etc.⁹. Plusieurs médicaments commercialisés sont en effet considérés comme des *me-too* (« moi aussi »). Ce sont des médicaments, non génériques, qui se caractérisent par une structure moléculaire légèrement différente de celle du médicament qu'on veut, en quelque sorte, copier, pour occuper une part de marché. On pense notamment aux inhibiteurs calciques, aux anti-cholestérolémiques, aux anti-histaminiques, etc. Bref, « plus le marché est large (l'hypertension, la ménopause, etc.), plus le nombre de firmes à vouloir se le partager est grand (Science et Vie, 2003, p. 56) ». Comme le soulignent Dagognet et Pignarre, « [...] si les laboratoires cherchent des *me-too*, c'est [que] l'activité est peu risquée et elle peut rapporter beaucoup d'argent (2005, p. 192) ».

Ainsi donc, comme le précise St-Onge,

[...] la vaste majorité des « nouveaux » médicaments sont des versions légèrement modifiées des produits existants. Ce sont souvent des combinaisons de médicaments déjà sur le marché, présentés sous une nouvelle forme, des molécules qui diffèrent des anciennes par un carbone, un oxygène, un hydrogène ou simplement un isomère (formule chimique inversée comme dans un miroir (2004, p. 54-55).

Cela nous rappelle ainsi ce qu'évoquaient Mongeau et Roy il y a 25 ans dans leur *Dictionnaire des médicaments* en référence à une vaste étude ayant été menée par l'Organisation mondiale de la santé en 1978 :

L'Organisation mondiale de la santé a établi en 1978 une liste des médicaments essentiels et ce relevé ne contient que 200 substances jugées indispensables, alors qu'on retrouve [au moment où l'étude a été menée] sur le marché entre 10 000 et 30 000 préparations commerciales différentes, selon les réglementations de chaque pays (1984, p. 49).

Comme le soulignait Surowiecki sur un ton on ne peut plus provocateur : « Combien de médicaments contre le diabète son armée de 10 000 chercheurs a-t-elle mis au point ces quatre dernières années ? Aucun. Combien de médicaments contre le cancer ? Zéro. Combien d'anti-infectieux ? Aucun. (cité par Pignarre, 2005, p. 55) »

9. Pensons notamment, au Canada, aux antalgiques et anti-pyrétiques tels que Tylenol, Advil, Motrin ou Aspirin qui existent maintenant en format liquide, avec des doses dites « régulière », « forte », « extra-forte », « ultra-forte », etc., un mécanisme de segmentation du marché et d'extension du cycle de vie de ces marques (voir infra).

Le rôle du marketing et de la communication promotionnelle

Un état des lieux

La consommation de médicaments dépend hautement des stratégies de marketing de l'industrie pharmaceutique. D'ailleurs, comme l'indique Sironi, « ces dernières années, le flux des informations sur les médicaments s'est intensifié, la communication occupant désormais une place centrale et stratégique dans ce secteur (2009, p. 11) ». Dans un contexte hautement réglementé, comme celui du Canada, dans lequel les gouvernements fédéral et provincial contrôlent les prix des médicaments sous prescription et limitent les pratiques promotionnelles des entreprises pharmaceutiques, les forces de l'offre et de la demande poussent vers plus de consommation de produits pharmaceutiques, c'est-à-dire vers une médicalisation croissante de la pratique médicale et des soins de santé en général. Il faut reconnaître que les médecins subissent, en quelque sorte, des pressions de la part des entreprises pharmaceutiques qui se donnent tous les moyens pour tenter d'influencer les *patterns* de prescription. Les patients n'échappent évidemment pas aux stratégies d'influence des entreprises pharmaceutiques : « vendeurs, publicités et prospectus subjectifs tendancieux sont les tactiques les plus courantes (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003, p. 99) ».

Lauzon et Hasbani ont en effet mis en lumière les budgets consacrés au marketing des médicaments par les entreprises pharmaceutiques. Ils ont montré que les dépenses totales en frais de marketing et d'administration étaient, pour les dix entreprises¹⁰ qu'ils ont analysées, d'environ 739 milliards de dollars U.S. de 1996 à 2005, alors que les dépenses en frais en recherche et développement s'élevaient, pour la même période, à 288 milliards de dollars US. Ces entreprises ont versé 317 milliards U.S. à leurs actionnaires, ce qui correspond à 110 % de leurs investissements en recherche et développement avant impôts sur le revenu et 150 % après impôts sur le revenu (taux d'imposition estimé à environ 30 %) (Lauzon et Hasbani, 2006, p. 20). En 2005, toujours selon cette étude, les dix entreprises recensées ont enregistré des ventes de 295,3 milliards de dollars US.

Il est ainsi légitime de s'interroger, devant l'ampleur de ce budget, sur l'impact en terme de consommation voire de surconsommation de médicaments de toutes sortes. On pense immédiatement aux antibiotiques ainsi qu'aux antidépresseurs qui ont été prescrits à outrance au cours des dernières années (Gravel, 2003 ; PC, 2003 ; Rioux Soucy, 2004).

Ainsi, comme le soulignent Bonneville et Lacroix (2006, p. 330),

toute cette dynamique rend les médecins de plus en plus dépendants, « clients », de solutions de soins qui viennent non pas de la médecine en tant que telle, mais « d'ailleurs », c'est-à-dire d'une industrie pharmaceutique dont l'intérêt d'affaires est de vendre sa production, des médicaments, et même à élargir le plus possible la production (invention) de ces « solutions » objectivées en « pilules », comme par exemple en psychiatrie où il s'agit d'isoler certains des comportements humains courants que l'on trouve problématiques (syndrome prémenstruel, timidité excessive, magasinage compulsif...) pour les réifier en maladies (ici mentales), auxquelles on trouvera une solution pharmacologique, une pilule (Collard, 2003).

On en vient ainsi, comme le dénonce Saint-Onge, à une médicalisation des événements de la vie : « des conditions propres à la nature humaine sont médicalisées par les promoteurs de remèdes en manque de clientèle (2004, p. 142) ». Saint-Onge relate plusieurs exemples à ce propos :

10. C'est-à-dire Pfizer, Johnson & Johnson, GlaxoSmithKline, Novartis, Roche Group, Abbott Laboratories, Merck, Bristol-Myers Squibb, Wyeth et Eli Lilly.

[...] une publicité de Wyeth-Ayerst présente la ménopause comme une déficience ou une « insuffisance » hormonale qu'il faut traiter pour assurer une meilleure qualité de vie, voire pour se sentir vraiment féminine. [...] À mesure qu'ils vieillissent et que la prostate grossit, les hommes doivent se lever la nuit pour uriner. Les gourous de l'industrie ont transformé cet inconvénient, qui fait partir du processus normal de vieillissement, en maladie traitable par médication. De même, on redéfinit la haute pression artérielle pour en abaisser le seuil de normalité tous les cinq ans; on abaisse le seuil du cholestérol méritant médication, transformation ainsi des millions de cas limites en futurs patients. D'après une étude : la calvitie pose maintenant un problème sérieux : elle peut avoir des impacts psychologiques graves! [...] Et les exemples continuent : la naturelle régurgitation des bébés est devenue le reflux oesophagien pathologique. [...] En 1998, Lenglet et Topuz rapportaient que la rage au volant était sur le point d'entrer dans le Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), la bible des psychiatres américains. [...] D'autres « pathologies » comme le « trouble » du juré sont également en passe de figurer parmi les pathologies (2004, p. 142-143).

Les stratégies de l'industrie pharmaceutique dans un contexte mondialisé

On ne peut pas comprendre comment fonctionnent les marchés thérapeutiques si l'on ne situe pas notre réflexion, ou notre analyse, dans le contexte de la mondialisation économique. Le Canada fait partie d'un système monde de plus en plus intégré dans lequel les industries biomédicales sont à la quête d'un « consommateur - patient global ». Le système de santé canadien exprime bien les contradictions entre le public et le privé, une dialectique nourrie par des tendances démographiques lourdes (par exemple le vieillissement de la population) et une demande croissante de produits et de services dans un contexte marqué par les restrictions budgétaires (Callahan et Wassuna, 2006; Bonneville, 2003). Le système canadien est par conséquent « déchiré » entre d'un côté le principe d'accès universel aux soins de santé et, de l'autre, la marchandisation de la maladie et des options thérapeutiques. Ainsi, force est de constater que certaines tendances observées aux États-Unis le sont également, de plus en plus, au Canada. En particulier, si l'on suit l'actualité, les tendances qui poussent vers l'adoption plutôt hâtive de ce que l'industrie présente comme des « innovations thérapeutiques » (on pense notamment à tout ce qui concerne la médication des aspects les plus variés de la vie, de l'alimentation jusqu'aux troubles de l'esprit). Ainsi, on peut sans doute faire l'hypothèse que l'accroissement de la consommation de médicaments (qu'ils soient prescrits ou non prescrits) est en lien étroit avec plusieurs mécanismes complexes de promotion de ce qu'on présente comme des innovations. Les stratégies de communication jouent à ce titre un rôle prépondérant, dans un contexte où l'industrie pharmaceutique multiplie les actions et affine ses stratégies de manière à s'assurer d'une croissance structurelle des marchés – de plus en plus nombreux et diversifiés – qu'elle investit. Très souvent, l'industrie pharmaceutique fait reposer la légitimation de ce qu'elle présente comme des « innovations » sur la base d'un certain discours « expert », celui des « leaders d'opinion » parrainés directement ou indirectement par les sociétés pharmaceutiques, en créant ce que Lakoff (2005) qualifie de porte-parole d'une « connaissance intéressée » (*interested knowledge*). On assiste en effet, dans une double logique scientifique et promotionnelle, à une certaine mise en concurrence de ces « connaissances intéressées », par l'entremise de débats dits « experts » qu'on retrouve dans diverses publications et plusieurs médias. La controverse entre les leaders d'opinion devient ainsi non seulement un mécanisme de questionnement de la connaissance établie, mais aussi une stratégie permettant de créer de nouvelles catégories (ou niches) thérapeutiques.

Par ailleurs, l'explosion des canaux de communication favorise l'apparition des sources d'information sanitaire. On pense notamment à l'expansion du réseau Internet, à la multiplication des émissions consacrées à la santé à la radio et à la télévision, aux listes de discussion électroniques¹¹, etc. Cela représente très certainement la manifestation d'une

11. Voir, notamment, Akrich et Méadel sur les médicaments et les listes de discussion électroniques (2002). Plus récemment, on pourra aussi se référer aux travaux de Lemire (notamment 2009).

tendance structurelle à l'échange d'informations, d'expériences, de perceptions, sur tout ce qui touche au médicament en tant que tel et, par ricochet, à la santé. Le marché sanitaire participe donc d'un contexte de surcharge d'information qui a des conséquences disruptives sur la pratique médicale et les institutions de santé. Comme l'affirme Lash (2002), la simplicité classificatoire de la société de l'information se traduit dans une croissante complexité à cause de circulation et l'accumulation de données, nouvelles, études, publicités, opinions, etc. Dans le cas de la santé, la surcharge d'information favorise d'abord plus de « dialogue social » autour des maladies, dialogue entre patients, dialogue entre patients et médecins, dialogue entre experts. La surexposition des maladies à travers les sources d'information impliquera dans certains cas plus de consommation de services et de produits sanitaires.

Ainsi donc, les topiques, en tant que lieux communs des discours sanitaires, se multiplient dans une course pour occuper un espace dans l'imaginaire public. Par exemple, la caractérisation des situations sanitaires en tant qu'épidémies (« l'épidémie de l'obésité », par exemple) ou le ton apocalyptique de certains discours (« l'émergence des super microbes ») contribuent à augmenter la visibilité de ces topiques. D'autre part, la multiplication des discours sur l'étiologie des maladies (pathologies), favorisée par l'atomisation croissante des facteurs de risque, la complexification des rapports entre biologie, style de vie et environnement, et de façon un peu paradoxale, la quête dans certains domaines (par exemple le cancer ou les troubles dégénératifs) d'une cause unique, souvent de type génétique, a pour effet direct ou indirect la mise en valeur du médicament en tant que tel. Un médicament pour chaque pathologie, dit-on. De surcroît, on voit même apparaître à travers l'inflation des topiques l'émergence de nouvelles catégories étiologiques à la base de « l'apparition » de « pré-maladies » (voir *infra* l'exemple de la « résistance à l'insuline » comme état pré-diabétique) ou de nouvelles maladies dans la transformation du pathologique en commodité (*commodity*), c'est-à-dire sa transformation en objet du discours ayant à la fois une valeur symbolique (*branding the disease*) et monétaire (potentiel de vente) (Nahon-Serfaty, 1999). On pourrait affirmer, à partir de la définition de valeur proposée par Gabriel Tarde dans son traité « Psychologie économique » (1902/2006), que les stratégies de communication des entreprises pharmaceutiques cherchent à promouvoir l'accord des jugements collectifs sur les notions du pathologique et sur la désirabilité des solutions thérapeutiques, surtout de celles qui sont liées aux médicaments. Ces discours trouvent leur origine dans ce que l'on pourrait considérer comme l'hyper-marchandisation du pathologique au moyen du médicament. On objective de plus en plus le pathologique, en trouvant ses multiples causes auxquelles des médicaments peuvent répondre (Gwyn, 2002). Comme le souligne Lakoff (2005, p. 158), l'industrie pharmaceutique contribue largement à la production des nouvelles entités cliniques : « *companies design not only medication, but also the conditions that the medications are supposed to target* ».

Revenons à la portée de plus en plus mondiale des stratégies de l'industrie pharmaceutique. Celle-ci a dans sa ligne de mire des marchés de plus en plus intégrés, ce qui la conduit à adopter des stratégies de communication persuasive qui se déploient dans une sphère publique globale sanitaire : on façonne de manière *globalisée* les discours, les perceptions et les pratiques dans le domaine de la santé (Nahon-Serfaty et al, 2009). Cela répond à deux objectifs complémentaires : a) l'augmentation de la rentabilité dans des marchés plus spécialisés sur la base de technologies biomédicales plus sophistiquées (voir *infra* la description de la stratégie des micro-niches thérapeutiques) ; b) l'accès relativement rapide aux marchés publics qui représentent de grands volumes de vente avec des marges de rentabilité plus petites. Le marché de la vaccination, par exemple, illustre clairement comment s'articule la quête de ce deuxième objectif. En misant sur la convergence des intérêts des gouvernements et de l'industrie, les vaccins servent bien aux discours axés sur la

prévention, tant dans les pays plus riches comme dans les pays en voie de développement¹². En plus, dans certains cas, on joue la carte du principe de précaution qui légitime les interventions de santé publique à grande échelle. L'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, UNICEF et World Bank, 2009) reconnaît que la première décennie du XXI^e siècle a été la plus productive dans l'histoire de la vaccination, phénomène qui s'explique, entre autres, par la mise sur place de mécanismes financiers qui agissent comme des incitatifs majeurs pour le développement de nouveaux vaccins¹³.

Or l'industrie pharmaceutique développe ces stratégies persuasives dans un contexte dans lequel la productivité de la recherche et de l'innovation de nouvelles molécules est à la baisse, alors que la protection de leurs brevets devient de plus en plus problématique. Un rapport de la Commission européenne sur la concurrence dans le secteur pharmaceutique (2009) signale un déclin du nombre de nouveaux médicaments mis sur le marché, situation qui « rend les laboratoires de princeps de plus en plus dépendants des recettes qu'ils tirent de leurs produits les plus vendus, ressources qu'ils veulent inévitablement conserver le plus longtemps possible (p. 4) ». Par ailleurs, ainsi que l'observe la Commission européenne, le déclin de l'innovation pousse les sociétés pharmaceutiques à mettre en place divers instruments pour étendre la durée de vie commerciale de leurs produits afin d'empêcher l'entrée des génériques sur le marché.

Bref, afin de mieux décrire ces mécanismes de promotion et de communication, nous allons focaliser notre analyse sur cinq stratégies de l'industrie pharmaceutique qui visent l'augmentation de la consommation de médicaments :

1. La création de nouvelles niches thérapeutiques par la transformation de certaines conditions en « maladies », que l'on peut nommer aussi comme la constitution du pathologique.
2. L'atomisation ou fragmentation de la maladie en tant que topique du discours de la science biomédicale afin d'introduire des nouvelles solutions thérapeutiques.
3. La prolongation du cycle de vie des médicaments dans une quête de polyvalence thérapeutique qui ajoute de la « valeur » de marque aux produits anciens, surtout aux médicaments sans ordonnance (prolongeant ainsi, en quelque sorte, leur popularité).
4. La substitution par innovation technologique en créant de la valeur thérapeutique et commerciale pour traiter des maladies graves ou rares dans une logique de haute rentabilité.
5. L'utilisation des crises associées aux médicaments comme opportunité d'expansion ou de redéfinition de certaines niches thérapeutiques.

Les nouvelles niches ou la constitution du pathologique

Comme nous l'avons évoqué un peu plus haut, la création de nouvelles niches de marché repose sur le développement de nouvelles catégories pathologiques. Ce phénomène était déjà observable dans les années 80 avec le développement de catégories thérapeutiques liées aux « *life-style conditions* ». La stratégie était clairement exprimée par la médicalisation de conditions qui auparavant n'étaient pas marquées du sceau de « maladies ». On pense notamment aux différentes maladies mentales qui ne sont que depuis récemment

12. Le cas du vaccin contre la grippe A (H1N1) et celui de Gardasil, vaccin pour prévenir l'infection causée par le VPH, confirment une tendance lourde dans les marchés sanitaires mondiaux basée sur une logique de convergence du public et du privé dans le façonnement des politiques publiques dans le secteur de la santé.

13. Ces mécanismes de financement des marchés publics comprennent des initiatives mondiales telles la GAVI Alliance, Finance Facility for Immunization (IFFIm) et Advance Market Commitment (AMC).

considérées comme des pathologies d'origine organique, qui peuvent être corrigées au moyen de médicaments. La dépression est sans doute l'un des cas les plus éclairants de cette stratégie. La campagne mise en place par Eli Lilly, l'entreprise qui a introduit le Prozac, le premier médicament d'une nouvelle classe comme les SSRIs (*Selective serotonin reuptake inhibitors*) agissant sur la dépression, a contribué à changer la façon dont la dépression était perçue par les médecins et le public (Appelbaum, 2006). De malaise psychologique, la dépression s'est transformée en une maladie ayant une base organique qui devait être traitée en rétablissant l'équilibre biochimique dans le cerveau par l'entremise des SSRIs.

Cette stratégie a été déployée de façon graduelle. La dépression, comme d'autres maladies mentales, est considérée dans le langage du marketing pharmaceutique comme une « condition froide » (Bygrave, sd). Une condition est « froide » dans la mesure où elle ne génère pas beaucoup d'empathie chez le public, ou dans un sens plus général, dans l'opinion publique, dans la mesure où ces maladies sont entourées de préjugés. En plus, les personnes qui en souffrent sont stigmatisées. La stratégie de persuasion doit donc servir dans un premier temps à « réchauffer » l'opinion publique afin de créer un environnement social plus accueillant à une nouvelle conception de la « maladie mentale ». Dans le cas de la dépression, la stratégie a cherché tout d'abord à « éduquer » le public pour que les gens puissent reconnaître les symptômes et ainsi promouvoir un « dialogue social » plus ouvert sur leur malaise¹⁴. Après que la condition eut été redéfinie dans la sphère publique, c'est-à-dire en tant que doléance mentale ayant une base organique, on a informé le public sur la nouvelle solution pharmaceutique afin de promouvoir une demande de Prozac par « le bas » (*push strategy*), c'est-à-dire des « patients » qui demandaient aux médecins la « nouvelle prescription » pour surmonter leur dépression.

Prozac a ouvert la voie à d'autres médicaments contre la dépression, en consolidant une niche de consommation et en créant une dynamique concurrentielle. Paxil, Effexor, Zoloft, des nouvelles molécules de la classe SSRIs, ont élargi l'éventail thérapeutique, dans une rhétorique qui mettait en valeur les options plus « raffinées » pour manipuler les fonctions neurochimiques et ainsi rétablir un équilibre à la fois organique et psychique. Cela a eu comme effet l'expansion du marché en ajoutant des nouveaux patients - consommateurs (Lakoff, 2005). D'autant plus que cette niche acquérait un potentiel expansif additionnel car ces médicaments pour la dépression ont servi, et servent toujours, aussi pour traiter d'autres désordres tels que les troubles compulsifs ou même, dans un usage *off label* (hors ordonnance), pour traiter certaines douleurs chroniques.

L'atomisation de la maladie ou l'ouverture des marchés

La médecine cherche à définir la maladie en tant qu'objet unitaire, objet certainement complexe, mais objet que la science a clairement défini comme un ensemble de causes et de symptômes. Le mariage entre la science et le marketing promu par l'industrie pharmaceutique a transformé la maladie en un objet de connaissance et de discours de plus en plus fragmentés (Nahon-Serfaty, 2009). On pourrait expliquer cette atomisation des maladies comme étant le résultat d'une connaissance scientifique qui évolue, qui se diffuse au gré des médias – de plus en plus diversifiés – qui sont mobilisés (les forums de discussion sur internet, les magazines grand-public, les émissions de radio et de télé, etc.). En atomisant la définition du pathologique l'industrie accomplit deux choses : a) on « découvre » des nouvelles voies pour traiter les vieilles doléances, c'est-à-dire on essaie par la stratégie d'atomisation de maintenir un rythme d'innovation qui justifie l'investissement en recherche et développement; et b) on multiplie les solutions thérapeutiques pour

14. Sur les relations entre patients et industrie pharmaceutique, consulter le rapport de PatientView, « The pharmaceutical industry : a global survey of patient groups (part 1) », *HSCNews International*, No. 46, November 2008, <http://www.patient-view.com/>

traiter une seule maladie, en transformant le patient en un « poly-consommateur » ou consommateur de plusieurs médicaments.

Le diabète est un cas exemplaire de cette stratégie de fragmentation. La stratégie discursive de l'industrie pharmaceutique commence par la multiplication quantitative et qualitative des risques associés à cette maladie. La maladie n'est pas seulement partout (cf. « l'épidémie du diabète »), mais les risques de devenir diabétique aussi se multiplient. Cela facilite la politisation du sujet. Des organismes tels que l'*International Diabetes Federation* (IDF), une alliance mondiale de plus de 200 associations localisées dans 160 pays, jouent un rôle central dans la transformation du diabète en priorité de santé publique. En tant qu'ensemble représentatif de groupes d'intérêts, les actions de l'IDF deviennent un mécanisme de légitimation permettant à cette pathologie de gagner de la visibilité dans la sphère publique tout en contribuant à créer des nouveaux marchés thérapeutiques. Il s'agit là de ce que nous considérons comme une stratégie d'amplification (plus de visibilité publique) pour ensuite chercher à découper le marché du diabète en segments concurrentiels grâce aux « manœuvres pharmaceutiques (Sismondo, 2004) ».

Dans ce contexte de haute visibilité publique apparaissent de nouvelles catégories scientifiques pour définir le diabète en tant que maladie complexe et multifactorielle. Tout d'abord, l'industrie mobilise la notion d'un état pré-diabétique, connu comme la « résistance à l'insuline », état qui aura besoin d'être traité. Par la suite, cette notion a évolué vers une vision encore plus complexe du diabète, désormais présenté comme un « syndrome métabolique », c'est-à-dire un ensemble de conditions cardio-métaboliques qui incluent les niveaux des lipides (c'est-à-dire le cholestérol), la pression artérielle et l'obésité abdominale (Desprès et Lemieux, 2006; Balkau et al. 2007). Le diabète, en tant que topique du discours médical, est de ce fait de plus en plus fragmenté dans la représentation publique. Cette maladie n'est plus seulement « un désordre dans le métabolisme des glucides » mais une combinaison de facteurs de risque et de troubles, nécessitant de nouvelles approches en matière de prévention, de diagnostic et de traitement.

Une maladie fragmentée ouvre la voie à de nouvelles « solutions thérapeutiques ». Dans le cas du diabète, ce marché se répand à partir de trois axes : a) les médicaments oraux ; b) les insulines ; et c) la chirurgie, des solutions souvent présentées en opposition dans la rhétorique du marketing pharmaceutique. D'un côté, le recours aux médicaments oraux comme traitement de première ligne se confronte à l'utilisation de l'insuline « comme option de dernier recours ». D'autre part, l'arrivée sur le marché de nouvelles insulines (« d'action rapide » et « d'action lente ») crée les conditions pour la promotion d'une « insulinsation précoce » des patients afin d'éviter les complications dues à un contrôle inadéquat de la maladie (Alexander et al. 2008). Plus récemment, le discours thérapeutique a incorporé la chirurgie *bariatrique*, c'est-à-dire la réduction de la taille de l'estomac, comme option pour combattre l'obésité et ainsi prévenir, voire même « guérir » le diabète. Cette mécanique concurrentielle a deux conséquences majeures pour les systèmes de santé : a) une complexification des traitements du diabète (et même du « pré-diabète ») ; et b) une augmentation des coûts associés à ces traitements (Alexander *et. al.* 2008).

La prolongation du cycle de vie ou le médicament polyvalent

Deux dynamiques complémentaires soutiennent la croissance de l'industrie pharmaceutique : l'innovation et la *commodification*. L'innovation cherche la création de nouvelles niches thérapeutiques, tandis que la *commodification* remplit une fonction de génération de liquidité à partir de la croissance des volumes de vente (Nahon Serfaty, 1999). Souvent la *commodification* se réalise par la transformation d'un vieux produit (d'une vieille marque) en « nouveauté ». L'aspirine, le médicament traditionnel pour traiter la fièvre et la douleur,

représente une illustration éclairante de *commodification* qui sert à prolonger le cycle de vie d'un produit.

Fabriquée par Bayer de façon industrielle depuis 1899, l'aspirine est devenue plus récemment un médicament pour prévenir les maladies cardiovasculaires. Cela a demandé un changement dans le positionnement du produit qui, par l'entremise d'études cliniques et par l'endossement des médecins, s'est bien transformé en « médicament pour le cœur ». Cela a eu deux effets dans le marché. D'une part, l'aspirine est devenue un outil important de l'arsenal thérapeutique pour prévenir les complications cardiovasculaires comme les infarctus chez les personnes à risque. D'autre part, le médicament « aspirine », soumis à la concurrence des génériques, a pris de la « valeur », dans un sens matériel et symbolique, en faisant de « l'aspirine Bayer » un produit différencié dans le marché des médicaments sans ordonnance (*over the counter* ou OTC en anglais).

La prolongation du cycle de vie d'un vieux produit sans prescription a un impact favorable sur la vente de ce médicament, surtout grâce à la consommation privée, moins réglementée que les médicaments nécessitant une prescription. Le domaine OTC offre aussi la possibilité de développer des stratégies promotionnelles plus agressives qui ciblent davantage le consommateur final. Dans ce cas, le médecin ne joue presque plus ce rôle de médiateur entre le patient et la prescription. On fait passer le message de « prévention » des risques cardiovasculaires au public, avec la promesse d'une réduction potentielle de la maladie « en prenant une aspirine Bayer par jour ».

La substitution par innovation ou la quête d'une haute rentabilité

Plus récemment on observe une tendance de croissance pharmaceutique axée sur les maladies chroniques et dégénératives (cancer, Alzheimer, entre autres) et les maladies rares, celles qui affectent un petit nombre de personnes, maladies souvent d'origine génétique. Le vieillissement de la population contribue à la croissance de la prévalence des maladies dégénératives, tandis que l'amélioration des technologies de diagnostic facilite la reconnaissance de certaines conditions « rares » qui auparavant n'étaient pas l'objet de la recherche et le développement des solutions thérapeutiques. Dans les deux axes, l'industrie mise sur des médicaments de haute valeur, tant pour sa valeur technologique que pour les prix élevés associés à ce type de produits.

La biotechnologie est devenue le moteur de la stratégie de recherche et développement du secteur pharmaceutique. Les découvertes dans le domaine de la génétique, des procédures plus raffinées des technologies recombinantes de l'ADN et l'émergence du champ de la protéomique ont ouvert la voie pour des traitements plus ciblés pour le cancer et d'autres maladies graves. Le cas des anticorps monoclonaux, particulièrement celui de bevacizumab¹⁵, un traitement pour certains types de cancer du côlon, du poumon et du sein, met en lumière une nouvelle dynamique de marché dans laquelle médecins et patients se mobilisent pour avoir accès aux traitements coûteux. Dans une convergence d'intérêts, malades, médecins et entreprises pharmaceutiques exercent de la pression pour que les assurances publiques et privées remboursent les médicaments à haute valeur. Le discours est celui de la prouesse scientifique jumelée à une forte rhétorique émotionnelle qui opère un effet hautement persuasif sur les autorités sanitaires.

Une logique de développement de « micro – niches » thérapeutiques alimentées par les maladies « rares »¹⁶ contribue ainsi à l'expansion de l'usage des médicaments coûteux. Même si le marché dans plusieurs cas ne représente plus qu'une centaine de patients, certaines

15. On estime qu'au Canada le coût par patient traité avec bevacizumab varie entre 48 890 \$ et 39 614 \$ (Drucker et al. 2006).

16. Une maladie est dite rare lorsqu'elle touche moins de 1 personne sur 2 000.

entreprises pharmaceutiques ont misé sur ces cibles afin de provoquer la mobilisation des malades et de leurs familles afin d'assurer l'accès aux médicaments à haut prix. L'hémophilie est un exemple de « micro - niche » hautement rentable dans lesquelles l'introduction des médicaments innovateurs crée les conditions pour la substitution à des produits « anciens » (cf. les dérivés sanguins) par des facteurs de coagulation issus de la recherche biomédicale comme le Facteur VII, connu sous le nom commercial de NovoSeven. Dans ce cas, la rhétorique promotionnelle est axée surtout sur la sécurité des patients, ayant comme antécédent le scandale des produits sanguins contaminés, un argument vers l'adoption des facteurs de coagulation « sans risque ».

La crise comme opportunité ou la redéfinition des niches thérapeutiques

À travers tout ce que nous avons évoqué plus haut, on constate par ailleurs que les crises dues aux effets secondaires des médicaments se multiplient comme conséquence de l'accélération de la mise en marché de produits pharmaceutiques (Garret, 2000). Tenner décrit bien cette situation pour laquelle « [les] améliorations dans les traitements encouragent plus de gens à suivre ces procédures. Une technologie plus avancée peut produire des meilleurs résultats lorsque tout va bien, mais la multiplication des systèmes en interaction augmente la probabilité de malfaisances ayant des effets négatifs (notre traduction) (1997, p. 54) ».

L'expansion dans la consommation de certains médicaments (comme le Vioxx) a eu comme conséquence l'apparition hâtive de complications, dans certains cas mortelles. On pourrait donc conclure, à tort, que les crises ont eu comme effet une réduction de la consommation des médicaments, surtout parce que ces « crises pharmaceutiques » ont fait les premières pages des journaux au Canada et partout au monde. Mais dans certains cas, par contre, les crises ont été transformées par certaines entreprises biomédicales en opportunités afin de repositionner des produits « plus sécuritaires et efficaces », en clair contraste avec leurs compétiteurs sous lesquels penchait une ombre de doute.

Le cas de ladite « crise » de la thérapie hormonale substitutive (THS) illustre bien le comportement de ce marché thérapeutique axé sur les femmes au cours de la ménopause. En 2002, les résultats de l'étude *Women's Health Initiative* (WHI) ont mis en garde les femmes ménopausées des effets négatifs de la THS¹⁷. Il était notamment souligné que la prise du traitement était associée à une augmentation significative des cancers du sein et des troubles thromboemboliques. Par la suite, d'autres études ont fait état d'une réduction dans la prévalence du cancer de sein, depuis la chute des prescriptions de THS aux États-Unis. Les préparations non-hormonales pour traiter les symptômes associés à la ménopause ont profité de la crise des THS pour faire passer le message de la sécurité des médicaments comme le raloxifène, une molécule « sans hormones », qui offrirait les mêmes bénéfices mais sans les potentiels effets secondaires (Goeree et al, 2006). L'étude WHI a eu comme effet une réorganisation du marché de la ménopause. D'abord, la visibilité du sujet a contribué à un « nouveau dialogue » entre médecins et femmes sur la nécessité de bien traiter cette « condition » féminine. Par ailleurs, les préparations « non hormonales » ont gagné du terrain en mettant en valeur une promesse de moindre toxicité.

Conclusion

L'augmentation des dépenses en médicaments au Canada, comme ailleurs dans le monde, est le résultat d'une multiplicité de facteurs sociaux, économiques et politiques. C'est dans ce cadre complexe qu'il faut placer les stratégies promotionnelles des pharmaceutiques, des stratégies qui combinent bien une rationalité de marketing et une rhétorique à saveur scientifique. Les activités promotionnelles et les communications ciblées contribuent

17. Sur l'impact médiatique de l'étude WHI voir le travail de Thoër (2009, p. 163-188).

grandement à façonner un environnement beaucoup plus propice à la croissance de la demande de médicaments. L'expansion du marché des médicaments, poussée tant pour l'augmentation des dépenses publiques que pour la consommation privée, est aussi la conséquence des stratégies commerciales axées sur la fragmentation, la segmentation, la substitution et la valorisation, toutes des interventions qui à la fois tiennent compte et créent des réalités sociodémographiques et épidémiologiques. Dans cette étude préliminaire, nous avons jeté un premier regard sur un système de rapports complexes, dans lequel les conditions matérielles et institutionnelles qui expliquent la consommation des médicaments rejoignent les stratagèmes discursifs des pharmaceutiques.

Références

- Adam, Philippe et Claudine Herzlich. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 128 pages.
- Akrich, Madelaine et Cécile Méadel. (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.
- Alexander G., Caleb. et al. (2008). « National Trends in Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus », *Archives of Internal Medicine*, 1994 – 2007, 168, 19, p. 2088-2094.
- Applbaum, Kalman. (2006). « Educating for Global Mental Health. The Adoption of SSRIs in Japan. », dans Petryna Adriana et al. [dir.], *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices.*, Durham et Londres, Duke University Press, p. 85-110.
- Balint, Michael. (1960). *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Presses universitaires de France (PUF), 432 pages.
- Balkau, Beverley et al. (2007). « International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): A Study of Waist Circumference, Cardiovascular Disease, and Diabetes Mellitus in 168 000 Primary Care Patients in 63 Countries », *Circulation*, 116, pages 1942-1951.
- Bonneville, Luc. (2003). *La mise en place du virage ambulatoire informatisé comme solution à la crise de productivité du système sociosanitaire au Québec (1975-2000)*, thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal, département de sociologie, 400 pages.
- Bonneville, Luc et Jean-Guy Lacroix. (2006). « Une médication massive et intensive des soins au Québec (1975 à 2005) », *Revue recherches sociographiques*, Université Laval, XLVII, p. 321-334.
- Bygrave, Lee A. (sans date). *Cold climate marketing. Cover story in pharmaceutical marketing*. Burson-Marsteller.
- Breton, Pascale. (2003). « La pilule passe mal. Coût des médicaments », *La Presse*, 5 octobre 2003, page A12.
- Callahan, Daniel et Angela A. Wasunna. (2006). *Medicine and the Market. Equity v. Choice.*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 328 pages.
- Carré, Dominique et Jean-Guy Lacroix. (2001). *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan, 83 pages.
- Collard, Nathalie. (2003). « Un problème = une maladie = une pilule? », *La Presse*, 27 janvier 2003, pages B1 et
- Commission européenne sur la concurrence dans le secteur pharmaceutique. (2009). *Synthèse du rapport d'enquête sur le secteur pharmaceutique*, Commission Européenne, Bruxelles, 33 pages. http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/communication_fr.pdf
- Confédération des syndicats nationaux (CSN). (2005). « Mémoire sur la politique du médicament, présenté à la Commission des affaires sociales », Québec, février 2005.
- Crawford, Robert (1977). « You are dangerous to your health: the Ideology and Politics of Victim-blaming », *International Journal of Health Services*, 7, 4, pages 663-680.
- Dagognet, François et Philippe Pignarre. (2005). *100 mots pour comprendre les médicaments. Comment on vous soigne.*, Paris, Seuil, 386 pages.
- Despres, Jean-Pierre et Isabelle Lemieux. (2006). « Abdominal obesity and metabolic syndrome », *Nature*, 444, p. 881-887.

- Drucker, Arik et al. (2006). « The cost burden of trastuzumab and bevacizumab monoclonal antibody therapy in solid tumors: Can we afford it? », *Journal of Clinical Oncology, ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition)*, 24, 18S, page 6044.
- Dupuy, Jean-Pierre et Serge Karsenty (1974). *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 270 pages.
- Fainzang, Sylvie (2001). *Médicaments et société*, Paris, PUF, 156 pages.
- Freidson, Eliot (1984). *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 369 pages.
- Gadrey, Jean (1996). *Services : la productivité en question*, Paris, Desclée de Brouwer, 360 pages.
- Garrett, Laurie (2000). *Betrayal of Trust. The Collapse of Global Public Health*, New York, Hyperion, 754 pages.
- Gervais, Lisa Marie (2005). « Ordonnances à la chaîne », *La Presse*, 23 janvier 2005, pages 1 et 2 Actuel.
- Gervais, Lisa Marie (2005). « Vivre bien. Des compagnies omniscientes », *La Presse*, 23 janvier 2005, page 2 Actuel.
- Goeree, Ron et al. (2006). « Cost-effectiveness of alternative treatments for women with osteoporosis in Canada », *Current Medical Research and Opinion*, 22, 7, p. 1425-1436.
- Gravel, Pauline (2002). « Stop aux antibiotiques. Un comité de scientifiques propose des mesures d'urgence », *Le Devoir*, 8 octobre 2002, page A1.
- Gwyn, Richard (2002). *Communicating Health and Illness*, London, Sage Publications, 182 pages.
- Institut canadien d'information sur la santé (2009a). *Tendances sur les dépenses nationales de santé, 1975 à 2007*, Ottawa, ICIS, 155 pages.
- Institut canadien d'information sur la santé (2009b) « Les dépenses en médicaments estimées à 30 milliards de dollars en 2008 », Ottawa, ICIS, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_20090416_f
- Institut canadien d'information sur la santé (2009c). *Rapport sur les dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2008*, Ottawa, ICIS.
- Khadir, Amir (2004). *Préface. L'envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique.*, Montréal, Éditions Écosociété, 311 pages
- Lakoff, Andrew (2005). *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 667 pages.
- Lash, Scott (2002). *Critique of Information*, Londres, Sage Publications, 234 pages
- Lauzon, Léo-Paul et Marc Hasbani (2006). *Analyse socio-économique : industrie pharmaceutique mondiale pour la période de dix ans 1996-2005* », Chaire d'études socio-économiques de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), septembre 2006
- Lemire, Marc (2009) « Redéfinition du rapport individuel à l'expertise et au médicament. Le cas des pharmacies en ligne », dans THOËR Christine et al. [dir.], *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses universitaires du Québec (PUQ), p. 209-244.
- Lemire, Marc (2001). « La télésanté en France : expériences en gériatrie et en périnatalité dans la région Rhône-Alpes », dans Carré, Dominique et Jean-Guy Lacroix [dir.], *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan, pages 147-162.
- Lemire, Marc (2001). « Une initiative privée de télémonitoring : Télémedisys », dans Carré, Dominique et Jean-Guy Lacroix [dir.], *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan, pages 175-188.

- Le Pen, Claude (1991). « Une politique pour les tranquillisants? », dans Ehrenberg, Alain [dir.], *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Esprit, 355 pages.
- Mongeau, Serge et Marie-Claude Roy (1984). *Dictionnaire des médicaments de A à Z*, Montréal, Éditions Québec/Amérique, 525 pages.
- Éco-Santé OCDE. (2007). « Organisation de coopération et de développement économiques et IRDES », Paris, octobre 2007.
- Nahon-Serfaty, Isaac (1999). Del Sida como metáfora al Sida como « commodity », *Comunicación*, 106, p. 60-63.
- Nahon-Serfaty, Isaac (2009). « La fragmentation des discours sur la santé et la maladie et les crises entourant certains médicaments : l'exemple du diabète », dans Thoër, Christine et al. [dir.], *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses universitaires du Québec (PUQ), p. 189-208.
- Nahon-Serfaty, Isaac, Rukhsana Ahmed, Sylvie Grosjean et Luc Bonneville (2009). « Connecting the Micro and Macro Approaches: Cultural Stakes in Health Communication ». *Altérités*, 6 (2), p. 48-74.
- Patientview (2008). « The pharmaceutical industry : a global survey of patient groups (part 1) », *HSCNews International*, No. 46, November 2008, <http://www.patient-view.com/>
- Pignarre, Philippe (2005). « Le déclin de l'empire pharmaceutique », *Sciences humaines*, mars-avril-mai, 48, pages 54-58.
- Rachlis, Michael M. (2004). « Ordonnance d'excellence : Innover pour réduire le coût des médicaments », *Symposium sur l'utilisation optimale du médicament*, Québec, mai 2004.
- Reiser, Stanley Joel (1978). *Medecine and the Reign of Technology*, Cambridge, Cambridge University Press, 336 pages.
- Reuters (2003). « L'industrie pharmaceutique a vendu pour 500 milliards \$US de médicaments en 2003 », *Le Devoir*, 16 mars 2004, page B5.
- Rioux Soucy, Louise Maude (2005). « Les dépenses en médicaments sont en hausse », *Le Devoir*, 6 octobre 2005, page A6.
- Rioux Soucy, Louise Maude (2004). « Psychotropes en vogue dans les centres de jeunesse. Une étude inédite soulève plusieurs questions », *Le Devoir*, 23 novembre 2004, page A1.
- Saint-Onge, Jean-Claude (2004), *L'envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Montréal, Éditions Écosociété, 240 pages.
- Science & vie. (2003). « Le dossier Vérité Médicaments », 1027, avril 2003.
- Sironi, Vittorio A. (2009), « Le médicament et son image. Évolution historique de la communication pharmaceutique », dans Thoër, Christine et al. [dir.], *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses universitaires du Québec (PUQ), p. 11-28.
- Sismondo, Sergio (2004). Pharmaceutical Maneuvers. *Social Studies of Science*, 34/2, p. 149-159
- Surowiecki, James (2004). « The Pipeline Problem », *The New Yorker*, 16 et 23 février 2004.

- Tarde, Gabriel (1902/2006). *Psychologie économique*. (Tome premier). Paris : Félix Alcan, Éditeur, 383 pages. Document produit en version numérique par Réjeanne Toussaint dans le cadre de la collection : « Les classiques des sciences sociales » http://classiques.uqac.ca/classiques/tarde_gabriel/psycho_economique_t1/psycho_eco_t1.html
- Tenner, Edward (1997). *Why Things Bite Back? Technology and the Revenge of Unintended Consequences.*, New York, Vintage Books, 448 pages.
- Thoër Christine (2009). « La couverture de la controverse entourant l'hormonothérapie dans la presse d'information en France et au Québec. Quelle confrontation des experts? », dans Thoër, Christine et al. [dir.], *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses universitaires du Québec (PUQ), p. 163-188.
- Tubiana, Maurice (1995). *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape.*, Paris, Flammarion, 713 pages.
- Van Der Geest, Sjaak et Susan Reynolds Whyte (2003). « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, p. 97-118.
- WHO, UNICEF, World Bank (2009). *State of the world's vaccines and immunization*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 208 pages.