

**Le médicament comme objet  
social et culturel : recension des  
écrits et propositions sur les  
perspectives de travail à prioriser**



**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**

par

**Johanne Collin, Ph. D.**, responsable  
**Hubert Doucet, Ph. D.**, collaborateur  
**Denis Lafortune, Ph. D.**, collaborateur  
**Laurence Monnais, Ph. D.**, collaborateur  
**Marcelo Otero, Ph. D.**, collaborateur  
**Marie-Ève Blanc, Ph. D.**, stagiaire postdoctorale  
**Michelle Proulx, Ph. D.**, stagiaire postdoctorale

**MÉOS (Équipe de recherche sur le Médicament comme Objet Social)**

GRASP (Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la  
santé et de la prévention)

Université de Montréal

Mars 2005

*Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.*

*Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.*

Édition produite par :

**Le Conseil de la santé et du bien-être**

1020, route de l'Église, bureau 700

Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9

**téléphone :** (418) 643-3040

**télécopieur :** (418) 644-0654

**courriel :** [csbe@csbe.gouv.qc.ca](mailto:csbe@csbe.gouv.qc.ca)

Le présent document est disponible à la section *Publications* du site Internet du Conseil de la santé et du bien-être, dont l'adresse est :

**[www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-550-44428-0 (version électronique)

© Gouvernement du Québec

## **PRÉFACE**

Dans le contexte du projet de loi 38 prévoyant l'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être, le Conseil de la santé et du bien-être s'est vu mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour préparer des outils de travail et des partenariats en vue de soutenir l'action d'un futur Commissaire à la santé et au bien-être.

Pour donner suite à ce mandat, le Conseil a voulu bénéficier de l'expertise de différents chercheurs et groupes de recherche et leur a demandé de produire des rapports de recherche en lien avec les différentes fonctions et responsabilités prévues pour le Commissaire : fonction d'appréciation du système de services de santé et de services sociaux et responsabilités liées aux enjeux éthiques du système et aux questions relatives aux médicaments et aux technologies.

Le présent rapport de recherche sur le médicament comme objet social et culturel, que rend public le Conseil, a été réalisé par Johanne Collin, Hubert Doucet, Denis Lafortune, Laurence Monnais, Marcelo Otero, Marie-Eve Blanc et Michelle Proulx de MÉOS (Équipe de recherche sur le Médicament comme Objet Social) du GRASP (Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention) de l'Université de Montréal.

Au nom du Conseil de la santé et du bien-être, je remercie bien sincèrement ces auteurs. Toutefois, comme il se doit, les opinions formulées dans le rapport de recherche n'engagent que leurs auteurs.

La présidente,

Hélène Morais



## SOMMAIRE

Les médicaments représentent un poids économique croissant pour le système de santé et une préoccupation centrale pour le gouvernement en matière d'accès équitable et d'utilisation optimale. Dans le contexte de la nomination d'un Commissaire à la santé et au bien-être, nous avons été mandatés<sup>1</sup> par le Conseil de la santé et du bien-être pour « produire un texte formulant des propositions sur les perspectives et les objets de travail relatifs aux médicaments qui devraient être des priorités pour le Commissaire à la santé et au bien-être ». L'objectif de ce rapport est donc de proposer des avenues de recherche et d'évaluation du recours aux médicaments dans la société québécoise. Pour y parvenir, ce rapport fait d'abord le point sur les problématiques sociales les plus saillantes par rapport à la question des médicaments, c'est-à-dire engageant l'action des individus et groupes d'individus ayant recours aux médicaments, en tant que professionnels (prescripteurs ou dispensateurs) ou en tant que patients (clients ou consommateurs). Comme c'est à titre de chercheurs universitaires spécialisés dans l'étude du médicament comme phénomène social que nous faisons ces propositions, celles-ci concernent la recherche plutôt que l'intervention. Elles mettent en évidence les déterminants sociaux de cette utilisation et ce faisant, présentent des pistes pour la conception d'outils d'appréciation qui soient aptes à saisir des dimensions trop souvent ignorées dans l'analyse du recours. En effet, face à des problèmes tels que l'inobservance, la consommation inadéquate de médicaments psychotropes ou encore l'utilisation parallèle de différentes stratégies thérapeutiques (produits naturels, médicaments traditionnels, homéopathie, etc.), nous devons faire le constat des limites des connaissances actuelles pour répondre aux préoccupations que suscitent ces phénomènes et les hausses de coûts de santé qu'ils engendrent. Et ce, d'autant plus que le médicament comme objet déborde largement l'univers médical pour s'inscrire dans des logiques productivistes, cosmétiques, hédonistes, idéologiques, c'est-à-dire dans des logiques de société.

À travers la recension des écrits et des données d'enquête concernant le médicament, ce rapport livre les résultats d'une réflexion amorcée depuis quelques années par une équipe de chercheurs issus de divers horizons disciplinaires (sociologie, bioéthique, psychologie, histoire, santé publique) autour de trois axes principaux et préoccupants en matière d'usage des médicaments. En retraçant l'évolution des approches qui ont présidé à l'étude de l'usage des médicaments au sein de la société québécoise et canadienne, le premier axe conduit à remettre en question le paradigme de l'utilisation rationnelle des médicaments pour se centrer davantage sur l'analyse des rationalités qui sous-tendent le recours aux médicaments. Le regard traditionnellement porté sur le mésusage des médicaments doit nécessairement être élargi pour prendre en compte les facteurs subjectifs qui le sous-tendent, sa nature dynamique, sa complexité et son inscription dans des valeurs sociétales. L'analyse du phénomène doit également tenir compte des changements survenus au cours des dernières décennies, comme l'accélération de la

---

1. L'équipe MÉOS est financée par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

circulation des savoirs sur la santé et les médicaments, et l'influence du phénomène sur la consommation de médicaments et sur la relation thérapeutique.

Un deuxième axe concerne l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes dans nos sociétés. Au Québec, tout comme dans la plupart des pays occidentaux, la forte consommation de médicaments psychotropes chez des populations de tout âge (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) ainsi que l'élargissement continu du registre de leur utilisation soulèvent nombre de questions. Dans le but de mieux comprendre ces tendances, il apparaît important de questionner l'ambiguïté des repères diagnostiques par rapport aux problèmes de santé mentale les plus courants (dépression, anxiété, troubles de comportement), de même que la relative autonomie entre la prescription de médicaments psychotropes et l'attribution d'un diagnostic de trouble avéré. À cela s'ajoute la complexité croissante des suivis et des prises en charge et le possible décalage entre la réflexion gouvernementale et la percée fulgurante des neurosciences en psychiatrie et dans la société générale. Ces aspects et d'autres encore seront portés à l'attention du lecteur.

Enfin, dans un troisième axe, nous abordons la question du recours aux médecines alternatives et complémentaires (MAC) et en particulier le recours aux produits de santé naturels (PSN). Le phénomène soulève actuellement certaines inquiétudes, compte tenu de la popularité dont les MAC jouissent au Canada depuis une quinzaine d'années. Les instances fédérales et provinciales en matière de santé ainsi que certains professionnels de santé évoquent en particulier les problèmes de surconsommation, d'interactions médicamenteuses néfastes et de toxicité liée à la consommation de PSN, ou encore soulèvent les dangers des pratiques d'automédication et du pluralisme thérapeutique. Dans cet axe, nous revenons sur l'historique du cadre légal régissant les MAC pour mieux comprendre notamment la problématique du pluralisme thérapeutique. En effet il apparaît clairement que la conscience, la connaissance et la compréhension du recours au MAC et du phénomène de pluralisme thérapeutique restent extrêmement faibles tant du côté des gestionnaires que chez les professionnels de santé. Ce faisant, ce dernier axe se veut une tentative pour définir et circonscrire ce que sont les MAC, le pluralisme thérapeutique ainsi que les déterminants sociaux du recours aux MAC. Ce travail apparaît primordial pour arriver à bien comprendre les phénomènes d'automédication, d'inobservance de même que les problèmes liés aux interactions médicamenteuses entre plusieurs types de thérapies.

Ce rapport ne prétend pas couvrir la totalité des questions soulevées par le thème du médicament et de ses usages, mais permet de jeter les bases d'une analyse sociale de l'objet « médicament ». Néanmoins, chacun des trois axes débouche sur des recommandations faisant état d'avenues ou d'approches de recherche qui apparaissent indispensables pour avancer dans la compréhension des déterminants du recours au médicament dans la société québécoise.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>Partie 1</b>	
<b>Relation thérapeutique, pratiques de prescription et observance : du paradigme de l'utilisation rationnelle à l'analyse des rationalités qui sous-tendent le recours aux médicaments</b> .....	<b>9</b>
1.1 Le problème en question : un accroissement des usages et du mésusage .....	9
1.2 La réflexion gouvernementale : de l'utilisation rationnelle à l'utilisation optimale des médicaments.....	10
1.3 L'utilisation optimale des médicaments : une utopie ? .....	11
1.3.1 Les pratiques de prescription.....	12
1.3.2 Déplacer le regard vers la relation thérapeutique et les facteurs dits subjectifs .....	14
1.3.3 Pratiques de consommation et inobservance.....	17
1.3.4 Ce qui doit être analysé : croyances profanes face au médicament et multiplication des sources d'information sur la santé et les médicaments.....	19
1.4. Propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser .....	22
<b>Partie 2</b>	
<b>Médicaments psychotropes et société québécoise</b> .....	<b>25</b>
2.1 Quelques repères statistiques.....	25
2.2 La réflexion gouvernementale en matière de psychotropes : deux corpus.....	27
2.3 Un accroissement qui ne semble pas vouloir ralentir .....	29
2.4 Pourquoi cet accroissement incessant ? Les paramètres d'une problématique plus large.....	31
2.4.1 Problèmes de santé mentale et psychotropes : les deux paramètres d'une même équation ? .....	31
2.4.2 La complexité des prises en charge ou des suivis .....	34
2.4.3 La notion de santé mentale en cette ère des neurosciences .....	36
2.5 Médicaments psychotropes et société québécoise : des objets de travail prioritaires .....	38
2.6 Propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser .....	42

**Partie 3**

**Pluralisme thérapeutique et variations culturelles dans l'utilisation des médicaments ..... 43**

3.1 Le problème..... 43

3.2 La réflexion gouvernementale en matière de produits de santé naturels et de médecines  
alternatives et complémentaires ..... 44

3.3 Les limites de cette définition et les paramètres d'une problématique plus large ..... 48

3.3.1 Finalement, de quoi parle-t-on ? De définitions confuses  
à une définition complexe ..... 48

3.3.2 Recours aux MAC et pluralisme médicamenteux ..... 50

3.3.3 Qui sont les adeptes du pluralisme médicamenteux ?  
Vers un portrait des consommateurs ..... 51

3.4 Le pluralisme médicamenteux chez les Québécois et les Québécoises :  
ce qui doit être analysé ..... 55

3.5. Propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser ..... 59

**Conclusion ..... 61**

**Bibliographie ..... 63**

## INTRODUCTION

Au moment de l'instauration du programme d'assurance maladie au début des années 70, on avait envisagé d'y inclure une protection pour les médicaments. Des considérations politiques et économiques ont toutefois retardé l'établissement d'un programme universel d'assurance médicaments et des mesures d'assistance ponctuelles ont été mises en œuvre au fil des ans, dont un programme de gratuité des médicaments pour les bénéficiaires de l'aide sociale, puis pour les personnes âgées recevant le maximum de revenu garanti, étendu progressivement à toutes les personnes âgées (MSSS, 2000).

Cependant, dans la foulée des compressions budgétaires, le débat du financement du programme a de nouveau pris place vers le milieu des années 90. En 1996, le gouvernement du Québec adoptait le Régime général d'assurance médicaments (RGAM), régime mixte (public et privé), contributif et universel. Or, le régime est rapidement apparu déficitaire. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) procédait à son évaluation, dont le compte rendu a été rendu public en 2000. Dans le cadre de cette évaluation, différentes études avaient été réalisées dont celle de Tamblyn en 1999 (MSSS, 1999). Le rapport faisait alors la démonstration de graves problèmes d'accès aux traitements pharmaceutiques chez certains groupes d'assurés, soit les personnes âgées et assistées sociales (Internet : FIIQ actualités, 07-06-2004). Compte tenu de l'importance des enjeux financiers et de la croissance significative des coûts associés au régime (RGAM), certains ont proposé l'instauration d'un régime universel public d'assurance médicaments. Le gouvernement mandatait, en 2001, le groupe Montmarquette pour en évaluer la pertinence et la faisabilité. Les auteurs ont alors recommandé le maintien du caractère mixte (privé et public) du régime actuel, le maintien du caractère obligatoire de l'adhésion au régime général d'assurance médicaments, de la participation financière de l'assuré sous la forme d'une prime et d'une contribution financière lors de l'achat des médicaments. Les auteurs recommandaient enfin la mise en place de mécanismes en vue d'un meilleur contrôle de l'utilisation des médicaments (Montmarquette, 2001).

En juin 2002, le gouvernement québécois adoptait le projet de loi 98 qui, tout en maintenant le régime mixte d'assurance médicaments, privé et public, apportait certaines modifications à la Loi sur l'assurance médicaments et à l'égard d'autres dispositions législatives. Le projet de loi avait un double objectif, celui de favoriser l'accès raisonnable et équitable aux médicaments. Dans ce cadre, le gouvernement mettait en place différentes mesures d'ordre financier de manière à faire face à une croissance débridée des coûts, notamment une mesure visant l'indexation automatique des primes assumées par les prestataires du régime d'assurance médicaments. Également, il créait une nouvelle infrastructure, le Conseil du médicament, regroupant le Conseil consultatif de pharmacologie, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments et le Réseau de revue de l'utilisation des médicaments (CMQ, 2002).

Dans la dernière décennie, les médicaments ont ainsi représenté un poids économique croissant pour le système de santé et une préoccupation majeure pour le gouvernement dans son souci d'en assurer un accès équitable et une utilisation optimale. Dans le contexte de la nomination d'un Commissaire à la santé et au bien-être, le Conseil de la santé et du bien-être nous a demandé de « produire un texte formulant des propositions sur les perspectives et les objets de travail qui devraient être des priorités pour le Commissaire à la santé et au bien-être » concernant les médicaments. Notre objectif est de proposer des avenues de recherche et d'évaluation de ce recours dans la société québécoise, après avoir fait le point sur les problématiques sociales les plus saillantes par rapport à la question des médicaments, c'est-à-dire engageant l'action des individus et groupes d'individus ayant recours aux médicaments, en tant que professionnels (prescripteurs ou dispensateurs) ou en tant que patients (clients ou consommateurs). Comme c'est à titre de chercheurs universitaires spécialisés dans l'étude du médicament comme phénomène social que nous faisons ces propositions, celles-ci concernent la recherche plutôt que l'intervention, mais mettent en évidence les déterminants sociaux de cette utilisation et constituent des pistes dans le but de concevoir des outils d'appréciation aptes à saisir des dimensions trop souvent ignorées bien qu'ayant une influence majeure sur les pratiques de santé.

Ce rapport comporte trois parties : la première concerne la relation thérapeutique, les pratiques de prescription et l'observance des patients; la deuxième porte sur l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes dans notre société; la troisième aborde la question du recours aux médecines alternatives et complémentaires (MAC) et en particulier le recours aux produits de santé naturels ou PSN. Chacune des parties du rapport se conclut par une liste de recommandations concernant l'orientation de la recherche et, éventuellement, de l'intervention. Ce rapport ne prétend certes pas couvrir la totalité des questions soulevées par le thème du médicament et de ses usages, mais permet de jeter les bases d'une analyse sociale de l'objet « médicament ».

## **PARTIE 1**

### **RELATION THÉRAPEUTIQUE, PRATIQUES DE PRESCRIPTION ET OBSERVANCE : DU PARADIGME DE L'UTILISATION RATIONNELLE À L'ANALYSE DES RATIONALITÉS QUI SOUS-TENDENT LE RECOURS AUX MÉDICAMENTS**

#### **1.1 Le problème en question : un accroissement des usages et du mésusage**

La consommation médicamenteuse n'a cessé de croître au cours des dernières années. Selon Santé Québec, la proportion de personnes ayant rapporté l'usage d'au moins un médicament prescrit ou non prescrit au cours des deux jours précédant l'enquête est passé de 44,7 % en 1987 à 53,1 % en 1998. La proportion de personnes ayant consommé plus de trois médicaments a, quant à elle, plus que doublé, passant de 8,3 % à 17 % au cours de la même période. Cette hausse touche fortement les aînés, la consommation de trois médicaments et plus chez les 65 ans étant passée de 29 % à 51,6 % (ISQ, 2000).

Depuis l'instauration du régime d'assurance médicaments, la question des coûts des médicaments a donc été au cœur des débats. En 1992, les dépenses en médicaments et services pharmaceutiques destinés aux personnes âgées dépassaient les coûts des services médicaux payés à l'acte pour cette population, soit respectivement 476,2 et 401,3 millions de dollars (RAMQ, 1993). À l'échelle canadienne, les médicaments représentent la seconde catégorie la plus importante de dépenses après les services hospitaliers. En 2000, les dépenses du Canada en matière de prescription de médicaments ont atteint les 11,4 milliards de dollars, excédant les dépenses des services offerts par les médecins et représentant une augmentation de 10,3 % depuis 1999 (Institut canadien d'information sur la santé, 2001).

On explique cette croissance des coûts par un ensemble de facteurs tels que l'augmentation du nombre de participants au programme d'assurance médicaments, l'augmentation du nombre d'ordonnances par participant, l'utilisation de nouveaux médicaments pour le traitement de problèmes de santé cardiovasculaires, gastro-intestinaux (ulcères et reflux), et du système nerveux central, de même que par l'intensification de la recherche dans de nouveaux champs (sida, hépatite, cancer, maladies neurologiques dégénératives) (MSSS, 1999).

Or, à ces questions importantes s'ajoute celle du mésusage des médicaments. En outre, les réactions indésirables aux médicaments expliqueraient de 10 à 20 % des hospitalisations gériatriques (OMS, 1987). Il s'agirait du résultat, dans 27 % des cas, d'une inobservance des traitements, dans 19 %, d'une thérapie inappropriée et, dans 10 % des cas, d'erreurs de médication (Grymonpre *et al.*, 1988). L'augmentation de l'utilisation de médicaments non prescrits apparaît également préoccupante (Tamblyn et

Perreault, 2000). On estime en effet que de 50 à 75 % des personnes âgées consommeraient ces types de substances, elles-mêmes la cause de 50 % des interactions avec des médicaments, dont près de 6 % seraient sérieuses (Monette, 2004).

Toutefois, le mésusage ne concerne pas que les personnes âgées. D'autres études ont montré des écarts, indépendamment de l'âge, sur le plan de la qualité des prescriptions, notamment en milieu hospitalier. Einarson *et al.* (1989) ont fait l'examen attentif de 33 études canadiennes publiées entre 1966 et 1987 en vue de déterminer dans quelle mesure les prescriptions indiquées étaient conformes à certains critères préétablis. Les auteurs ont alors observé des taux de non-conformité de 18,2 % pour les critères d'indication, de 16,8 % pour ceux des choix des médicaments, de 30,2 % pour ceux d'administration (posologie, durée) et de 42,7 % pour toutes les catégories confondues.

Depuis l'instauration du régime d'assurance médicaments en 1997, certaines données permettent de conclure à la persistance de problèmes liés à l'usage des médicaments. Rappelons que, conformément à ce régime d'assurance, les personnes assistées sociales et âgées devaient dorénavant contribuer financièrement aux coûts de leurs médicaments. Tamblyn a déposé en 1999 les résultats d'une étude visant à évaluer l'impact de ce nouveau régime d'assurance médicaments (MSSS, 1999). À la suite de l'implantation du régime, l'auteur a dénombré près de 13 000 visites évitables à l'urgence, 16 000 visites médicales de plus et 4 000 événements indésirables chez ces dernières populations, liés à une baisse de consommation de médicaments essentiels. Tamblyn évoque alors des problèmes potentiels liés à la sous-utilisation et à la surutilisation, associés aux phénomènes de prescription et de délivrance inappropriées de médicaments, à l'insuffisance de suivi de la thérapie et à l'inobservance. **Dès lors, la situation rend plus impérative encore la nécessité de mieux comprendre les facteurs influant sur l'usage et le mésusage des médicaments au Québec.**

## **1.2 La réflexion gouvernementale : de l'utilisation rationnelle à l'utilisation optimale des médicaments**

L'examen des documents officiels permet de voir une certaine évolution quant à la terminologie utilisée pour qualifier le mésusage des médicaments ainsi qu'une évolution conséquente dans la façon de comprendre le phénomène. Si l'on parle encore d'utilisation rationnelle, d'autres terminologies se sont progressivement imposées, soit celle de l'utilisation adéquate ou appropriée des médicaments, puis celle de l'utilisation optimale. Rappelons d'abord la définition que donnait l'OMS vers le milieu des années 80 de l'utilisation rationnelle des médicaments : « Prescrire le produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée et pendant un laps de temps approprié » (OMS, 2002). Pour pallier les problèmes d'utilisation non rationnelle, les experts proposaient que la prescription, la distribution et l'usage des médicaments par les patients fassent l'objet d'une surveillance régulière et recommandaient la mise sur pied d'un organisme national multidisciplinaire mandaté pour coordonner les politiques en matière d'usage des

médicaments, l'instauration de directives thérapeutiques claires destinées aux prescripteurs, la fourniture de listes de médicaments essentiels basés sur des traitements choisis, et l'éducation du public en matière de médicaments (information suffisante sur les risques et avantages des médicaments, savoir quand et comment les utiliser), pour ne nommer que ces aspects (OMS, 2002). Selon les paramètres de cette définition et des interventions proposées se dégage clairement le postulat selon lequel l'utilisation non rationnelle est liée à un manque d'information de la part du grand public, à la formation pharmacologique inadéquate chez les prescripteurs et au manque de régulations claires concernant le médicament.

Avec l'adoption récente du projet de loi 98, modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et à l'égard d'autres dispositions législatives, un nouveau concept est désormais avancé, soit celui de l'utilisation optimale des médicaments. Si encore une fois peu d'auteurs ont défini de façon formelle le concept, certains sont d'avis que le terme « optimal » offre l'avantage de mettre en lumière l'importance, pour atteindre une certaine qualité de l'usage, de prendre en compte des éléments en opposition. Avec ce nouveau concept, on vise tant l'optimisation de l'effet sur la santé des personnes que des ressources consacrées aux médicaments (Laurier, 2004).

Dans l'optique de favoriser cette utilisation optimale des médicaments, une nouvelle instance est mise en place, soit le Conseil du médicament du Québec. Le Conseil donne la définition suivante de l'utilisation optimale des médicaments : « Usage qui maximise les bienfaits et minimise les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales » (Laurier, 2004). Dans le cadre d'un symposium tenu à Québec en mai dernier, Laurier (2004) précise que l'utilisation optimale des médicaments implique un certain arbitrage entre différentes dimensions, soit entre les bienfaits et les risques pour la santé de même qu'entre les coûts et l'efficacité associés à l'usage de médicaments. Le chercheur ajoute que la qualité de l'usage des médicaments ne peut être estimée que par la comparaison avec d'autres options disponibles, le jugement sur la qualité devant aussi tenir compte de ce que les patients, comme groupe, considèrent être des objectifs thérapeutiques importants. Le jugement sur la qualité de l'usage doit enfin tenir compte des valeurs sociales telles que l'équité, une approche fondée sur la preuve et la parcimonie (Laurier, 2004).

### **1.3 L'utilisation optimale des médicaments : une utopie ?**

Ainsi, bien que les mêmes préoccupations soient soulevées au cours des années en ce qui concerne le mésusage des médicaments, il semble que l'on assiste progressivement à un changement de perspective qui tend à mieux cerner la complexité liée à l'usage des médicaments et à prendre en compte ses dimensions sociales et culturelles. Si telle est l'intention, il reste beaucoup à faire pour mieux circonscrire les facteurs qui influent sur le recours aux médicaments et pour mettre sur pied des interventions efficaces. C'est dans cette optique que nous nous attacherons ici à faire la synthèse des principaux facteurs

sociaux devant être pris en compte relativement au mésusage, à partir d'une revue des écrits sur les déterminants de la prescription et de la consommation.

### 1.3.1 Les pratiques de prescription

Devant les nombreuses évidences en ce qui a trait aux problèmes liés au mésusage des médicaments, plusieurs études se sont particulièrement attardées à mieux comprendre les pratiques de prescription. Ainsi, des études se sont penchées sur les déterminants sociaux de la prescription, faisant état de l'influence des caractéristiques socio-démographiques des médecins sur les pratiques de prescription. Certaines d'entre elles ont montré que les profils de prescription pouvaient varier en fonction de l'âge, du sexe, du type de pratique et du lieu de formation des médecins. En outre, la prescription inappropriée, notamment auprès des clientèles âgées, correspondrait à un profil socio-démographique particulier chez les médecins canadiens : elle serait plus fréquente chez les médecins plus âgés, qui n'ont pas d'affiliation universitaire et qui ont reçu leur formation dans certaines universités (Monette *et al.*, 1994; 1997; 2002; Egan *et al.*, 2000; Tamblyn *et al.*, 2000). Les profils de prescription varieraient également selon que le clinicien est un homme ou une femme et selon la clientèle à laquelle il s'adresse (Cafferata *et al.*, 1983; Ettore *et al.*, 1994; Linn, 1971).

Face à la prescription inappropriée, certains auteurs ont mis en lumière l'influence du manque de connaissances spécifiques des médecins à l'égard de problèmes précis et de clientèles particulières, notamment celle des personnes âgées, ainsi que leur difficulté à reconnaître les signes de vieillissement et à les départager d'avec ceux qui sont véritablement liés à des maladies (Ferry *et al.*, 1985; Monette *et al.*, 1994). Les difficultés que les omnipraticiens rencontrent liées à un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de symptômes associés au syndrome de sevrage sont également soulevées dans la littérature, et ce, tout particulièrement par rapport aux patients âgés (Collin *et al.*, 1999). Les symptômes initiaux de l'état dépressif, dont l'insomnie, se confondent davantage avec l'anxiété qu'avec la dépression, ce qui tend à induire la prescription initiale de benzodiazépines (Roy-Byrne, 1991).

Outre les caractéristiques socio-démographiques et les connaissances des médecins, les études sur les déterminants de la prescription font état de l'importance du contexte de pratique, tel qu'il est appréhendé à travers la gestion du temps, les affiliations institutionnelles, la concurrence et le mode de rémunération des médecins (Hartlaub *et al.*, 1993; Manning *et al.*, 1986; Pineault, 1986). Les médecins les plus enclins à prescrire des médicaments seraient ceux qui ont un volume de pratique élevé, qui revoient souvent leurs patients et ressentent qu'ils ont une responsabilité limitée par rapport à eux (Cormack et Howells, 1992; Davidson *et al.*, 1994; Hartzema and Christensen, 1983). La situation de concurrence dans laquelle se trouvent les prescripteurs et le désir de satisfaire aux attentes d'une clientèle seraient également des éléments de cette dynamique (Davidson *et al.*, 1983). Dans l'une de nos enquêtes sur la perspective des omnipraticiens devant la prescription de psychotropes aux personnes âgées, cette situation de

concurrence face à une clientèle âgée non institutionnalisée et exprimant une demande explicite de nouvelle prescription de médicaments psychotropes s'est avérée être l'un des facteurs influençant ce type de prescription (Collin *et al.*, 1999). L'argument de la concurrence n'était pas alors de l'ordre économique, mais plutôt lié à la difficulté pour les médecins d'établir un contrôle sur la consommation médicamenteuse de leur patient âgé dans un contexte où leur refus de prescrire de nouveau un psychotrope pouvait inciter le patient à aller consulter un autre médecin. De fait, le nombre de médecins prescripteurs augmente le risque d'ordonnances potentiellement inappropriées (Collin *et al.*, 1999; Tamblyn, 1996).

Des contraintes extérieures, telles que la régulation de la prescription de certaines classes de médicaments, semblent également avoir un impact sur les choix thérapeutiques des médecins. Par exemple, dans l'État de New York, une réglementation imposée aux médecins en 1989 limitait le nombre de prescriptions de benzodiazépines et rendait obligatoire la déclaration de toute prescription au New York State Department of Health. À la suite de l'application de ces mesures, les études ont montré que, si la prescription de benzodiazépines avait diminué fortement, celle d'autres anxiolytiques possiblement moins appropriés avait quant à elle augmenté considérablement (McNutt *et al.*, 1994; Schwartz and Blank, 1991).

Enfin, on ne saurait passer sous silence l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les pratiques de prescription des médecins. Les études sur cette question montrent que l'industrie pharmaceutique constitue une source d'information fortement présente et active auprès des médecins en ce qui a trait aux médicaments prescrits, information dont la neutralité scientifique est remise en question. Certaines études ont démontré la présence des liens, souvent étroits, qu'entretiennent le corps médical et l'industrie pharmaceutique, se traduisant par l'organisation de colloques entièrement défrayés par l'industrie, sans compter les autres avantages matériels qui sont offerts aux médecins (Orlowski & Wateska, 1992). Selon les résultats d'une enquête conduite auprès de médecins ontariens, si les activités organisées par l'industrie ne constituent pas la seule source d'information pour les médecins, elles occupent une place importante. Au cours des deux années précédant l'enquête, les médecins auraient participé en moyenne à cinq séminaires ou conférences organisés ou commandités par l'industrie et auraient été visités par des représentants de compagnies pharmaceutiques à une fréquence moyenne d'une fois toutes les deux semaines. Si tous les médecins n'ont pas la même fréquence de contact avec l'industrie, il semble que les plus gros prescripteurs sont également ceux qui entretiennent les contacts les plus fréquents avec l'industrie : selon les mêmes indicateurs, ils auraient participé à huit conférences ou séminaires au cours des deux dernières années et reçu en moyenne 94 visites de représentants (Williams *et al.*, 1995).

Un ensemble d'interventions en vue d'agir directement sur les pratiques de prescription des médecins ont été instaurées au cours des années, prenant la forme notamment d'une distribution de matériel pédagogique, d'outils d'aide à la prescription, d'activités de formation médicale continue, de systèmes d'aide à la décision, de modifications aux

modes de rémunération, de guides de pratique liés à la prescription de médicaments et de projets de gestion intégrée des soins (Tamblyn & Perreault, 2000).

La plupart de ces interventions proposent du matériel d'instruction et des aides à la pratique (systèmes informatisés d'aide à la décision), des outils ou créneaux de transmission de l'information, reprenant largement le postulat selon lequel le seul fait pour le patient de recevoir de l'information constitue un élément clé de la problématique de la prescription inappropriée. Or, il appert que la problématique de la prescription inadéquate de médicaments déborde largement la seule question des connaissances et par le fait même, de l'information transmise aux patients sur les médicaments. Certaines études permettent en effet de voir que les interventions qui ne ciblent que le manque de connaissances des médecins sur les médicaments n'atteignent pas véritablement leur cible (Tamblyn, 2000). On voit par contre que celles qui mettent en jeu l'influence d'acteurs ayant une crédibilité scientifique auprès des prescripteurs (pharmaciens, visiteurs médicaux, etc.), paraissent présenter une certaine efficacité (Tamblyn, 2000). **En somme, mettre l'accent essentiellement sur la seule question des connaissances ne paraît pas suffisant, compte tenu de la grande complexité des facteurs en cause dans la prescription médicamenteuse inappropriée.**

La mise en place de systèmes intégrés de gestion des médicaments ou de systèmes informatisés comme soutien à la décision et au bon usage des médicaments (Tamblyn, 2004) apparaît certes justifiée pour contrer un ensemble d'embûches relevant de l'organisation du système de santé, des contextes de pratique et de gestion du temps. Ces systèmes, qui connaissent actuellement une grande popularité, peuvent sans contredit permettre de réduire les espaces d'incertitudes et de subjectivités dans les décisions concernant la prescription. Néanmoins, ces types d'intervention se fondent sur l'*a priori* de comportements scientifiques et standardisés de la part des médecins et ne permettent pas d'agir sur les facteurs dits « subjectifs » qui sous-tendent la relation thérapeutique elle-même, tels le poids de la demande exprimée par le patient, son contexte particulier, la forte symbolique du médicament et de l'acte de prescrire. Ces éléments semblent fondamentaux et devraient être pris en compte dans l'analyse et la quête de solutions de problèmes liés à la prescription médicamenteuse inappropriée.

### 1.3.2 Déplacer le regard vers la relation thérapeutique et les facteurs dits subjectifs

Les études qui ont cherché à cerner les caractéristiques socio-démographiques, les connaissances et les facteurs d'ordre structurel associés aux contextes de travail des médecins n'ont permis que partiellement de lever le voile sur les pratiques de prescription inappropriée. Et surtout, elles n'ont pas permis de voir les processus à l'œuvre dans la décision de prescrire ni les valeurs agissant sur cette décision. Une prescription jugée inadéquate selon des critères pharmacologiques établis, peut très bien être soutenue, du point de vue du médecin, par une rationalité qui déroge des normes scientifiques et dites objectives imposées par les experts ou par la communauté médicale. Certaines études en

font en quelque sorte la démonstration. S'intéressant à ce qu'ils ont désigné comme les motifs « non scientifiques » qui sous-tendent la prescription, Schwartz, Soumerai et Avorn (1989) rapportent que la pression de la demande exprimée par les patients constituait le premier motif de la prescription pour 46 % des médecins interrogés lors d'une vaste enquête américaine. D'autres études ont bien montré à quel point la pression de la demande, l'inconfort à refuser de prescrire, le désir de conserver une relation de confiance, l'incertitude face au diagnostic, représentent autant d'éléments qui permettent d'expliquer des pratiques de prescription jugées inadéquates du point de vue des normes cliniques (Collin *et al.*, 1999; Schwartz *et al.*, 1989; Bradley, 1992; Chinburapa *et al.*, 1993).

Ces quelques études marquent un pas dans la bonne direction, alors qu'elles font voir l'importance d'investir le phénomène de la prescription inappropriée par la prise en compte de la relation thérapeutique, c'est-à-dire le processus relationnel qui sous-tend la décision de prescrire. Elles présentent toutefois certaines limites. En effet, bien qu'elles reconnaissent l'existence de rationalités « non scientifiques », elles ne sont pas parvenues à mettre véritablement au jour ces rationalités. Il faut voir que la plupart d'entre elles se fondent sur des méthodologies quantitatives, impliquant l'utilisation de questionnaires fermés, qui se prêtent mal à l'indispensable mise en relation de dimensions subjectives qui sous-tendent la décision de prescrire. Il nous paraît important, sur ce point, de mettre en place des devis de recherche qui permettront de cerner les représentations que se font les médecins des réalités de leurs patients, de la relation thérapeutique, de l'acte de prescrire et du médicament lui-même, ces éléments apparaissant indispensables pour cerner les rationalités sous-jacentes à la décision de prescrire.

Il paraît également nécessaire d'aller au-delà des échanges verbaux à propos du médicament lors de la consultation entre médecins et patients pour saisir, à travers l'analyse de l'interaction, les fonctions manifestes au sein de la relation thérapeutique. Plutôt que de voir la relation thérapeutique sous l'angle d'un pouvoir médical qui s'impose unilatéralement, la notion d'interaction permettrait d'envisager la relation thérapeutique comme un espace où les acteurs tentent de mobiliser leurs ressources et leur savoir-faire et de s'influencer réciproquement; un espace de négociation, en somme (Goffman, 1974), où se jouent deux herméneutiques potentiellement en conflit : l'une profane et l'autre professionnelle. L'on sait par ailleurs que ces cultures différenciées sont organisées en systèmes référentiels, c'est-à-dire balisées par l'ensemble des croyances, savoirs et ressources que détient chaque acteur pour interpréter la maladie et agir sur elle (Freidson, 1984). Leur prise en compte est indispensable pour mieux comprendre les déterminants socioculturels de la prescription et de la consommation de médicaments.

Ajoutons que la distance sociale entre le médecin et le patient, en termes de statut socioéconomique et de capital culturel, peut aussi avoir pour effet de creuser les écarts et est susceptible d'influencer l'interaction en limitant le flux d'informations transmises de part et d'autre ou, encore, en infléchissant le ton des échanges. Dans un contexte où

l'expertise du professionnel est explicitement sollicitée, on peut facilement envisager qu'une personne de milieu défavorisé puisse, par exemple, susciter la directivité et le paternalisme du médecin, et ce, d'autant plus que le médecin éprouve lui-même un sentiment de gêne et de réserve (McKinlay, 1975). Si cette distance sociale est bel et bien déterminante, on sait, en revanche, que le degré de familiarité résultant de la fréquence des rencontres entre médecins et patients et la nature des motifs de consultation a pour effet d'atténuer cette distance sociale (Boltanski, 1971). En somme, **un ensemble d'éléments qui entourent le contexte de la consultation médicale, c'est-à-dire l'histoire relationnelle entre médecins et patients, doit être prise en compte pour arriver à cerner véritablement les problèmes liés à la prescription de médicaments.**

Une étude qualitative traitant de la place du médicament dans les stratégies de gestion de la santé et de la maladie chez les personnes âgées autonomes habitant dans leur communauté (Collin, 2002) a permis de constater à quel point la perception du système de santé et les rapports avec les professionnels de santé, notamment les médecins, étaient éclairants pour comprendre les attitudes et les comportements des personnes âgées face aux médicaments.

Précisons enfin que les écrits en sociologie de la santé et en anthropologie médicale témoignent fortement de la centralité du médicament et de son rôle symbolique dans le cadre de la relation entre patients et médecins (Helman, 1981; Montagne, 1988; Van der Geest *et al.*, 1996). Peu d'expériences humaines ont une puissance symbolique aussi manifeste que les actes de prescrire et d'ingérer des médicaments (Pellegrino, 1976). Les significations attachées à ces actes dépassent largement les propriétés proprement pharmaceutiques attribuées aux substances. Prescrire peut signifier la sollicitude du médecin envers son patient et peut représenter le transfert du pouvoir de guérir, des mains du médecin à celles du malade. En donnant au clinicien le sentiment d'agir sur la situation, la prescription est également susceptible d'atténuer le sentiment d'incertitude ou d'impuissance qu'il éprouve devant des problèmes complexes et mal codifiés. Dans le cadre de la relation thérapeutique, il appert que le médicament a une fonction métaphorique dans la mesure où il incarne un objet concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie. Le médicament aurait par ailleurs une fonction métonymique lorsqu'il est perçu comme incorporant en lui-même l'expertise du médecin et sa capacité de soigner. De ce fait, le médicament peut être considéré comme un objet pouvant être dissocié des savoirs experts et exister de façon autonome par rapport aux soins médicaux (Van der Geest *et al.*, 1996). Cette dissociation se manifeste par une « attrition » du rôle du médecin, dès lors considéré essentiellement comme prescripteur, dans des contextes cliniques où domine l'incertitude ou, encore, l'impuissance médicale devant la maladie. L'importance accordée au médicament dans cette rencontre ritualisée entre médecin et patient est d'ailleurs largement appuyée par les résultats d'enquêtes auprès des cliniciens. À leurs yeux, le médicament serait l'objet premier des attentes des patients lors de la consultation (Bradley, 1992; Schwartz *et al.*, 1989).

### 1.3.3 Pratiques de consommation et inobservance

Au-delà de la rencontre médecin-patient ou des aspects entourant la relation thérapeutique elle-même, les pratiques de consommation constituent sans contredit d'autres dimensions clés devant faire l'objet d'un examen attentif. Plusieurs études permettent, sur ce point, de cerner des différences sur le plan des pratiques de consommation en fonction de l'âge, du sexe, de l'éducation, du revenu, de l'état de santé, du nombre de médicaments consommés et de la complexité du régime thérapeutique (Tamblyn, 1996; Tamblyn et Perreault, 2000). L'utilisation des médicaments en vente libre, l'échange de médicaments et l'accès différencié aux soins de santé constituent aussi des aspects qui ont été associés aux comportements des individus et à une utilisation non optimale des médicaments (Monette, 2004; Tamblyn *et al.*, 1999). Or, face à ces problèmes de consommation des médicaments, l'aspect de l'inobservance médicamenteuse a fait l'objet d'une importante documentation.

En plus de l'utilisation inappropriée des médicaments, l'inobservance serait un problème d'importance, certains estimant que le problème entraîne des coûts cachés évalués à près de 9 milliards de dollars par année au Canada (Monette, 2004). En outre, les taux d'inobservance seraient relativement élevés. À titre d'exemple, les chercheurs estiment à environ 50 % la proportion des patients hypertendus qui éprouvent des difficultés à prendre leur médication de façon minimalement adéquate (Feldmann *et al.*, 1998; WHO, 2003). Parmi ceux qui débutent un traitement antihypertenseur, de 16 à 50 % y mettraient fin au cours de la première année. Des chercheurs estiment que, tous types de médicaments confondus, approximativement 33 % des patients ne se procureraient pas leur prescription ou se la procureraient, mais sans prendre le médicament (Haynes, 1995).

Malgré trente ans de recherche et plus de 8 000 articles anglophones et francophones publiés sur le sujet (Donnovan et Blake, 1992), l'inobservance des traitements médicamenteux demeure toujours un problème préoccupant. Or, les sciences médicales ont traditionnellement défini l'inobservance médicamenteuse comme le degré avec lequel le patient se conforme au plan de traitement établi par le soignant, soit le degré de correspondance avec ce qui a été recommandé (Chockalingam *et al.*, 1998; Conrad, 1988; Heurtin-Roberts et Reisen, 1990; Kjellgren, Ahlner et Säljö, 1995; Kyngäs et Lahdenperä, 1999; Sackett, 1976; Trostle, 1988). Un grand nombre d'instruments de mesure ont été utilisés pour estimer ce niveau de correspondance. Certains d'entre eux sont fondés sur l'opinion du médecin ou sur celle des patients. D'autres consistent en la prise d'information dans les dossiers de pharmaciens. D'autres encore sont dérivés de tests biologiques ou du dénombrement des comprimés dans les fioles de médicaments (Grégoire, 1990; Steiner *et al.*, 1991). Aucun de ces instruments n'est cependant parfait, des problèmes méthodologiques compromettant leur validité (Grégoire, 1990). Les taux d'inobservance varient également de façon importante en fonction de la diversité des populations étudiées, de la durée variée du suivi, ainsi que des critères utilisés pour évaluer qu'une observance aux traitements est acceptable ou non (Grégoire *et al.*, 1995). Le phénomène est donc difficile à mesurer (Feldman *et al.*, 1998).

L'inobservance prend des formes diverses selon la nature de la pathologie et de sa prise en charge. De nombreux facteurs y sont associés, telle la nature du problème de santé. En outre, dans le cas particulier de l'hypertension artérielle, certaines études ont proposé qu'en l'absence de manifestations tangibles de la maladie, la prise assidue de la médication était plus aléatoire (Allen, 1998; Cummings *et al.*, 1982; Hasford, 1992). On a également constaté que les effets secondaires associés à certaines classes de médicaments constituaient un facteur explicatif d'importance de l'inobservance médicamenteuse (Caro *et al.*, 1997; Monane *et al.*, 1997; Rizzo et Simons, 1997). La complexité du régime thérapeutique figure aussi parmi les dimensions explicatives du phénomène (Allen, 1998; Feldman *et al.*, 1998; Haynes *et al.*, 1976; William, 1998; Yasin, 1998).

Face à cette complexité, certaines études ont cherché à évaluer dans quelle mesure les connaissances médicales des patients à propos de leurs maladies influent sur les comportements d'observance (Gordis *et al.*, 1969; Siegel *et al.*, 1971). Or, celles-ci n'ont pas permis de mettre en lumière une relation claire sur ce plan, en induisant un déplacement de la focale sur les connaissances et les informations concernant le traitement médicamenteux. Une documentation abondante met, sur ce point, l'emphase sur l'information comme facteur associé à l'inobservance médicamenteuse. Plusieurs sont d'avis que l'information transmise à l'individu concernant son traitement constitue la pierre angulaire d'une meilleure observance (Allen, 1998; Chockalingam *et al.*, 1998; Kjellgren *et al.*, 1995; Kyngäs et Lahdenperä, 1999; Yasin, 1998). Mais encore faut-il que le médicament occupe une place dans les échanges verbaux entre médecins et patients.

À ce sujet, selon plusieurs auteurs, la nature de l'interaction médecin-patient influencerait beaucoup plus que l'information en elle-même, sur l'observance médicamenteuse (Grueninger, 1995; Chrisman, 1977; Garrity, 1981). En effet, le style de communication du médecin, son empathie envers le patient, ainsi que le ton affectif de la relation ont été associés à l'observance des traitements (Bartlett *et al.*, 1984; Morgan *et al.*, 1986; Redhler *et al.*, 1980; Stanton, 1987; Stone, 1979; Conrad, 1985). Yasin (1998) a mis de l'avant une approche centrée sur le patient, laquelle ne se limite pas à fournir simplement des directives à l'individu, mais mise sur ce que le patient est résolu à changer en s'appuyant sur ses motivations intrinsèques. Chockalingam *et al.* (1998) ajoutent que, pour améliorer l'observance des traitements, médecin et patient doivent travailler en étroite collaboration.

### **Un exemple d'étude**

Collin et Lussier ont analysé la place du médicament dans la relation thérapeutique lors de consultations médicales de patients âgés à partir d'enregistrements de ces consultations ayant eu lieu dans des cliniques de la région montréalaise (Collin et Lussier, subv. CQRS 1999<sup>2</sup>; Collin, 2002; Collin, 2003). Une analyse quantitative des actes de

---

2. La place du médicament dans la consultation médicale entre médecins et patients âgés (Subv. CQRS, 1999).

langage lors de la consultation a permis d'établir que le thème des médicaments ne concerne en moyenne que 16 % des échanges verbaux entre patients et médecins lors des consultations étudiées (200 consultations). Comme ces consultations durent en moyenne 20 minutes, 3 minutes seulement seraient consacrées à des échanges sur les médicaments pour une moyenne de 4,3 médicaments par patient. Il paraît ainsi y avoir peu d'espace pour parler du médicament à l'intérieur de la consultation elle-même.

Par ailleurs, selon l'analyse qualitative des consultations textuelles, la condition physique et le fait que plusieurs maladies chroniques soient souvent en jeu, ont pour effet de générer un niveau élevé d'incertitudes, tant chez les médecins que chez les patients. En effet, les personnes âgées ont développé des attitudes d'attention au corps généralement plus développées que les individus moins exposés à la maladie. Avec l'expérience de leur corporéité, elles ont acquis une capacité de déchiffrement qui les rend à la fois attentives à toute modification de leurs problèmes chroniques et inquiètes par rapport à l'issue de ceux-ci. Quant aux médecins, ils se trouvent souvent devant un tableau clinique complexe, aux prises avec des symptômes qui interfèrent et se brouillent mutuellement.

De plus, il y aurait priorisation différente des problèmes de santé chez les patients âgés et les médecins. Au cours des 55 consultations ayant fait l'objet d'une analyse qualitative dans le cadre de cette recherche, 131 problèmes de santé ont été discutés, parmi lesquels les douleurs localisées, l'hypertension et les problèmes cardiaques constituaient les plus fréquents. La plupart des échanges concernant les douleurs ont été initiés par les patients âgés (33/40), alors que les médecins étaient le plus souvent les instigateurs des discussions sur les problèmes cardio-vasculaires (16/26). Il est vrai que ces maladies représentent l'une des préoccupations majeures des cliniciens dans les soins aux patients âgés, puisque l'issue est éventuellement fatale et engage, d'une façon particulièrement directe, leur responsabilité professionnelle. Souvent asymptomatiques, notamment dans le cas de l'hypertension, les problèmes cardio-vasculaires se traitent à l'aide de médicaments qui, eux, entraînent des effets secondaires importants. En contrepartie, l'inconfort et l'inquiétude générés par les douleurs – souffrances physiques ou psychologiques – constituent souvent le motif premier de la consultation pour les personnes âgées, bien qu'elles suscitent davantage d'impuissance que d'inquiétude chez leur médecin. Le médicament, dans un cas comme dans l'autre, peut alors devenir objet de concession.

Ces quelques observations nous amènent encore une fois à reconnaître l'importance de facteurs dits subjectifs qui influent sur les pratiques de recours aux médicaments, en l'occurrence aux croyances et savoirs populaires à l'égard de la maladie, de la santé et du médicament.

#### 1.3.4 Ce qui doit être analysé : croyances profanes face au médicament et multiplication des sources d'information sur la santé et les médicaments

Au cours des dernières années, certaines études s'inspirant d'une approche cognitive (Ajzen, 1985; Leventhal *et al.*, 1984; Sackett et Haynes, 1976) ont conduit au

développement successif de modèles théoriques fondés sur les croyances de santé (Health belief model, Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour, Self-regulatory Model). Elles ont montré l'importance des croyances et des représentations sur la santé et la médication pour expliquer les comportements d'utilisation, notamment l'inobservance médicamenteuse. Mais ces études comportent elles aussi certaines limites, alors qu'elles paraissent supporter l'idée selon laquelle les conduites médicamenteuses des patients reposent sur une logique rationnelle d'évaluation des coûts et des avantages. À cela s'ajoute le fait que leurs visées quantitatives paraissent en quelque sorte enfermer le patient dans des schémas explicatifs préalablement définis (Massé, 1995; Collin *et al.* 2003). À ce titre, d'autres approches paraissent beaucoup plus propices à l'émergence des représentations réelles chez les patients. Certaines études issues de l'anthropologie, ou qui lui sont apparentées, se préoccupent des significations que les individus attribuent aux symptômes et à la maladie et la manière dont ces significations (par exemple les représentations et les perceptions des individus) se traduisent dans des actions. Des études qualitatives ont ainsi permis d'examiner les significations du médicament dans la vie quotidienne des individus et les pratiques de médication qui en découlent (Trostle, 1988). La maladie y est conçue comme un phénomène social impliquant, à des degrés divers, familles et amis, et touchant divers aspects de la vie quotidienne (Arluke, 1980; Conrad, 1985; Donovan et Blake, 1992).

### **Un exemple d'étude**

Proulx *et al.* ont conduit une étude au Québec au cours des années 1998-2000 qui visait précisément à mettre à jour les rationalités sous-jacentes à la prise irrégulière du médicament antihypertenseur chez des patients atteints d'hypertension artérielle (HTA). Vingt-sept patients, soit 15 femmes et 12 hommes âgés de 40 à 70 ans et de milieux socioéconomiques variés, ont été interviewés dans le cadre d'une entrevue en profondeur d'une durée approximative de 90 minutes. Une analyse des récits individuels a d'abord été effectuée (textes des verbatims découpés par segments significatifs, propositions formulées pour chaque segment et mises en relation, texte final rédigé). Les textes individuels ont ensuite été comparés entre eux, ce qui a permis de révéler certains aspects de l'expérience exclusifs à trois groupes de participants.

Trois cas de figure ont permis en effet de rendre compte de l'expérience des participants, soit la part occupée par les conditions sociales et d'existence dans les pratiques de recours, celle occupée par le doute face à la réalité même de la maladie et l'efficacité du médicament, et le désir chez des individus de se distancier de l'univers médical, doublé d'un certain scepticisme et d'une méfiance par rapport au médicament lui-même. En définitive, les résultats ont montré que les conduites médicamenteuses chez les patients atteints d'HTA se situaient au cœur d'un ensemble complexe d'influences situationnelles, contextuelles et sociétales, où le risque subjectif associé au médicament et à la maladie se présentait comme un enjeu de première importance. L'intangibilité de la maladie (HTA) et le caractère dénaturé du médicament – celui-ci étant conçu comme un produit synthétique en contraste avec un dispositif qui serait

plus naturel – constituaient autant d’aspects intervenant dans la conceptualisation du risque chez les patients. Une information ambiante souvent contradictoire, du point de vue de participants, et l’observation des expériences de maladie chez les proches participaient également à cette construction du risque.

Or, ces attitudes des patients, qui vont d’un certain scepticisme ou d’une certaine crainte à l’endroit du médicament, à une certaine popularité ou confiance (Britten, 1996; Collin, 2003; Van Der Geest et Whyte, 2003), sont clairement exposées dans d’autres travaux (Britten, 1994, 1996; Fallsberg, 1991; Morgan et Watkins, 1988; Morgan, 1996). Un certain nombre d’études empiriques ont montré que les patients se préoccupent de savoir si les médicaments sont effectivement sécuritaires, véritablement utiles ou s’ils ne risquent pas plutôt de nuire à la santé (Fallsberg; 1991; Britten, 1994, 1996). Il semble ainsi que les patients soient placés en situation de grande ambiguïté et d’incertitude, ces aspects étant par ailleurs fortement présents dans le discours public ambiant. Ces discours ont une influence sur les pratiques de santé, non seulement parce qu’ils influent sur les niveaux de connaissances des individus, mais aussi parce qu’ils sont porteurs de valeurs et de normes sociales en ce qui concerne le médicament, la santé et la maladie (Haynes *et al.*, 1996).

Certains travaux permettent de voir par ailleurs que, face à la masse d’informations disponibles et désormais facilement accessibles, parfois contradictoires ou répondant à différentes rationalités, les publics seraient constamment dans le doute, exigeraient de plus en plus d’être informés sur les risques et revendiqueraient le droit à l’information (Dab, 1998; Juanillo et Scherer, 1995; Slovic, 1986). Ainsi, tout indique actuellement que la transmission de l’information sur le médicament et la maladie s’opère désormais dans un contexte plus large, les patients ayant accès à un volume imposant d’informations et de recommandations, largement attribuable, dans la dernière décennie, à Internet (Jadad et Gagliardi, 1998; Tatsioni *et al.*, 2003). En outre, des études récentes permettent d’estimer à près de 40 à 50 % la proportion de patients qui accèdent à de l’information via Internet. On évalue également que près de 43 % des utilisateurs d’Internet ont recours à cet outil pour obtenir des informations sur les soins et certaines questions médicales, en ayant recours à plus de 34 000 sites Web spécialisés en santé (DMOZ, 2000). Notons, sur ce point, que si certains auteurs estiment que l’accessibilité à Internet favorise un plus grand sentiment de contrôle chez le patient (Widman et Tong, 1997) et un soutien émotionnel (Degner, 1995), c’est surtout l’impact négatif potentiel chez les publics qui a suscité l’intérêt des chercheurs. Des études ont fait ressortir les conséquences néfastes que risque d’entraîner une information biaisée ou partielle, notamment par rapport aux médicaments (Coiera, 1998; Impicciatore *et al.*, 1997; Skolnick, 1997; Weisbord *et al.*, 1997).

En définitive, il est possible d’envisager que la circulation accrue d’informations sur le médicament, en échappant à la seule sphère de l’expertise médicale, a pour effet de transformer la relation entre professionnels (médecins et pharmaciens notamment) et patients, dorénavant détenteurs d’une expertise profane plus extensive en ce qui a trait au

médicament. On peut également penser que cette circulation de masse puisse contribuer à une certaine distanciation du profane face à l'expertise professionnelle, qui se manifeste ou bien par une « attrition » du rôle du médecin, désormais considéré essentiellement comme prescripteur, ou intermédiaire obligé entre le médicament prescrit et le patient, ou bien par certaines pratiques d'automédication. La circulation accélérée des savoirs soulève ainsi toute la question de la transformation du rapport entre profanes et experts, patients et professionnels de la santé, bref, la transformation de la relation thérapeutique elle-même (Collin, 1999; Collin *et al.*, 1999).

#### **1.4. Propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser**

**En guise de conclusion, nous suggérons au Commissaire de :**

- 1. Favoriser le développement d'études qui se fondent sur des méthodologies de type qualitatif.** Jusqu'ici, les études sur l'utilisation des médicaments se sont largement fondées sur l'épidémiologie et la pharmacoéconomie, se basant ainsi sur les méthodologies quantitatives. Compte tenu de l'élargissement et de la complexification de la définition de l'usage optimal, notamment par la prise en compte des notions de valeurs et de cultures, et de certaines oppositions entre les bienfaits et les risques pour la santé, les analyses sociales de type qualitatif s'imposent pour explorer et approfondir nos connaissances issues des études quantitatives.
- 2. Favoriser le développement d'études de terrain par l'observation et l'analyse qualitative de cas locaux différenciés selon les milieux socioéconomiques.** Les études recensées s'intéressant au mésusage des médicaments sont généralement des études quantitatives descriptives à grande échelle. Bien qu'intéressantes, elles ne permettent pas de cerner les problèmes de mésusage qui sont posés localement ni de rendre compte de l'ancrage socioculturel de ces problèmes. Or, avec la formation des groupes universitaires de médecine familiale (UMF) et la mise en place de suivis systématiques de clientèles dans les établissements, il devient possible de procéder à des études ciblées auprès de clientèles et bien ancrées localement. Nous croyons qu'il serait intéressant de profiter de ces nouvelles infrastructures pour produire des études à visée locale.
- 3. Favoriser l'implantation de processus d'évaluation qualitatif des programmes de gestion intégrée de la médication et des soins (Moxxi, SIPA, etc.).** Les programmes de gestion intégrée et de prescription informatisée ou tout autre mécanisme permettant une coordination et un suivi des dossiers médicamenteux des patients semblent permettre de réduire la prescription non optimale; ils s'implantent dans des cultures professionnelles et institutionnelles spécifiques, visent la collaboration entre institutions et entre professions et requièrent des modifications dans l'organisation des tâches, les responsabilités et les cultures professionnelles des

différents acteurs. Il nous apparaît important de prendre en compte ces dimensions dans l'évaluation de façon à déterminer les obstacles, les contraintes et les éléments facilitant l'implantation de ces programmes.

4. **Favoriser le développement de recherches sur la nature et la validité des informations sur les médicaments largement diffusées au public au moyen des médias de masse (presse, Internet, télévision, etc.) ainsi que sur les sources d'influence que constitue, par exemple, la publicité directe auprès des patients.** Il s'avère en effet que l'information véhiculée par les médias de masse constitue de plus en plus une source d'influence sur les pratiques de consommation des médicaments et sur les attitudes face à la prise de médicaments. Il devient impératif de mieux évaluer les contenus, leur validité, notamment.



## **PARTIE 2**

### **MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE**

#### **2.1 Quelques repères statistiques**

Au Québec, tout comme dans la plupart des pays occidentaux, la forte consommation de médicaments psychotropes ainsi que l'élargissement continu du registre de leur utilisation soulèvent nombre de questions. S'il est impossible de résumer en quelques lignes tout un ensemble des travaux épidémiologiques, quelques balises peuvent néanmoins brièvement être posées.

De manière générale, en 1998 et en 2001, chez les adhérents à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les prestataires de la sécurité du revenu et les prestataires d'assistance emploi, le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes – regroupant pour cette étude les anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, antidépresseurs et tranquillisants majeurs – occupe la première place parmi tous les médicaments (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003). Dans son rapport, le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec (Montmarquette, 2001) précise que, de 1997 à 2000, la dépense absorbée par le régime public d'assurance médicaments pour la catégorie des médicaments psychotropes a progressé de 69,6 millions à 150 millions de dollars. Cette hausse de 115 %, qui peut dépendre autant du nombre que du coût des nouveaux médicaments, fait des médicaments psychotropes une des catégories coûteuses.

De telles tendances se confirment auprès de populations de tout âge : les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Ainsi, le nombre d'ordonnances de psychotropes aux mineurs est en progression constante dans tous les milieux nord-américains (Gadow, 1997; Siméon *et al.*, 1995; Vitiello et Jensen, 1997). Le phénomène atteint une telle ampleur que, selon Zito (*et al.*, 2003), les taux d'utilisation de ces molécules auprès des mineurs ont pratiquement rejoint ceux des adultes. Ces auteurs rapportent que, entre 1987 et 1996, le nombre de prescriptions aux jeunes de moins de 20 ans s'est accru de 4 à 10 fois pour les antidépresseurs, de 36 à 153 fois pour la clonidine (un agoniste  $\alpha_2$ ) et de 3 à 7 fois pour les psychostimulants.

Selon une étude américaine récente et de grande envergure (Martin *et al.*, 2003) chez les mineurs, le premier motif de psycho-pharmacothérapie est un diagnostic de comportement perturbateur (trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité – TDAH ci-après –, trouble oppositionnel et trouble des conduites). Chez les jeunes, ce sont les garçons qui consomment le plus de médicaments (70 %). Les classes de médicaments les plus prescrites sont, en ordre décroissant : les psychostimulants (48 %

des ordonnances) et les antidépresseurs (24 %). L'arrivée des antipsychotiques atypiques, et plus spécifiquement du risperidone, tend toutefois à modifier cet ordre dans les milieux institutionnels hébergeant une population plus lourde (Pappadopoulos *et al.*, 2003; Schur *et al.*, 2003).

Chez les assurés du régime public québécois, selon la RAMQ, 1,9 % des jeunes de 19 ans et moins avaient en juin 2000 une ordonnance active de médicaments psychotropes (ici définis comme regroupant les antidépresseurs et les tranquillisants majeurs) et d'anxiolytiques. Il est à noter que cette statistique ne tient pas compte des ordonnances de psychostimulants. Or, dans la plupart des rapports, la prescription de méthylphénidate aux enfants est présentée comme un phénomène particulièrement inquiétant. Ce nombre d'ordonnances est passé d'environ 68 000 en 1993 à 215 000 en 1999 (Collège des médecins et Ordre des psychologues du Québec, 2001). Le rapport du CRUM (2001) sur l'étude des psychostimulants montre que la prévalence de leur usage est passée de 2,1 % en 1995 à 3,2 % en 1999 chez les prestataires d'assistance emploi. Chez les adhérents, la prévalence est passée de 1,9 % en 1997 à 2,3 % en 1999. Entre 1995 et 1999, on observe également une hausse de l'âge pour la plus forte prévalence de cet usage de stimulants qui passe de 8 ans à 10 ans.

Chez les personnes adultes, les médicaments psychotropes sont devenus le traitement de choix de la « dépression ». Au Canada, l'utilisation d'antidépresseurs a bondi de 325 % entre 1981 et 2000. Le nombre des prescriptions au Canada est passé de 3,2 millions à 14,5 millions, alors que la population du Canada n'a augmenté que de 1 % au cours de la même période. En 1995, la dépression était la quatrième cause de consultation d'un médecin; elle est passée à la deuxième position en 2000, derrière l'hypertension artérielle. Les dépenses en antidépresseurs sont passées de 31,4 millions de dollars à 543,4 millions au cours des 20 dernières années. Selon certaines projections, ces dépenses atteindront 1,2 milliard pour l'achat d'antidépresseurs en 2005, au coût de 50 \$ par prescription (Hemels *et al.*, 2002). Toujours au Canada, en 2003, la dépression devenait le diagnostic connaissant la croissance la plus rapide chez les médecins exerçant en cabinet privé. En effet, de 1995 à 2003, les consultations se concluant par un diagnostic de dépression ont augmenté de plus de 60 %, ce qui correspond à une hausse moyenne de 13 % par année (IMS-Health, 2003). On y retrouvait surtout des femmes et des sujets âgés de 40 à 64 ans, ces deux groupes représentant 57 % du total des consultations en cabinet privé pour dépression en 2003. Trois ans plus tôt, IMS Health (2000) avait observé qu'environ 67 % des consultations pour dépression étaient faites auprès de généralistes et de médecins de famille (IMS Health, 2000). Parmi les médicaments les plus prescrits selon les données de pharmacies de détail, la progression de la nouvelle génération d'antidépresseurs (ISRS) est considérable. En 2001, parmi les trois ISRS les mieux classés, Paxil occupait la 10<sup>e</sup> position, Effexor la 25<sup>e</sup> et Celexa la 31<sup>e</sup>. En 2003, les trois ISRS avancent dans les positions : le Paxil occupe la 9<sup>e</sup> position, Effexor passe à la 8<sup>e</sup> et Celexa se hisse à la 14<sup>e</sup> position.

Le cas des personnes âgées a généré suffisamment d'études pour qu'un état des lieux concernant les statistiques d'utilisation puisse être établi (Tamblyn, 1996). Ainsi, une étude québécoise (Tamblyn *et al.*, 1994) se basant sur les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec rapporte que 51 % des femmes âgées de plus de 60 ans contre 33 % des hommes du même groupe d'âge ont présenté au moins une prescription en pharmacie pour un médicament psychotrope au cours de la période étudiée. Par ailleurs, 31 % des personnes âgées qui consomment des psychotropes peuvent être considérées comme utilisatrices chroniques. Les taux sont évidemment assez élevés chez les sujets vivant en institution. Il n'en demeure pas moins que près de 17 % des hommes âgés et 27 % des femmes âgées vivant à domicile au Québec consommeraient des médicaments psychotropes. Parmi ces personnes non institutionnalisées, la consommation de benzodiazépines pour une période dépassant 12 mois consécutifs se retrouve chez 20 % des sujets (Egan *et al.*, 2000) et elle progresse de manière quasi linéaire avec l'âge.

Bref, dans tous les groupes d'âge, les épidémiologistes ont observé des taux de prévalence préoccupants (allant d'au moins 1,9 % chez les jeunes de moins de 19 ans – auxquels il faudrait ajouter de 2 à 3 % de consommateurs de méthylphénidate – à près de 60 % chez les personnes âgées) et une tendance à la hausse se traduisant par des augmentations de 300 % sur des périodes de 10 ans (chez les jeunes) à 20 ans (chez les adultes). Par ailleurs, des enquêtes de Julia Zito (*et al.*, 1998) ont révélé d'importantes variations dans les pratiques américaines. En effet, les taux de prescription fluctuent beaucoup d'un État à l'autre et d'une région à l'autre. Une telle analyse a été produite au Québec, ce qui permet de s'intéresser aux facteurs sociaux et culturels associés à ces pratiques. En effet, une étude du CRUM (2001), a permis de confirmer qu'il y avait eu une augmentation de la prévalence de l'utilisation de stimulants chez les jeunes de 18 ans ou moins au Québec de 1995 à 1999, ainsi que des variations entre régions sociosanitaires, Montréal-Centre ayant le taux de prévalence le plus faible.

## **2.2 La réflexion gouvernementale en matière de psychotropes : deux corpus**

Jusqu'à présent, dans les textes des organismes gouvernementaux et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la question des médicaments psychotropes semble avoir surtout été abordée sous deux angles bien distincts. D'une part, il est possible de regrouper les textes relatifs à la Politique de santé mentale et à la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1989; MSSS, 1992; MSSS, 1998) et, de l'autre, les documents rédigés dans le cadre de la lutte à la toxicomanie (MSSS, 2001, Comité permanent de lutte contre la toxicomanie, 2003).

Les orientations et les moyens d'action retenus dans la Politique de santé mentale de 1989 ne mentionnent pas spécifiquement les médicaments psychotropes. Les orientations y définissent un cadre d'action très large et multidisciplinaire visant à assurer la primauté de la personne, accroître la qualité des services, favoriser l'équité dans l'accès aux services,

rechercher d'abord et avant tout des solutions dans le milieu de vie et consolider les partenariats entre les différents acteurs.

Dans La politique de la santé et du bien-être de 1992, la santé mentale est définie comme un phénomène dynamique, résultant de facteurs multiples et interdépendants tels que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Les déterminants de la santé et du bien-être sont répartis en six groupes : les facteurs biologiques, les habitudes de vie et comportements reliés à la santé, les milieux de vie, l'environnement physique, les conditions de vie et le système de services. Dans le chapitre sur l'adaptation sociale, les médicaments psychotropes sont présentés comme une substance à surveiller pour certaines populations. S'inspirant des données de l'enquête Santé Québec de 1987, on y rappelle que la consommation de médicaments psychotropes (regroupant ici les anxiolytiques et hypnotiques) est presque deux fois plus élevée chez les femmes. Cette politique de 1992 se donnait dix ans pour réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours.

Dans un second corpus, l'accent est mis surtout sur le qualificatif « psychotrope », ce qui vient permettre une association de cette classe de médicaments au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites. Ainsi, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte contre la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. C'est à l'intérieur de ce cadre conceptuel (habitudes de consommation, interaction avec d'autres substances et risques de toxicomanie) qu'il aborde la question des médicaments psychotropes.

Pour leur part, les auteurs de *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations – Axes d'intervention – Actions* (MSSS, 2001) parlent de « groupes à risque » lorsqu'ils rappellent que la plus forte proportion des consommateurs se trouve au sein de la population féminine, notamment les aînées. Sous cet angle, les benzodiazépines deviennent une substance à utiliser avec prudence. Toutefois, une préoccupation nouvelle apparaît : la prescription de médicaments psychotropes (comme le méthylphénidate, ou Ritalin) aux enfants devient un phénomène tout particulièrement inquiétant. Dans ce texte, pour contrer les risques de pharmacodépendance, diverses stratégies d'action sont proposées : a) développer la capacité des individus à faire des choix éclairés en matière de substances psychotropes et à en gérer les risques; b) poursuivre et intensifier la formation continue offerte aux médecins afin qu'ils améliorent leurs pratiques de prescription de médicaments psychotropes, principalement les benzodiazépines; c) poursuivre l'évaluation des pratiques de prescription afin que soient sensibilisés les médecins qui prescrivent une quantité anormale de médicaments psychotropes; d) sensibiliser les pharmaciens et pharmaciennes pour qu'une information écrite et verbale sur la pharmacodépendance soit donnée aux personnes à qui sont fournis des médicaments psychotropes prescrits; et e) en ce qui a trait aux prescriptions de

méthylphénidate (Ritalin), entreprendre des démarches auprès des associations ou des ordres professionnels et des milieux concernés par le phénomène afin que soient définies et diffusées des lignes directrices.

Cette association « psychotrope illicite-psychotrope prescrit » a fait en sorte que, depuis cinq ans, le TDAH et les psychostimulants, associés aux amphétamines, ont fait l'objet d'une attention toute particulière. En 2000, le Comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central (SSNC) énonçait un certain nombre de principes, dont ceux-ci : a) diverses mesures de soutien appropriées à l'inattention et l'hyperactivité devraient être envisagées; b) le recours à la médication ne devrait être envisagé que dans le cadre d'une procédure d'évaluation multidisciplinaire afin de s'assurer que tous les aspects de la situation ont été pris en considération; c) l'intervention devrait être réalisée dans le cadre d'une approche multimodale, c'est-à-dire une approche qui prévoit diverses mesures de soutien selon la situation; et d) les aspects pédagogiques, comportementaux, psychologiques et sociaux devraient faire l'objet d'une attention constante et être vus comme des facteurs de mobilisation de l'entourage et des facteurs de réussite.

En 2001, le Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec ont proposé leurs *Lignes directrices* pour l'évaluation et l'intervention auprès des enfants inattentifs et agités. Il y est stipulé que : a) dans tous les cas, la décision d'introduire un psychostimulant doit être individualisée en fonction de l'ensemble des symptômes et de l'acceptation de la médication par les parents; et b) que la prescription de médication doit être présentée comme une décision ne devant pas se substituer aux autres mesures susceptibles d'aider l'enfant ou l'adolescent, notamment l'aide éducative ou orthopédagogique, la modification d'un environnement néfaste ou l'arrêt d'une situation qui compromet son bien-être.

Bref, à notre connaissance, les prescriptions de médicaments psychotropes aux prestataires de l'aide sociale, de méthylphénidate aux enfants, d'antidépresseurs aux femmes et de benzodiazépines aux personnes âgées ont été maintes fois portées à l'attention du MSSS. Dans la plupart des cas, l'ampleur du phénomène a mené à la proposition de mesures visant à en réduire l'importance. Seule la consommation d'antidépresseurs par les adultes, les femmes en particulier, paraît avoir échappé à cet ensemble de propositions et recommandations.

### **2.3 Un accroissement qui ne semble pas vouloir ralentir**

Treize ans après que la Politique de la santé et du bien-être de 1992 se soit donné pour objectif de réduire la consommation de médicaments psychotropes chez certaines populations, il semble que les ordonnances de médicaments psychotropes ne cessent de se multiplier et de se complexifier. Différents indices suggèrent que les invitations à prescrire de façon parcimonieuse et à l'intérieur d'un traitement multimodal et multidisciplinaire, qui ponctuent les textes provenant du MSSS ou qui lui ont été soumis,

ne trouvent pas toujours leurs voies d'application dans les milieux de pratique. En outre, de nouvelles tendances apparaissent :

*Un recours de plus en plus précoce chez les jeunes.* Il est maintenant reconnu en Amérique du Nord que l'âge moyen des jeunes consommateurs tend à diminuer. Zito et ses collaborateurs ont été parmi les premiers à évoquer une augmentation « dramatique » (2000 ; p. 1069) des ordonnances faites aux enfants d'âge préscolaire aux États-Unis (Greenhill, 1998 ; Gupta, 2000 ; Miller, 2000).

*Une hausse des prescriptions concomitantes.* Parallèlement à l'augmentation de la prévalence d'utilisation de la plupart des molécules, les prescriptions concomitantes ou les combinaisons de plusieurs médicaments psychotropes (ex. : antidépresseurs et psychostimulants ou antidépresseurs et anxiolytiques) sont en pleine « émergence » (Wilens, Spencer, Biederman, Wozniak et Connor, 1995; Wilens, Spencer, Swanson, Connor et Cantwell, 1999). Dans les revues scientifiques et les guides de pratique, cette stratégie est souvent motivée par la notion de comorbidité. Or, la polyprescription ne fait pas l'unanimité dans les milieux médicaux si l'on se fie au nombre de commentaires et de lettres aux éditeurs publiés à ce sujet (ex. : Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry : lettres aux éditeurs en décembre 1995, janvier 1996 et janvier 1997; Debate Forum en mai 1999).

*Une tendance à la chronicisation de l'usage chez les plus vieux.* Chez les personnes âgées, les taux de consommation sont doublement préoccupants, car l'utilisation du médicament s'échelonne sur de nombreuses années. Cette chronicité dans l'usage a été bien documentée, en particulier en ce qui a trait aux tranquillisants ou anxiolytiques sur le marché depuis les années 60 (Gabe, 1991). La définition du long terme varie selon les chercheurs, allant d'une consommation quotidienne de 30 jours ou plus à une consommation régulière d'un an ou plus (Ettorre *et al.*, 1994). Tamblyn *et al.* (1994) ont estimé que 36 % des personnes âgées du Québec avaient fait usage d'anxiolytiques pendant plus de 30 jours consécutifs (moyenne de 141 jours) et pouvaient être considérées comme utilisatrices chroniques de psychotropes. Lorsqu'on examine de plus près les durées de consommation des tranquillisants selon l'âge, on remarque qu'elle progresse de manière quasiment linéaire à mesure que l'âge augmente. On remarque que chez les personnes âgées québécoises, plus des trois quarts des consommateurs les utilisent à long terme (1 an ou plus) et que près de 60 % les utilisent à très long terme (3 ans ou plus) (ECCADD, 1994). Pourtant, le consensus scientifique concernant les anxiolytiques et hypnotiques est que la prescription est limitée dans le temps (de deux semaines à un mois) et à certaines situations très spécifiques, comme des crises d'anxiété aiguës, ou temporairement à la suite de situations de crise (Conseil consultatif de pharmacologie, 1992).

*Dans certains milieux institutionnels, des taux de prescription particulièrement élevés.* Au Québec, 36,6 % des jeunes de 6 à 18 ans fréquentant les centres jeunesse de la banlieue montréalaise recevaient une médication psychotrope en 2001-2002 (Lafortune et

Laurier, 2005; Lafortune, Laurier et Gagnon, 2004). Les centres jeunesse sont des milieux institutionnels hébergeant une population de mineurs, souvent captive, reconnue comme ayant des problèmes « d'inadaptation sociale ». Les médecins prescripteurs y assument généralement le rôle de consultants occasionnels et extérieurs, le contexte de la prescription étant le plus souvent modulé par la demande des intervenants ou des proches.

## **2.4 Pourquoi cet accroissement incessant ? Les paramètres d'une problématique plus large**

Comment comprendre cet accroissement incessant des prescriptions de médicaments psychotropes ? Provient-il d'une meilleure détection des problèmes de santé mentale ou de la mise en marché de meilleurs médicaments, plus efficaces et mieux tolérés ? D'une redéfinition des problèmes de santé mentale en fonction de nouveaux « paramètres de connaissances » (NAMHC Workgroup, 2001) ou du besoin de combler l'absence d'autres actions thérapeutiques et sociales ? D'une analyse économique des services de santé mentale et d'une volonté d'efficacité ou d'une redéfinition des frontières entre le normal et le pathologique ? Finalement, quels sont les enjeux éthiques que soulève l'écart important souvent repéré entre la pratique et l'état des connaissances nécessaires à une prescription avertie (Vitiello *et al.*, 1999; Hirtz *et al.*, 2002; Sparks, 2002)? Autant de questions qui n'ont été, somme toute, qu'assez peu fouillées jusqu'ici.

Trois paramètres nous paraissent pouvoir définir une problématique plus large du recours aux médicaments psychotropes : a) l'ambiguïté des repères diagnostiques et la tendance à dissocier le recours aux médicaments psychotropes de l'attribution d'un diagnostic de trouble avéré; b) la complexité croissante des suivis et des prises en charge; et c) le possible décalage entre la réflexion gouvernementale, telle qu'elle été énoncée à ce jour, et la percée fulgurante des neurosciences en psychiatrie et dans la société en général.

### **2.4.1 Problèmes de santé mentale et psychotropes : les deux paramètres d'une même équation ?**

L'association entre la santé mentale et la consommation de médicaments psychotropes a fait l'objet de plusieurs études (Ankri *et al.*, à paraître). La plupart rapportent un lien statistiquement significatif entre les deux variables, bien que la force du lien constaté soit très variable d'une étude à l'autre (Allard *et al.*, 1995; Gustafsson *et al.*, 1996; Dealberto *et al.*, 1997; Paterniti *et al.*, 1998). Si le sens et la force de la relation entre santé mentale et psychotropes sont difficiles à établir, c'est donc parce qu'il faut envisager la relative autonomie de ces deux phénomènes. Cette non-correspondance témoigne certes des pratiques de prescription des médecins. Elle relève ainsi, en partie du moins, des motifs qui sous-tendent la décision de prescrire et, ce faisant, de la dynamique d'interaction qui se déroule dans le cabinet du médecin prescripteur (Collin *et al.* 1999; Collin, 1999). Mais elle est également tributaire des motifs qui, dans le quotidien des consommateurs, soutiennent leur recours aux psychotropes.

*L'ambiguïté des repères diagnostiques.* Il est couramment admis que toute la démarche nosographique nord-américaine récente, ayant conduit à la publication des manuels DSM- I, II, III et IV, est largement motivée par la recherche d'un accord inter-juge (c'est-à-dire d'un consensus entre deux ou plusieurs évaluateurs) et d'une validité accrue. Or, par leur nature intangible et leur caractère difficilement réductible à des catégories naturelles, identifiables par des marqueurs biologiques, les « troubles mentaux » ne peuvent être associés à des maladies. Tout un pan de la littérature psychiatrique et psychodiagnostique tente en fait d'aborder l'épineuse question des « faux positifs » (un diagnostic attribué sans fondement clinique) et des « faux négatifs » (un diagnostic non attribué mais qui aurait dû l'être).

Un exemple parmi tant d'autres : il est devenu classique de dire que le TDAH pose d'importantes difficultés diagnostiques, ce qui en fait un sujet de controverse. En effet, les critères diagnostiques pour ce trouble diffèrent dans les deux plus importantes classifications psychiatriques, soit le DSM-IV et la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'OMS). Bien souvent, les comportements des enfants diagnostiqués TDAH comparativement aux enfants non diagnostiqués diffèrent uniquement en termes de fréquence et d'intensité. De plus, distinguer chez l'enfant le développement normal du développement pathologique ou des difficultés temporaires et réactionnelles est particulièrement difficile et risqué.

Ce propos pourrait s'appliquer tout aussi bien au « spectre » des troubles de l'humeur, allant du trouble d'adaptation avec humeur dépressive au trouble dysthymique, en passant par le trouble dépressif bref et récurrent ou la dépression majeure. Les problèmes liés à l'ambiguïté diagnostique de la dépression (Kirk, et Kutchins, 1992; 1997) ne sont pas sans rapport avec l'augmentation de la prescription d'antidépresseurs, qui se présentent de plus en plus comme des médicaments polyvalents. Le syndrome dépressif recouvre en effet un ensemble hétérogène de symptômes (inhibition de l'action, anxiété, sentiment de vide, fatigue, insomnie, etc.) se traduisant en dernier lieu par une « panne du fonctionnement » de la personne. S'il semble impossible de s'entendre sur ce que le terme « dépression » signifie aujourd'hui, cela n'empêche pas plusieurs d'affirmer que les antidépresseurs la soignent de mieux en mieux et de constater que ceux-ci étendent leur registre d'utilisation à des états dits « subsyndromiques » et à d'autres « troubles mentaux » (phobie sociale, anxiété, etc.) (Otero, 2003c; Widlöcher, 1997).

En somme, il existe, pour tout un ensemble de conditions qualifiées de troubles mentaux, un continuum de détresse et d'inadaptation, allant de léger à sévère, qui prête flanc à de très nombreuses approximations.

*Du côté des consommateurs, un moyen pour affronter des expériences de vie difficiles.* Le plus souvent, les études scrutant les facteurs associés à la consommation de médicaments psychotropes partent du postulat de problèmes psychologiques préexistants. On invoque la diminution du bien-être psychologique, voire l'apparition d'une détresse se manifestant notamment par l'anxiété et l'insomnie. Or, chez les personnes âgées, par exemple, ces

changements seraient généralement liés à un événement déclencheur (perte du conjoint ou d'un proche, perte de la maîtrise des événements familiaux ou extérieurs, crainte des cambriolages, des agressions, etc.) (Dupré-Lévêque, 1998).

Toujours du côté des personnes âgées, d'autres facteurs ont par ailleurs également été associés au phénomène. Les consommateurs de psychotropes seraient, plus souvent que les non-consommateurs, atteints de problèmes de santé physique (Weyerer et Dilling, 1991). En outre, plusieurs auteurs ont suggéré un lien entre l'isolement, le manque de soutien social et la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées, (Mishara et McKim, 1989). Les consommateurs de psychotropes auraient tendance à éprouver un sentiment d'isolement (Gustafsson *et al.*, 1996) et d'insatisfaction relativement au soutien social qui leur est offert (Eve et Friedsam, 1981). À l'inverse, la qualité des relations qu'entretient la personne âgée avec ses proches, en influant sur son bien-être psychologique, serait un prédicteur de la non-utilisation de médicaments psychotropes (Allard *et al.*, 1995). Certains chercheurs avancent même que la satisfaction dans la vie conférerait aux personnes âgées une protection contre l'usage des psychotropes (Larose, 1996).

Chez les adultes, les médicaments psychotropes, tout particulièrement les antidépresseurs, sont désormais censés contribuer au renforcement de la capacité des sujets à s'adapter aux nouvelles exigences normatives qui définissent l'individualité contemporaine, à savoir : responsabilité individuelle, capacité de prendre des initiatives et autonomie. Aujourd'hui, une part significative des tensions et des conflits sociaux est codée en une série des thèmes « psychologiques » très divers (crise de la subjectivité, mal-être identitaire, manque de compétences psychosociales adaptées, absence de projet de vie, perte d'autonomie, fatigue, apathie, hyperactivité, panne de l'activité, troubles de l'humeur et de l'attention, etc.) qui signalent une faille sur le plan de l'exercice de l'individualité et qui, de ce fait, invitent à l'intervention « en santé mentale » et la rendent légitime (Otero, 2003a).

Bref, il nous semble que les catégories nosographiques de la psychiatrie réussissent efficacement à articuler dans un ensemble cohérent, qu'on appelle « syndrome », un nombre significatif de ces « thèmes » et de ces expériences éprouvantes qui, dans le langage psychiatrique, sont codés comme des « symptômes ».

*Du côté des médecins : des prescriptions de plus en plus dissociées des diagnostics avérés.* Dans le champ de la pharmacoprescription, chaque classe de molécules a ses indications principales et secondaires. Ainsi, les signes et symptômes d'hyperactivité, d'agressivité, de dépression ou d'anxiété amènent le clinicien à se poser la question du « potentiel de réponse pharmacologique » (Walkup, 1995).

Il y a plus de dix ans, les pharmaco-épidémiologistes ont observé une relative autonomie entre les diagnostics principaux et la consommation de médicaments : de 42 % à 75 % des gens ayant reçu une prescription de psychotropes ne présentaient pas de morbidité psychiatrique manifeste ou d'indication médicale fondée (Aparasu *et al.*, 1998 ; Tamblyn,

1996). Selon Connor (2002), deux logiques se sont progressivement mises en place quant au recours à la médication psychotrope : à l'approche traditionnelle fondée sur le diagnostic principal (*primary illness approach*) s'est ajoutée une approche par symptômes cibles (*target symptom*). Cette deuxième stratégie cible des symptômes spécifiques, peu importe le diagnostic psychiatrique principal, de telle sorte que la notion de « prescription *hors indication principale* » (*off label*) devient un peu obsolète. En effet, le prescripteur passe alors d'une logique syndromique à une logique symptomatologique et dimensionnelle (incluant donc des seuils de sévérité ou *cut-off points*). Selon Vitiello (*et al.*, 1999), ce paradigme rend compte de 80 % des prescriptions faites aux enfants et adolescents. Le National Institute of Mental Health favorise l'étude « de symptômes non spécifiques qui sont souvent la cible d'une gestion psychopharmacologique » — par exemple, pour les enfants, l'agression et les problèmes de sommeil.

Si certains problèmes de santé mentale sont sous-diagnostiqués (ex. : dépression des aînés ou les jeunes suicidaires) et donc sous-traités, nombre de consommateurs ne présentent pas d'évidence de morbidité psychiatrique ou d'indication médicale fondée lors de la prescription de psychotropes. Ainsi, en ce qui concerne les personnes âgées, si la première prescription est souvent liée à des événements de vie difficiles (deuil, retraite, maladie, etc.), les motifs de renouvellement de prescription et de maintien de la consommation sur de très longues périodes sont d'un autre ordre : banalisation du recours, dépendance, moyens d'affronter les difficultés de la vie quotidienne du côté des personnes âgées, compassion du côté des médecins, etc. (Collin *et al.*, 1999; Collin, 2001). On peut présumer que cette logique de dissociation « prescription initiale justifiée – renouvellement de prescription banalisé » est valable également pour d'autres catégories de consommateurs, notamment les adultes.

#### 2.4.2 La complexité des prises en charge ou des suivis

Les questions du jugement professionnel et de la décision clinique sont complexes (Dowie et Elstein, 1988; Eisenberg, 1986). Rappelons que tout décideur est appelé à faire des choix dans un contexte de rationalité limité et d'incertitude relative (Arkes, 1981; Meehl, 1960). Des efforts sont faits pour soutenir la décision des praticiens et établir le périmètre à l'intérieur duquel devrait s'exercer leur jugement clinique. Ils se concrétisent par la publication d'articles scientifiques, de méta-analyses, de paramètres de pratique et de lignes directrices qui structurent le pouvoir discrétionnaire des cliniciens, tout en demeurant relativement larges. Ainsi, par rapport au TDAH, les paramètres de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1997a) recommandent que l'évaluation initiale comporte : un entretien avec l'enfant et les parents, un contact avec le personnel de l'école, des échelles d'observation, une évaluation intellectuelle ou neuropsychologique et un examen physique complet. Or, dans les faits, seulement 19 % des psychiatres américains suivent effectivement toutes ces recommandations avant de prescrire (Zarin, 1998). Comment cela se fait-il ? Ne s'agit-il

pas là d'un signe indiquant que d'autres éléments interviennent dans la décision du prescripteur ?

*Des partenariats (qui demeurent) insuffisants.* Pour toutes les populations pour qui il faudrait intervenir dans un contexte multimodal et multidisciplinaire, malgré certaines avancées, des progrès restent à faire sur le plan de la concertation. L'exemple des jeunes hébergés dans les centres jeunesse est tout à fait révélateur : l'adoption d'un protocole d'intervention en matière de risques suicidaires n'assure en rien la « rencontre des cultures professionnelles » qui l'accompagne (Lafortune, Deslauriers-Varin, Bouchard, 2003). D'autre part, on perçoit peu de concertation réelle entre les divers professionnels travaillant auprès des personnes âgées (médecins, infirmières, pharmaciens) pour diminuer la consommation de psychotropes jugée non nécessaire. Ainsi, malgré l'élimination fréquente de benzodiazépines, considérés comme inutiles lors d'une hospitalisation, ces médicaments sont fréquemment réintroduits au retour à la maison. Les efforts consentis pour contrer la discontinuité des soins chez ce groupe de la population n'existent en outre que dans certaines régions, dont Laval, et requièrent une étude attentive et plus près du terrain.

*Les contingences inhérentes aux contextes « réels » de pratique.* Des différences importantes se creusent entre les conditions d'étude d'un médicament (sujets sélectionnés, prescripteur ayant une expertise, contexte universitaire, etc.) et les conditions pratiques dans lesquelles ce médicament sera quotidiennement prescrit et devra démontrer son utilité effective (*efficacy versus effectiveness; best practices versus real practices*). Le problème soulevé est celui de la validité externe des recherches scientifiques et de la généralisation des résultats vers des contextes plus larges, naturels et complexes. Ainsi, une prescription jugée adéquate en regard des critères d'efficacité pharmacologique peut ne pas répondre à certaines contingences inhérentes à l'organisation de la prise en charge clinique. Et, à l'inverse, une prescription jugée inadéquate sur le plan pharmacologique peut être soutenue par des contingences contextuelles et à la réalité du terrain.

*Des pressions venant des tiers payeurs et d'une exigence d'efficience.* Nous entendons par efficience la capacité d'obtenir les résultats désirés avec un minimum de ressources. Ainsi, la notion d'efficience est, à toutes fins utiles, une notion relative : on comparera toujours l'efficience de deux (ou plus) interventions ou programmes entre eux (Latimer, 2004). Les « tiers payeurs » des soins et médicaments (ministères de la santé ou compagnies d'assurance) surveillent depuis longtemps le déroulement des systèmes de soins. Au cours des récentes années, leur influence s'est graduellement accrue. Une première initiative de nombreux gouvernements, y compris celui du Québec, a été de créer des conseils d'évaluation des technologies de la santé qui incluent toujours dans leur évaluation une analyse des coûts économiques. Parallèlement, les compagnies d'assurance, en particulier aux États-Unis, ont opté pour la gestion des soins (*managed care*) qui tend à restreindre l'accès à divers services, y compris la psychothérapie, consentie pour des périodes limitées. Les agents payeurs sont de plus en plus au courant

de la pratique fondée sur les données probantes, et leurs experts examinent de près les diverses méta-analyses publiées. Il est possible que les agents payeurs, autant publics que privés, deviennent plus intrusifs et utilisent les méta-analyses pour refuser de payer certains types de traitements non pharmacologiques qu'ils jugeraient trop peu efficaces (Saucier, 2004).

*La responsabilité professionnelle.* Des études font également état de l'importance des pressions sur les prescripteurs : l'exclusivité de l'acte professionnel de prescrire, les responsabilités déontologiques d'évaluer les situations de dangerosité, les pressions de la famille, des intervenants non médecins, les listes d'attente, la non-disponibilité de ressources et de services non pharmacologiques, les traditions et les procédures locales, ainsi que les affiliations institutionnelles (Manning *et al.*, 1984 ; Pineault, 1986). Dans ces milieux, la pharmacoprescription est souvent envisagée comme une intervention active, incisive ou percutante, « provoquant quelque chose » et attestant qu'une action a été entreprise.

*Les effets collatéraux de la désinstitutionnalisation.* Selon Montmarquette (2001), le mouvement du « virage ambulatoire » qui s'est poursuivi depuis 1997 a favorisé l'utilisation de médicaments jusqu'à récemment réservés au milieu hospitalier. Le retour précoce à domicile à la suite d'une hospitalisation, la désinstitutionnalisation et le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie, ajoutent une pression supplémentaire sur le coût des régimes d'assurance médicaments tant publics que privés, au profit des soins dans la communauté. De manière plus générale, tant auprès des personnes âgées que des enfants à risques d'inadaptation sociale, une question se pose alors avec insistance : le recours aux médicaments psychotropes vient-il se substituer à la mise en place d'interventions psychosociales nécessitant plus de ressources humaines ?

### 2.4.3 La notion de santé mentale en cette ère des neurosciences

Les angles dominants pour aborder le médicament psychotrope que nous croyons avoir dégagés des documents du MSSS – tantôt une manifestation d'inadaptation sociale, abordée dans un modèle centré sur la personne et préconisant une définition très large et dynamique de la santé mentale, tantôt une substance psychotrope qui risque de susciter de mauvaises habitudes de consommation, voire une pharmacodépendance chez certains sous-groupes – contrastent d'une certaine façon avec la montée des neurosciences et l'orientation dans une direction plus biomédicale d'une grande partie des travaux sur les troubles mentaux.

*Neurosciences et corps médical.* L'essor de la génétique, l'émergence des neurosciences, la mise au point de nouvelles méthodes d'imagerie cérébrale, la parution des *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM III, IV, bientôt V), la redéfinition et la multiplication d'entités nosographiques ont profondément modifié les conceptions et pratiques en santé mentale et ce, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des milieux médicaux (Ehrenberg et Lovell, 2001; Kirk et Kuchins, 1992). Tel que le mentionne le *Blueprint for Change* du National Institute of Mental Health (NAMHC Workgroup, 2001) : « *Le DSM a délimité*

*le domaine de la classification psychiatrique et, par conséquent, contrôlé le discours sur la maladie mentale, structuré les axes de recherche et établi les paramètres de connaissance, y compris de compréhension théorique, de la maladie mentale »* (p. 19). Ainsi est-il de plus en plus question de marqueurs génétiques, de neurotransmetteurs et de troubles neuropsychologiques, tels que les fonctionnements hypofrontaux ou les syndromes Gilles de la Tourette. « L'esprit neurologique », dirait Ehrenberg (2004), constitue désormais la toile de fond sur laquelle les prochains médecins risquent fort d'appréhender la détresse psychologique. Toute une réflexion reste à faire, à notre avis, sur ce que cela impliquera sur le plan des politiques et des pratiques.

*Neurosciences et société.* Au-delà du corps médical, on pourrait bien assister à une « socialisation du cerveau », c'est-à-dire à la diffusion de la certitude scientifique et sociale du fait que de nombreux dysfonctionnements sociaux ou de nombreuses demandes de performance trouvent une explication et une réponse adéquate dans le domaine du « cérébral » (Ehrenberg, 2003). On parlerait alors d'un phénomène social et culturel qui induit la consommation de produits pharmacologiques. Autrement dit, le recours aux médicaments psychotropes est socialement institué comme principale thérapeutique mentale dans de nombreuses situations que l'on définit comme des problèmes de « santé mentale ». De très nombreux comportements dysfonctionnels et demandes de performance sociale, qui sont définis comme des problèmes de « santé mentale », peuvent être interprétés comme le résultat de transformations sociales et normatives (nouvelles exigences de performance, réorganisation des cadres familiaux et de production, redéfinition des seuils de tolérance à la souffrance psychique, etc.) pour lesquelles les sociétés n'ont pas encore trouvé de réponses institutionnelles adéquates.

Dans le cas plus spécifique de la dépression, la « nouvelle psychiatrie » nous paraît aussi devoir être étudiée en la situant par rapport à de profonds changements normatifs dans les sociétés contemporaines, à savoir : l'abaissement du seuil de tolérance face aux dysfonctionnements sociaux, l'exigence d'adaptation à des logiques de fonctionnement social axées sur la performance continue (travail, études, famille, couple, sexualité, parentalité, etc.), la remise en question du rôle thérapeutique et culturel de la souffrance morale, le développement d'une sensibilité plus attentive aux dimensions corporelles (gestion optimale du fonctionnement) et psychologiques (gestion de l'humeur) dans les processus de régulation des conduites privées et publiques. C'est l'analyse conjointe des nouvelles dynamiques et normes sociales, d'une part, et des discours et des pratiques de la « nouvelle psychiatrie », d'autre part, qui permettra de mieux comprendre comment les multiples visages possibles de l'« inadaptation » cognitive, comportementale et affective se cristallisent de plus en plus autour de la figure de l'« adulte déprimé » (Otero, 2003b).

## 2.5 Médicaments psychotropes et société québécoise : des objets de travail prioritaires

- a) *Précisions sur le plan épidémiologique.* Au Québec, bien des questions épidémiologiques n'ont pas encore été abordées. Trois phénomènes déjà bien documentés aux États-Unis ont peu fait l'objet d'analyses au Québec : la tendance au rajeunissement de l'âge des consommateurs, « l'émergence » des médications concomitantes et l'analyse des variations régionales dans la prévalence des prescriptions. On ne dispose pas non plus de portraits statistiques fiables en ce qui concerne les différentes classes thérapeutiques de médicaments psychotropes. Cette lacune devrait être impérativement comblée. Mais l'essentiel de nos propositions iront dans d'autres directions.
- b) *La nécessité de mieux connaître les itinéraires de consultation thérapeutiques qui amènent des individus en détresse à consommer des médicaments psychotropes.* La méthode *récits de vie* ou celle des *calendriers d'événements de vie* n'ont été que très peu utilisées dans l'étude des médicaments psychotropes. Elles permettraient pourtant de resituer le recours au médicament psychotrope dans une séquence d'expériences, d'événements et de démarches. Autrement dit, il semble prioritaire d'examiner les enchaînements entre certains événements de vie, le moment d'apparition de la détresse subjective, les premières consultations, les changements de thérapeutes, les premières prescriptions et leur renouvellement éventuel.
- c) *La nécessité de s'intéresser à la transmission des savoirs sur le médicament psychotrope dans le corps médical.* Chaque clinicien fonctionne selon certains modèles d'évaluation et d'intervention plus ou moins explicites qu'il a édifiés à partir d'une orientation préférentielle, prise parfois dès sa formation universitaire (ex. : étude de textes fondamentaux tels que le DSM IV [American Psychiatric Association, 1994], *Essentials of clinical psychopharmacology* [Schatzberg et Nemerff, 2001] ou le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 2004), parfois au cours de sa carrière. Dans le champ du médicament psychotrope sont publiés des études de cas, des opinions, des essais, des études cliniques avec ou sans procédure de double insu, des protocoles multisites et des projets d'algorithme, c'est-à-dire une séquence très systématique, formelle, uniforme d'options et d'échéanciers, (Dunne, 1997; Pliska *et al.*, 2000). Il existe de plus des publications ayant un objectif de formation continue, telles que *Medscape* (<http://www.medscape.com>), *Journal Watch Psychiatry* (édité par la Massachusetts Medical Society) et le Réseau d'Éducation Médicale Canada. Enfin, des médecins peuvent tirer l'essentiel de leurs connaissances sur les médicaments de la documentation émanant directement de l'industrie pharmaceutique, information dont la neutralité scientifique est souvent remise en question (Orlowski et Wateska, 1992; Zarin *et al.*, 1997; Williams *et al.*, 1995).

Selon Noah (2002), il n'est pas facile de déterminer les principaux vecteurs de transfert des connaissances dans la communauté biomédicale. Au terme d'une analyse de plus de 90 pages, l'auteur conclut à un processus horizontal de transfert des connaissances, où chaque professionnel de la santé acquerrait et assimilerait des informations passablement incomplètes et conflictuelles, lui parvenant quasi quotidiennement par divers canaux. Il nous paraît donc prioritaire d'étudier la transmission des savoirs sur le médicament psychotrope dans le corps médical. Qu'est-ce qui est offert comme formation ? À quels médecins cela est-il offert ? Et par qui ?

- d) *La nécessité de s'intéresser à la transmission des savoirs sur le médicament psychotrope dans les professions non médicales appelées à transiger avec un prescripteur.* La médication psychotrope soulève maintes questions chez les intervenants non médecins appelés à transiger avec un prescripteur (Bouchard et Lafortune, à paraître; Lafortune, Deslauriers-Varin et Bouchard, 2003) : des complications liées à la discontinuité des services psychiatriques aux craintes quant à la possible toxicité des médicaments, en passant par le manque d'information permettant de remettre en question les pratiques médicales. Biadi-Imhof (1998), en France, a étudié les attentes spécifiques formulées par différentes catégories d'intervenants (psychiatres, psychologues, infirmières, etc.) en matière de médication psychotrope. Elle conclut que les différentes professions ne se représentent pas le médicament de la même façon et que ces différences sont liées aux spécificités du rôle de chacun dans la relation thérapeutique. L'examen de la transmission des savoirs sur les psychotropes chez les non-médecins (ex. : les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs, les professeurs d'école) nous semble aussi très important.
- e) *Examiner de manière urgente l'influence de l'industrie sur la recherche, la formation et les pratiques de prescription.* L'American College of Physicians (ACP) faisait paraître en 1990 un énoncé de principes intitulé *Physicians and the pharmaceutical industry*, dans lequel les auteurs cherchaient à mieux encadrer les relations entre les médecins (ou les groupes médicaux) et l'industrie pharmaceutique. Désormais, dans plusieurs périodiques américains de haut niveau, des cliniciens et des chercheurs souvent bien avancés dans leur carrière, ou à la retraite, débattent des enjeux scientifiques, cliniques et éthiques soulevés par les liens étroits qui se sont tissés entre la recherche médicale et la libre entreprise (ex. : Cho et Bero, 1996; Davidoff, 2002; Davidson, 1986; DeAngelis, Fontanarosa et Flanagan, 2001; Moncrieff et Thomas, 2002; Noble, 1993; Pullman, 1997).

Aux États-Unis, les compagnies pharmaceutiques subventionnent environ 60 % de toute la recherche biomédicale, selon Bekelman, Yan Li et Gross (2003). D'après ces auteurs, les budgets consacrés par l'industrie à la recherche et au développement (R et D) ont atteint 30,3 milliards de dollars américains en 2002. Au Canada, plusieurs études constituent les volets locaux de devis multisites qui proviennent des États-Unis. Ailleurs en Occident, les liens très étroits qu'entretient l'Organisation mondiale

de la santé avec l'industrie pharmaceutique commencent aussi à préoccuper certains groupes plus indépendants (Van der Heide, 1999; Health Action International, 1999).

Une série de méta-analyses très récentes (Als-Nielsen *et al.*, 2003; Bekelman, Yan Li et Gross, 2003; Lexchin *et al.*, 2003) montre que, parmi les recherches d'ampleur mettant à l'épreuve un médicament, celles qui sont financées par l'industrie pharmaceutique sont plus susceptibles d'aboutir à des résultats positifs et de recommander le médicament étudié comme traitement de choix. D'où la nécessité d'examiner scrupuleusement les données fournies. Ainsi, Als-Nielsen et ses collaborateurs (2003) reprennent les résultats de 25 méta-analyses déjà repérées par les *Cochrane Reviews*, qui regroupent elles-mêmes 370 essais cliniques, afin de les inclure dans une régression logistique. Ils indiquent qu'une étude financée a 5,3 fois plus de chance de conclure à l'efficacité du médicament qu'une étude indépendante. Bekelman, Yan Li et Gross (2003), qui synthétisent les conclusions de plus de 1 140 études originales à l'aide d'une autre régression logistique, montrent que les résultats sont 3,6 fois plus susceptibles de conclure à l'efficacité du médicament lorsqu'il y a contribution financière de l'industrie. Quant à Lexchin *et al.* (2003), ils soumettent à une nouvelle analyse les résultats de 30 études et concluent, cette fois, à un risque relatif de 4,05 associant le financement à des conclusions favorables. Bref, cette série de trois méta-analyses établit que les recherches financées sont de trois à cinq fois plus susceptibles de conclure en recommandant la molécule évaluée.

Il nous paraît donc prioritaire d'étudier au Québec l'influence de l'industrie sur la formation continue des médecins, l'enseignement universitaire, la définition des chaires de recherche et, plus globalement, la recherche sur les médicaments psychotropes.

- f) *L'importance d'étudier certains milieux plus spécifiques.* Zito et Riddle (1995), de même que Gadow (1997), recommandent enfin « l'étude des pratiques de prescription dans certains milieux cliniques typiques » (Gadow, 1997, p. 220). Ainsi, le milieu scolaire a fait l'objet de plusieurs travaux épidémiologiques. Il reste beaucoup de choses encore à apprendre sur les itinéraires de consultation des enfants sous méthylphénidate et sur les raisonnements qui portent les non-médecins à s'enquérir d'une prescription auprès du corps médical. Par ailleurs, aux États-Unis, le fait d'être placé dans une ressource d'hébergement de l'État (*state custody*) est le facteur le plus fortement associé à la prise de médicaments psychotropes (odds ratio = 2,07, Martin *et al.*, 2003). En effet, les individus qui y sont placés sont au moins 4,5 fois plus nombreux à prendre une médication. Les centres jeunesse et toute une série de ressources d'hébergement étatiques (ex. : maisons de transition pour personnes détenues ou résidences pour personnes âgées) sont certainement des milieux qu'il faudrait examiner.

### **Un exemple d'étude : la consommation de médicaments psychotropes par les jeunes hébergés dans les centres de réadaptation ou centres jeunesse**

Lafortune, Laurier et Gagnon (2004) ont analysé la prescription de molécules psychotropes aux enfants présentant des comportements perturbateurs. Ils constatent que 36,6 % des jeunes échantillonnés, hébergés dans les centres jeunesse de la Montérégie et de Laval, sont sous médication psychotrope. Les variables significativement associées à cette médication se situent sur trois plans : individuel (statut d'étudiant), contextuel (jeune âge au moment du premier placement, suivi ambulatoire antérieur par un médecin, séjour dans une unité d'encadrement intensif ou de garde fermée) et diagnostique (TDAH). Ainsi, sont *davantage médicamentés* les jeunes : a) qui étaient plus jeunes au moment de leur première mesure de placement; b) qui ont reçu un diagnostic de TDAH; c) qui ont été suivis antérieurement de manière ambulatoire par un médecin; et d) qui sont actuellement placés dans une unité d'encadrement intensif ou de mise sous garde. C'est 42 % des jeunes médicamentés qui sont sous l'effet d'une polymédication. Les combinaisons les plus fréquentes incluent les psychostimulants, la clonidine et le Risperdal, ce qui semble indiquer que les symptômes ciblés sont des déficits d'attention, l'impulsivité et l'agressivité.

Par ailleurs, le volet qualitatif de cette étude (Lafortune, Deslauriers-Varin, Bouchard, 2003) a permis d'aborder une première fois les perceptions et les réactions affectives qui accompagnent le médicament psychotrope et l'interdisciplinarité. Pour l'éducateur, le médecin prescripteur n'est pas un collègue de travail directement accessible, mais bien un consultant extérieur et occasionnel. Idéalement, il serait souhaitable que l'éducateur dirige un jeune vers un médecin dont les connaissances récentes permettent de reconnaître des symptômes qui répondent bien aux médicaments psychotropes. Cette première éventualité se présente, bien sûr. Mais il arrive aussi que l'éducateur réclame l'intervention d'une tierce personne parce qu'il est confronté à l'impuissance et à une impasse dans son travail avec un jeune : symptômes venant troubler la pensée, détresse psychologique trop intense, handicaps importants avec lesquels le jeune a du mal à fonctionner dans le quotidien, risques de passer à l'acte ou escalade conflictuelle dans les relations. La question de la santé mentale paraît bien présente dans l'esprit des éducateurs qui, par ailleurs, considèrent parfois avoir une formation insuffisante sur ces problématiques. Ajoutons que plusieurs d'entre eux s'estiment « traités de haut » par un partenaire médical distant. Ils en ressentent, bien entendu, de la frustration.

## 2.6 Propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser

En guise de conclusion, nous suggérons au Commissaire :

1. **D'affiner les statistiques épidémiologiques relatives aux médicaments psychotropes, compte tenu de l'accroissement important de la consommation.** Par exemple, brosser un meilleur portrait de l'usage par classe thérapeutique de médicaments ou par région géographique.
2. **Favoriser les recherches qui permettraient de connaître les itinéraires de consultation thérapeutique qui amènent des individus en détresse à consommer des médicaments psychotropes.** Par exemple, dégager les processus normatifs et symboliques qui conduisent les enfants, les adultes et les personnes âgées à se définir comme hyperactifs, dépressifs ou anxieux et à banaliser la consommation de médicaments psychotropes.
3. **S'intéresser à la transmission des savoirs sur le médicament psychotrope dans le corps médical et dans les professions non médicales qui transigent avec un prescripteur.** Par exemple, cerner les pratiques et représentations socioprofessionnelles qui conduisent les professionnels de la santé (essentiellement omnipraticiens et psychiatres) à *diagnostiquer* un patient comme hyperactif, dépressif ou anxieux et à *prescrire* des médicaments psychotropes plutôt qu'une psychothérapie.
4. **Examiner de manière urgente l'influence de l'industrie sur la recherche, la formation et les pratiques de prescription.** Par exemple, examiner le partage des rôles des différents acteurs (professionnels-prescripteurs, consommateurs-patients, producteurs-promoteurs des médicaments psychotropes) dans le processus de diffusion de la « solution psychopharmacologique » comme prothèse psychosociale tout usage.
5. **Favoriser les études sur des milieux plus spécifiques.** Par exemple, des études sur des individus de tous âges qui sont placés dans des ressources d'hébergement de l'État.
6. **Favoriser les recherches qui visent à dégager le modèle de « fonctionnement social normal » qui sous-tend le processus de pathologisation de certains comportements.** Par exemple, dégager les normes par rapport auxquelles les caractéristiques associées à l'hyperactivité, aux troubles dépressifs ou à l'anxiété sont définies comme « déficits » psychologiques ou psychiatriques.

## **PARTIE 3**

### **PLURALISME THÉRAPEUTIQUE ET VARIATIONS CULTURELLES DANS L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS**

#### **3.1 Le problème**

Le recours aux médecines alternatives et complémentaires (MAC), et en particulier aux thérapies médicamenteuses qui y sont généralement associées (large gamme de produits de santé naturels ou PSN, pharmacopées traditionnelles non occidentales, produits homéopathiques, herboristerie, etc.), soulève également des inquiétudes en regard de la popularité dont ils jouissent au Canada et du formidable accroissement de cet engouement depuis une quinzaine d'années.

D'après le sondage Angus Reid effectué en 1997, 42 % des Québécois ont eu recours aux MAC au cours de leur existence (Angus Reid, 1998). Cette prévalence québécoise correspondrait à la moyenne en la matière de l'ensemble de la population canadienne. L'étude de Ramsay *et al.* (1999), quant à elle, donne un taux de 73 % de Canadiens – 66 % de Québécois – ayant utilisé au moins une fois une thérapie alternative au cours de leur existence, des chiffres qui placent le Canada parmi les pays développés les plus consommateurs de MAC (WHO, 2002). L'usage de médicaments non conventionnels<sup>3</sup> (généralement non prescrits) par les Canadiens serait un des aspects saillants de ce recours : l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP) nous révèle ainsi que 38 % des personnes soignant eux-mêmes leur rhume ou leur grippe déclaraient en 1998-1999 le faire au moyen de plantes ou de vitamines (ICIS, Statistique Canada, 2000).

En conséquence, les problèmes possibles de surconsommation, d'interactions médicamenteuses néfastes et de toxicité liée à la consommation de PSN alarment de plus en plus les gestionnaires de la santé publique et les professionnels de la santé. Lors du symposium des 20 et 21 mai 2004 consacré à « l'utilisation optimale du médicament » (Québec), le Dr Monette a d'ailleurs signalé que 50 % des substances obtenues sans ordonnance entraîneraient des interactions avec les médicaments prescrits, dont 6 % seraient sérieuses. Un problème qui concernerait en priorité les personnes âgées (75 % des Québécois âgés consommeraient en effet régulièrement des médicaments non prescrits) et renvoie à une préoccupation quant aux pratiques de polypharmacie qui

---

3. Nous entendons par médicaments non conventionnels ceux qui appartiennent aux médecines traditionnelles non occidentales ainsi que les produits de santé naturels et les médicaments homéopathiques. Le qualificatif de "conventionnel", même s'il est sujet à critique, renvoie donc ici aux médicaments issus de l'industrie pharmaceutique biomédicale ("pharmaceuticals"). Ce choix permet d'éviter des confusions problématiques entre médicaments occidentaux "traditionnels" et "médicaments/remèdes traditionnels" relevant de pratiques non occidentales (exemple : de la médecine traditionnelle chinoise), le terme "traditionnel" signifiant "habituel", "ancré dans les moeurs" ou s'opposant à "moderne".

contreviennent à une utilisation optimale du médicament. Ce souci articulé autour du mésusage et des dangers du recours aux médicaments non conventionnels, a d'ailleurs conduit le gouvernement fédéral à légiférer sur la question des PSN.

### **3.2 La réflexion gouvernementale en matière de produits de santé naturels et de médecines alternatives et complémentaires**

Depuis les années 90, le Canada s'oriente vers une prise en compte de nouvelles réalités, tel le recours de la population aux MAC. Certaines limites de la biomédecine – dans la prise en charge de pathologies comme les cancers et le VIH/SIDA – ont fait progresser l'intégration de certaines thérapies alternatives au-delà du domaine des soins palliatifs stricts. Le Canada est l'un des treize pays actuellement dotés d'un système de santé dit « inclusif », selon la définition de l'OMS, c'est-à-dire d'un système de santé qui à la fois permet l'accès aux MAC dans les structures de santé conventionnelles, la formation aux MAC dans les cursus médicaux<sup>4</sup> et le remboursement, de plus en plus étendu, d'une variété de thérapies et de produits non conventionnels (WHO, 2002; Hyman, 2001). Selon l'OMS, le recours aux MAC permettrait en effet de prévenir de nombreuses maladies chroniques mais aussi de diminuer les coûts associés à la consommation de médicaments conventionnels, un problème qui intéresse au premier chef les systèmes de santé fédéral et provincial.

#### *A) À l'échelle fédérale*

Depuis quelques années, c'est la consommation des PSN qui retient en priorité l'attention fédérale et en particulier de Santé Canada devant l'engouement dont ces produits sont l'objet : en 1999, 70 % de la population canadienne aurait consommé au moins un PSN dans les six mois précédant l'enquête (Santé Canada, 2001). Un tout récent Règlement sur les produits de santé naturels, annexé à la Loi sur les aliments et drogues et en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, veut d'ailleurs en structurer et en surveiller à la fois la production, la distribution et la consommation, obligeant désormais les producteurs et les distributeurs à garantir la qualité des PSN et à obtenir une licence d'exploitation sur le modèle de celles qui sont requises pour les médicaments issus de l'industrie pharmaceutique (Santé Canada, 2003; Direction des produits de santé naturels DPSN, 2003).

Il est important de revenir sur l'histoire de cette loi. Mandaté en 1997 pour étudier ce qui entoure la législation et la problématique des PSN, le Comité permanent de la santé de la Chambre des Communes a procédé à des consultations et à des analyses avant de formuler des recommandations devant régir à la fois produits médicinaux traditionnels, préparations homéopathiques et suppléments vitaminés et minéraux. Le Comité permanent a statué que les PSN ont leur nature propre et que, par conséquent, ils ne

---

4. Une enquête a révélé que la plupart des facultés de médecine du Canada donnaient une information générale sur les MAC, se concentrant toutefois sur les techniques les plus populaires comme l'acupuncture ou l'homéopathie (Ruedy *et al.*, 1999).

doivent être assimilés ni aux aliments ni aux produits pharmaceutiques. Il a également considéré que la loi à venir ne devait pas restreindre indûment l'accessibilité à ces produits, insistant sur la liberté du consommateur de choisir son thérapeute et son mode de thérapie. En outre, il a estimé que la réglementation devait respecter les différentes traditions culturelles. Le comité *ad hoc*, finalement créé pour prendre en charge le dossier (Comité consultatif sur les produits naturels), a proposé un texte qui ne respecte toutefois pas ces balises fondamentales, en particulier en ce qui a trait à la définition même du PSN : on attendait une « 3<sup>e</sup> catégorie ». Le PSN se retrouve en fait assimilé aux produits pharmaceutiques devant en particulier se conformer à un processus d'homologation extrêmement strict. Pour certains, cette assimilation restreindrait justement de façon draconienne la liberté de choisir du consommateur; elle amputerait également la population d'un certain nombre d'outils pour améliorer ou maintenir sa santé et prévenir certaines maladies.

Ce qui ressort du texte récemment entré en vigueur est assurément une perspective de santé publique qui vise le risque zéro en matière d'intoxication et d'interactions médicamenteuses néfastes. Les PSN, tout comme un certain nombre d'autres produits, restant accessibles au public sans prescription, le Réseau Canadien de la Santé et Santé Canada insistent, en parallèle de la loi, sur la nécessité de sensibiliser les consommateurs au fait que PSN ne veut pas dire « non toxique » et « d'emploi sécuritaire ». Dans cette optique, des avis et des appels à la prudence sont régulièrement réitérés concernant certaines plantes dont l'usage inapproprié (surconsommation, interactions avec des médicaments prescrits, contre-indications avec certains états pathologiques) aurait entraîné des intoxications. En janvier 2002, une conférence sur les interactions des médicaments et des PSN sous l'égide de la Direction des produits de santé naturels (DPSN) a même permis de déterminer les priorités en matière de recherche et de surveillance des interactions médicamenteuses ainsi que les populations considérées comme étant les plus à risque : personnes vivant avec le VIH, bébés et enfants, femmes enceintes et personnes ayant recours à la médecine traditionnelle chinoise (De Bruyn, 2002).

Le Règlement sur les produits de santé naturels de janvier 2004 appuie également un mouvement en matière d'essais cliniques pour déterminer à la fois l'innocuité et l'efficacité des PSN : le vide dans la connaissance du contenu de ces substances et de leurs indications thérapeutiques reste en effet énorme, d'autant plus important à diminuer que de nombreuses plantes ou préparations herbales traditionnelles (chinoises surtout) contiennent d'autres substances que des substances « naturelles », végétales, dont des substances pharmaceutiques de synthèse ou bien encore des métaux lourds comme du mercure ou de l'arsenic (Fugh-Berman, 2000). Les PSN importés d'Asie sont particulièrement pointés du doigt n'offrant pas toujours de garantie quant à leur qualité et leur composition réelle.

Il n'apparaît alors pas étonnant que l'une des interrogations actuelles de Santé Canada s'articule autour du rôle de l'immigration et en premier lieu de l'immigration asiatique – la moitié des immigrants au Canada en 2001 étaient originaires d'Asie (Pérez, 2002)<sup>5</sup> – dans l'implantation de certaines pratiques thérapeutiques traditionnelles par le biais de l'importation – légale et illégale – et la distribution de produits (Okumura *et al.*, 2002, Ma, 1999; Wong *et al.*, 1998; Lam, 1994) et, plus largement, dans le développement de pratiques alternatives à l'échelle de la société canadienne toute entière (Kinnon, 1999).

### *B) À l'échelle provinciale*

Qu'en est-il de la question des PSN et des MAC à l'échelle provinciale ? Au-delà de la nécessité d'appliquer le Règlement fédéral sur les produits de santé naturels entré en vigueur en janvier dernier, en particulier en ce qui a trait aux médicaments, le Québec semble accuser un certain retard par rapport aux autres provinces comme la Colombie-Britannique ou l'Ontario, notamment en ce qui a trait à la professionnalisation et à la formation des praticiens dans le domaine (Boon, 2002; Alphonso, 2000).

Les praticiens alternatifs se retrouvent en fait dans un vide juridique, à l'exception des chiropraticiens et des acupuncteurs encadrés par l'Office des professions du Québec (OPQ). Pour prendre un exemple significatif, en 1992, la plupart des provinces d'Amérique du Nord ont adopté une formule unique visant l'accréditation des naturopathes qualifiés. Or, un rapport de l'OPQ sur les « médecines douces » datant de 1992 indiquait que, du fait que la pratique naturopathique était inoffensive, elle ne nécessitait pas la création d'un ordre professionnel ni un encadrement par l'État – vision qui appuyait aussi la recommandation de mettre en vente libre les produits homéopathiques et phytothérapeutiques<sup>6</sup>. Une autre recommandation de l'OPQ encourageait par contre les ordres professionnels de la santé, dont celui des médecins, à s'ouvrir aux thérapies alternatives sur le modèle en vigueur en France (Martel, 1992). Cet exemple démontre que, dans une certaine mesure, une partie des MAC est maintenue dans une marginalité au profit de la médecine conventionnelle. Attitude appuyée par une partie des

---

5. Quant au Québec, les immigrants y représentent 9,9 % de la population en 2001 (recensement de population de 2001). Concentrant 70 % de la population immigrante de la province, la région de Montréal compte une proportion de 26,5 %, ce qui met la métropole au même niveau que l'Ontario (26,8 %) et la Colombie-Britannique (26,1 %) (Statistique Canada, 2001). Au Québec, depuis les années 80, l'immigration asiatique est en outre prépondérante. Environ un quart des immigrants au Québec sont originaires d'Asie, dont 16,4 % d'Asie de l'Est (Institut de la Statistique du Québec, 1999). Parmi les nouveaux immigrants au Québec en 2001, ce sont les Chinois de Chine populaire qui sont les plus nombreux (8,3 %), au même niveau que les immigrants de France (8,4 %) et d'Algérie (8,0 %) (Institut de la Statistique du Québec, 2003).

6. La situation à cet égard reste donc plutôt floue et on voit actuellement la coexistence de plusieurs regroupements de naturopathes et de plusieurs écoles de formation dont : l'Institut de formation naturopathique, issu de la première école de naturopathie de la province et fondé en 1965; le Collège des médecines douces du Québec fondé en 1988, détenteur d'un certificat d'agrément d'Emploi-Québec et dont la formation est reconnue par les principaux ordres professionnels et associations de naturopathes d'Amérique du Nord.

professionnels de la santé conventionnels, qui empêche du même coup un encadrement qui pourrait mieux circonscrire et contrôler les praticiens et protéger les consommateurs.

Quoi qu'il en soit, la dernière tentative de réflexion au Québec sur les MAC a échoué en 1998, à la suite de la remise d'un rapport commandé en 1995 par le ministre Jean Rochon à un groupe interministériel qui avait travaillé de concert avec les ministères de la Santé, de la Justice, de l'Éducation et de l'Emploi. L'un des principaux axes de réflexion concernait la protection des usagers. Le rapport recommandait de respecter le libre choix des usagers de recourir à un thérapeute, qu'il soit reconnu ou non par le Code des professions, tel que le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le Parti Québécois avait bien inscrit à son programme de mai 2000 l'encadrement des pratiques alternatives, mais l'absence de consensus entre les ministres qui se sont succédé au ministère de la Santé a finalement empêché tout mouvement d'envergure dans le domaine (Gélinas, 2003). La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, entrée en vigueur en juin 2003, redéfinit les champs de pratique de onze professions (dont médecins, pharmaciens, infirmières, physiothérapeutes et ergothérapeutes), mais aucune mention aux MAC ou même aux acupuncteurs et chiropraticiens n'y est faite<sup>7</sup>.

Si l'efficacité de certaines thérapies alternatives dans le cas de pathologies ciblées est depuis longtemps reconnue au Québec (Chabot *et al.*, 1991), il semble que les acteurs du secteur médical conventionnel ne soient pas encore prêts à reconnaître les thérapeutes des MAC (Ordre des pharmaciens du Québec, 1993). Notons aussi que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne rembourse actuellement aucun traitement non conventionnel.

Dans l'état actuel des choses, il semble assez clair que les instances, fédérales comme provinciales, intervenant dans le champ de la santé se dirigent vers une récupération partielle des MAC par le secteur des soins conventionnels, récupération qui passe par une « institutionnalisation » de certaines de ces pratiques. Si ce mouvement permet une certaine légitimation et une prise en compte des attentes de la population, il laisse encore de côté bien des pratiques mal définies et, surtout, néglige des réalités qui touchent à la fois les pratiques des individus et des communautés (pluralisme thérapeutique) et les déterminants de ces pratiques, en particulier les déterminants socioculturels (représentations de la santé, de la maladie, du médicament, du système de santé, etc.).

---

7. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé redéfinit les champs de pratique de la médecine et les activités réservées à chaque profession d'une manière exclusive ou bien partagée (diagnostic, plan de traitement, établissement d'ordonnances). Dans le domaine de la prescription de médicaments, les infirmières praticiennes, les sages-femmes et les optométristes voient leur droit ouvert à la prescription sur des listes de spécialités établies par le Collège des médecins du Québec, ou le droit d'ajuster les ordonnances, dans le cas des pharmaciens (Office des professions du Québec, 2003).

### 3.3 Les limites de cette définition et les paramètres d'une problématique plus large

#### 3.3.1 Finalement, de quoi parle-t-on ? De définitions confuses à une définition complexe

Il n'y a pas une mais une pléthore de définitions des MAC. L'expression même de « alternatives ET complémentaires » ne fait pas consensus même si elle semble avoir pris le pas sur les dénominations « médecines traditionnelles », « médecines douces » et « médecines parallèles », autant de dénominations qui avaient cours jusque dans les années 90. Ce changement pour une plus grande uniformisation et surtout une reconnaissance semble aller de pair avec l'engouement dont ces médecines sont l'objet en Occident et avec cette « conventionnalisation » que l'on a précédemment évoquée. Pour autant, cette nouvelle dénomination uniforme pose plusieurs problèmes dont :

- Quels sont les critères d'inclusion ou d'exclusion dans cet ensemble de MAC ?
- Ces critères doivent-ils être déterminés par rapport à ceux qui déterminent les pratiques incluses dans la médecine conventionnelle ?
- Peut-on par ailleurs distinguer des médecines « alternatives » de médecines « complémentaires » ? Et, si oui, sur quelles bases ?

Jusqu'à récemment donc, les « médecines douces » intégraient tout ce qui ne faisait pas partie de la médecine scientifique, en fait dont on n'avait pas fait la preuve scientifique de l'efficacité. Puisant largement leurs racines dans les médecines traditionnelles, au premier chef desquelles on retrouve la médecine chinoise, ayurvédique, *unani* ou autochtone dans le cas du Canada, dans des savoirs et pharmacopées ancestrales encore utilisées dans nombre de pays, ces médecines se sont éloignées de cet héritage tout en insistant sur une double dimension identitaire encore floue : la non-toxicité associée à une identité « naturelle », c'est-à-dire non chimique (Brabant *et al.*, 1990). Et ce flou perdure alors qu'émerge le concept de « médecines alternatives et complémentaires ».

La difficulté de proposer une liste exhaustive de ces pratiques s'impose comme une des réalités les plus saillantes. Certains auteurs en ont ainsi répertorié une centaine (Kaptchuck *et al.*, 2001; Segen, 1998) alors que d'autres n'en comptent qu'une quinzaine pour l'Amérique du Nord (Eisenberg *et al.*, 1998). Le 2002 National Health Interview Survey, conduit par le Center for Disease Control and Prevention (CDC) américain, comportait des questions sur 27 types de médecines complémentaires et alternatives (Barnes *et al.*, 2004). La difficulté d'en proposer une classification révélatrice est également problématique. Comme le rappelle le psychosociologue J. Rhéaume, certaines médecines alternatives sont des erreurs historiques et ont été exclues du champ de la médecine, comme la chiropratique. De ce fait, Rhéaume classe les médecines alternatives en deux groupes : les « straight », celles qui ont un discours antimédical, et les « périphériques », qui ne se définissent pas par rapport à la médecine mais disent autre

chose (Brabant *et al.*, 1990). Pour sa part, le National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) américain propose un essai de classement qui repose sur une répartition par type de techniques employées :

- Les systèmes médicaux « alternatifs » (homéopathie, médecines traditionnelles).
- Les interventions Corps-Esprit, comme la méditation.
- Les thérapies basées sur la biologie, comme les suppléments diététiques.
- Les méthodes basées sur la manipulation et le corps (dont la chiropratique, la massothérapie).
- Les thérapies de l'énergie, comme le Qi Gong ou l'électromagnétisme (<http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#1>, 2002).

La typologie de Kaptchuk *et al.* (2001) repose sur une dichotomie entre des pratiques déjà intégrées et reconnues par le grand public et d'autres qui ne relèveraient que de groupes ethniques ou religieux spécifiques. Elle laisse de ce fait entendre que la plupart des MAC ne sont pas liées à des systèmes de croyances, philosophiques ou religieuses, voire qu'elles dépendent de lois universelles ou même « scientifiques ». Quelle que soit la typologie proposée, certaines pratiques semblent en outre échapper à toute possibilité de classification. C'est le cas de la naturopathie qui relève à la fois d'un recours à des suppléments diététiques et d'un mode de vie proche de la nature, récupérant une large gamme de techniques thérapeutiques issues de diverses MAC (homéopathie, suppléments diététiques, remèdes traditionnels chinois, etc.). Quant aux pratiques chamaniques, par exemple, elles n'entrent pour l'instant dans aucune des typologies que l'on a établies, alors même qu'on reconnaît son importance auprès de certaines communautés immigrées (Dorais et Nguyen, 1998).

Quelques études insistent toutefois sur la nécessité de repenser le rapport des MAC à la médecine conventionnelle et finalement de s'interroger sur la pertinence de la distinction entre « alternatives » et « complémentaires ». Ernst *et al.* (2004; 1995) continuent de définir les MAC comme « *diagnostics, traitement et / ou prévention qui complètent la médecine conventionnelle en contribuant à un tout, en satisfaisant une demande non prise en compte dans la médecine conventionnelle ou en diversifiant les cadres conceptuels de la médecine* ». Au-delà de l'ambition de proposer une définition « positive » des MAC, qui est celle de Ernst *et al.* (2004), on s'accorde pour considérer que les médecines complémentaires sont utilisées en conjugaison avec la médecine conventionnelle, alors que les médecines alternatives se substituent à la médecine conventionnelle (Druss *et al.*, 1999). Or, il arrive souvent qu'une même médecine soit tour à tour alternative et complémentaire, selon son usage et sa place dans le protocole thérapeutique (Hess, 2002). Par exemple, un régime nutritionnel peut être adjoint à une chimiothérapie, dans le cas d'un cancer ou constituer une complète solution de rechange

à ce dernier; l'acupuncture peut être vue comme un complément et aussi une solution de rechange au traitement médicamenteux de l'arthrite. La gestion des maladies chroniques révélerait tout particulièrement ce va-et-vient (Thorne *et al.*, 2002). McFarland *et al.* (2002) montrent cependant que le recours aux MAC se ferait plus souvent comme un complément que comme une solution de rechange totale à la médecine conventionnelle, ne signifiant de toute façon pas un complet rejet de cette dernière (Thorne *et al.*, 2002). Il semblerait finalement que le qualificatif de « complémentaire » ou « alternatif » dépende bien davantage de choix individuels, qu'ils soient celui du malade ou du thérapeute, que d'une distinction statique qui séparerait les MAC en deux sous-ensembles définis.

En pratique, chaque chercheur, chaque étude ou presque, utilise une définition et une liste de MAC qui lui est propre, ce qui rend extrêmement problématique l'interprétation et la comparaison des données. La définition des MAC, concept « fourre-tout », doit aussi composer avec une constante évolution de leur champ d'intervention (Achilles, 2001; York University Centre for Health Studies, 1999), en particulier du fait de l'évolution législative qui les concerne et qui fluctue selon les pays et les régions (on le voit bien au Canada : Ramsay *et al.*, 1999), mais aussi au regard des transformations de leurs liens avec la médecine conventionnelle. La stricte séparation entre les deux est loin d'être évidente, surtout en ce qui a trait à l'intégration dans les cursus médicaux de la formation sur les MAC, à la récupération par certains professionnels de santé de pratiques issues des MAC (prescription de PSN) ou au remboursement de frais associés au recours aux MAC, en particulier dans les pays, comme le Canada, ayant adopté une démarche inclusive.

### 3.3.2 Recours aux MAC et pluralisme médicamenteux

Par ailleurs, il semble que l'on n'ait pas véritablement cherché à dissocier les MAC entraînant un recours à des substances thérapeutiques, médicaments et PSN – homéopathie, médecines traditionnelles, suppléments diététiques, naturopathie – de celles n'en entraînant pas. La distinction est pourtant fondamentale, du moins si l'un des objectifs de catégorisation de ces pratiques a pour effet de mieux cerner et de mieux surveiller certaines pratiques à risque telles que l'automédication, la surconsommation, l'inobservance du traitement prescrit ou les interactions médicamenteuses néfastes. Il apparaît bien évident qu'on ne peut aborder de la même façon le recours à la prière ou à l'aromathérapie et le recours à la médecine traditionnelle chinoise. En fait, on ne sait rien sur le phénomène de pluralisme thérapeutique, ni sur ce qu'il recouvre, ni sur les clientèles qu'il concerne.

La notion de pluralisme médical a été définie et d'abord utilisée par les anthropologues à partir des années 80 (Kleinman, 1980; Leslie, 1980). Il s'agissait pour eux d'observer et d'analyser les pratiques de santé dans les pays en développement. L'analyse du pluralisme thérapeutique consiste en particulier à scruter les différentes formes d'association entre pratiques de recours au « biomédicament » (*pharmaceuticals*) et aux remèdes/médicaments traditionnels. Il s'agit en fait de voir comment se construisent et

cohabitent dans une même société/communauté ces associations dans le recours aux médicaments et à décrypter les réalités sociales et culturelles qui les sous-tendent (Whyte *et al.*, 2002; Benoist, 1996; Van der Geest *et al.*, 1996). Le concept de pluralisme thérapeutique est désormais de plus en plus utilisé pour analyser les pratiques de santé dans les sociétés dites « avancées » par différents chercheurs en sciences sociales et humaines. Le contexte de globalisation ou de métissages des systèmes de soins et des pratiques de santé que révèlent en particulier les sociétés pluriethniques et à forte immigration suffit à légitimer un tel glissement (Benoist, 1999; Rossi, 1997).

Jusqu'à présent, il n'y a pourtant pas eu de véritable réflexion sur les pratiques pluralistes et les problèmes qu'elles sont susceptibles de poser en termes spécifiques de consommation de médicaments (automédication, surconsommation/sous-consommation, inobservance, interactions néfastes) au Canada et au Québec. Si l'information à donner à l'utilisateur au sujet des indications et contre-indications de la prise de PSN s'avère une avenue en plein développement pour Santé Canada, suivant ainsi les plus récentes directives de l'OMS (OMS, 2004), trop échappe encore aux décideurs en ce qui a trait au pluralisme et à la variété des formes qu'il peut prendre pour proposer une législation et un contrôle efficace. Ainsi, comme l'expose Breton (2004), de 10 à 20 % des visites à l'hôpital seraient liées à un mauvais usage de médicaments, dont à la consommation de PSN qui serait à l'origine de 6 % d'interactions sérieuses avec des médicaments prescrits, résultat associé au fait que nombre de patients n'indiqueraient pas à leur médecin ou à leur pharmacien ce qu'ils consomment comme PSN (Monette, 2004).

Que sait-on actuellement de la véritable teneur de ces pratiques combinatoires ? Quels sont leurs déterminants, en particulier leurs déterminants sociaux ? Quelles sont les clientèles particulièrement concernées par ce genre de risque ?

### 3.3.3 Qui sont les adeptes du pluralisme médicamenteux ? Vers un portrait des consommateurs

L'industrie des médicaments en vente libre (*self-medication industry*), dont des PSN<sup>8</sup>, pousse apparemment de plus en plus le consommateur à des pratiques plurielles à grand renfort de communication visuelle sur les rayonnages des pharmacies et de publicité, en particulier par Internet. Si, progressivement, une conscientisation se fait sur la nécessité de donner une éducation minimale sur le contenu des PSN aux clients (indications thérapeutiques sur les plantes les plus populaires par exemple) pour les aider à une autoconsommation « éclairée », cette accessibilité renforcée à une variété de thérapies alternatives oblige à s'intéresser à l'éventail complexe des déterminants (socio-démographiques, socioculturels) entrant dans le recours aux MAC et aux logiques sous-tendant ce recours. On soupçonne souvent une critique sous-jacente du système de santé et de la médecine conventionnelle (déshumanisante et froidement scientifique, traitant la maladie et non le malade, etc.). Dans quelle mesure cette double critique joue-t-elle par

---

8. Au Québec, les producteurs de PSN ont formé un réseau de thérapeutes pour asseoir leur industrie : le groupe M. Vachon (Pharmalab, Vachon Inc., Rolmex International).

ailleurs vraiment sur les pratiques ? Sur quelles clientèles en particulier ? Le recours dépend-il par ailleurs de l'expérience de la maladie, du système de santé ? Dans quel but alors (soulagement, guérison, prévention de la maladie/promotion de la santé) se fait-il ?

Quelques études ont analysé les pratiques de recours aux MAC selon l'âge, le sexe et le niveau socioéconomique. Parmi elles, celle de Blais *et al.* (1997) ne met pas en évidence de différence significative dans la répartition par sexe selon les usagers et les non-usagers de MAC. Les variations entre les sexes sont également faibles dans l'étude de Millar *et al.* (1997) concernant les personnes ayant consulté un praticien de médecine alternative durant l'année précédant l'enquête. D'après le sondage Angus Reid (1998), les femmes canadiennes utiliseraient néanmoins davantage les MAC que les hommes (46 % contre 39 %), tendance confirmée par plusieurs enquêtes ultérieures. Selon l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP) de 1998-1999, les femmes ont recours aux MAC presque deux fois plus que les hommes (ICIS, 2000); selon Troppmann *et al.* (2002), 46,5 % des femmes au pays consomment des PSN contre 32,9 % des hommes. Il semblerait toutefois que ces variations dépendent du type de MAC et donc d'abord de la liste de MAC à l'étude. Ainsi, Kelner et Wellman (1997a) ont montré que la proportion de femmes varie selon le type de thérapie : 70 % de la clientèle en acupuncture et en médecine traditionnelle chinoise sont des femmes, 85 % de la clientèle des naturopathes et des praticiens du Reiki sont également des femmes. Elles seraient en fait plus enclines à prendre des suppléments et, surtout, des suppléments nutritionnels (multivitamines, calcium).

Le déterminant « âge » ne fait pas davantage l'unanimité. Les études disponibles présentent des limites, les résultats s'avérant assez partagés, parfois même contradictoires. D'après le sondage Angus Reid (1998), les adultes âgés de 35 à 54 ans constitueraient le groupe le plus consommateur (49 %); pour l'ICIS (2000), il s'agirait des 25-54 ans. D'après Millar (1997), le taux de consultation d'un praticien alternatif est au plus haut entre 25 et 64 ans et décline ensuite, phénomène qui serait caractéristique du « milieu de la vie » (Millar, 2001). Par contre, Ramsay *et al.* (1999) estiment que la classe d'âge la plus encline à utiliser une thérapie alternative est celle des 18-24 ans (55 % dans les 12 mois précédant l'enquête). Alors que, pour certains, la moyenne d'âge varierait très peu selon le type de médecine à l'étude – autour de 45 ans pour l'acupuncture, la naturopathie et le Reiki – (Kelner *et al.*, 1997a), le recours aux PSN et suppléments alimentaires mettrait en relief une prévalence claire chez les femmes âgées de 50 à 65 ans (57 % d'entre elles seraient consommatrices), un recours qui se maintiendrait avec l'augmentation en âge même si l'on observe un déclin dans le recours aux plantes (Troppmann *et al.*, 2002).

L'influence du niveau socioéconomique donne là encore des résultats contradictoires, fruit, entre autres, d'une confusion courante entre niveau socioéconomique et niveau d'éducation ou d'une absence de similitude dans les catégories de revenu à l'étude. Ainsi, les personnes d'un niveau socioéconomique élevé seraient de plus grandes consommatrices que les autres (52 % des ménages dont le revenu annuel est supérieur à

60 000 \$CAN : Angus Reid, 1998). Réalité confirmée par l'étude de Blais *et al.* (1997), qui montre comment l'usage des médecines alternatives augmente progressivement avec le niveau de revenu. Pour d'autres études néanmoins, il n'y aurait pas de différence selon le revenu mais selon le niveau d'éducation (Ramsay *et al.*, 1999), en particulier chez les femmes (Millar, 2001; 1997), même s'il ne joue apparemment pas de façon significative dans le cas spécifique de la consommation de PSN et de suppléments. (Troppmann *et al.*, 2002).

L'absence de consensus qui semble se dégager de ces quelques études qui ont porté entre autres sur les déterminants socio-démographiques du recours aux MAC prend toute son ampleur lorsqu'il s'agit de déterminer des facteurs socioculturels intervenant éventuellement dans ce recours. Le facteur « ethnique » est parmi les facteurs socioculturels dont on cherche à connaître l'impact en relation sous-jacente avec une culture, dont médicale, pré-migratoire, mais aussi un processus complexe d'adaptation au pays d'accueil qui influencerait potentiellement sur une sous-utilisation des services de santé formels (Kinnon, 1999). Si, pour certains, l'ethnicité n'est pas un facteur déterminant dans le recours aux MAC (Astin, 1998), il semblerait que la prise de produits phytothérapeutiques soit particulièrement faible chez les immigrants du Québec (1,7 % des immigrants en auraient consommé en 1998 : Chamberland, 2002). En fait, les immigrants récents auraient moins recours aux MAC que le reste des immigrants et de la population canadienne. Hyman (2001) explique cette différence par le fait que leur degré d'instruction est plus élevé que celui des immigrants plus anciens et par une préférence pour des soins occidentaux absents dans leur pays d'origine. Ce sont des interprétations assurément partielles qui méritent une investigation en profondeur d'une variété de déterminants socioculturels intervenant en interaction dans le recours aux MAC et au pluralisme thérapeutique et renvoyant à des logiques complexes dépendantes à la fois de représentations et d'expériences variées.

On estime d'ailleurs que l'expérience de la maladie est un des déterminants importants dans le recours aux MAC. Le type de maladie déterminerait non seulement le recours ou non aux MAC mais aussi le choix de la thérapie. Ainsi, les patients en acupuncture et en médecine traditionnelle chinoise consulteraient principalement pour des problèmes musculo-squelettiques et gynécologiques, les clients de la naturopathie pour des rhumes, gripes, allergies et infections chroniques (Kelner *et al.*, 1997a). Le recours aux MAC serait par ailleurs positivement associé aux maladies chroniques et augmenterait avec le nombre de maladies chroniques diagnostiquées (Millar, 1997). Les personnes atteintes de cancer, de diabète ou ayant connu un accident cardiovasculaire (ACV) seraient parmi les plus susceptibles d'avoir recours aux MAC (Haddad *et al.*, 2001; ICIS, 2000; Fernandez *et al.*, 1998), de même que celles souffrant de douleur chronique (26 % contre 15 % des personnes n'éprouvant pas de douleur chronique), en particulier de maux de dos (37 %) (Buske, 2002; Millar, 2001). C'est 77 % des personnes atteintes du VIH/SIDA qui auraient recours à au moins une MAC (Furler *et al.*, 2003). Ce recours toucherait d'abord les jeunes malades, d'un niveau socioéconomique élevé et expérimentant une grande douleur (Ostrow *et al.*, 1997). Les personnes vivant avec un ou plusieurs problèmes de

santé chroniques auraient recours à quatre MAC différentes en moyenne, au premier rang desquelles on retrouve les micronutriments, vitamines, mais aussi des méthodes Corps-Esprit pour une recherche de bien-être en complément du recours à la médecine conventionnelle (Fernandez *et al.*, 1998). Thorne *et al.* (2002), en comparant trois groupes de malades souffrant de maladies chroniques (diabète de type 2, VIH/SIDA, sclérose en plaques), ont montré que l'usage de MAC contribuait positivement à l'autogestion des soins de leur maladie chronique et à leur bien-être, aidant même les malades à se réconcilier avec la médecine conventionnelle, vivant mieux des traitements pénibles.

Les résultats de l'étude de Thorne *et al.* (2002) nous amènent finalement à évoquer deux champs d'investigation encore mal connus qui nous renvoient à la complexité du pluralisme thérapeutique : les objectifs du recours aux MAC et le poids de la vision du système de santé et de la médecine conventionnels dans ce recours. La plupart des études que nous avons analysées insistent sur le fait que le recours aux MAC, et d'abord aux PSN, est à 81 % un recours de prévention de la maladie et de promotion de la santé, du bien-être et de l'équilibre (corporel/corps-esprit) (Ramsay *et al.*, 1999). L'usage de PSN et d'autres compléments alimentaires pour prévenir une maladie cardiovasculaire ou bien le vieillissement et les affections qui y sont associées (ostéoporose, arthrite, ménopause) serait particulièrement répandu. Des comportements qui marqueraient l'importance de prendre en considération les représentations de l'efficacité thérapeutique et du médicament dans le recours aux MAC (Blakeley *et al.*, 2002) mais également le rôle de l'auto-information (en particulier sur les indications thérapeutiques) dans la prise de décision (Troppmann *et al.*, 2002). Certaines études ont en parallèle mis en évidence que les usagers de MAC sont des gens déçus de la médecine conventionnelle, soit à cause de ces limites thérapeutiques, soit à cause des effets secondaires des médications, soit à cause de la mauvaise qualité de la relation soignant/soigné (Kelner *et al.*, 1997b; Furnham *et al.*, 1988). En effet, il semble que 23 % des usagers des MAC ne sont pas satisfaits de la façon dont les médecins prescrivent et pratiquent la médecine; 6 % avouent même ne pas croire dans la médecine moderne (Angus Reid, 1998). L'enquête de Millar (2001) montre pour sa part qu'environ 29 % des personnes qui estiment que leurs besoins en soins de santé ne sont pas satisfaits par la médecine conventionnelle sont allées consulter un thérapeute alternatif en 1998-1999.

Au-delà des éléments d'information que ces quelques études mettent en avant et qui nous apparaissent primordiaux, d'importantes questions, soulevées par elles, restent donc bel et bien en suspens :

- Le recours aux MAC et le pluralisme thérapeutique limitent-ils le recours au système de santé formel ? Dans quelle mesure finalement ce recours se fait-il aux dépens de la médecine conventionnelle, voire en réaction à ce que la médecine conventionnelle offre ?

- Les pratiques pluralistes doivent-elles être forcément considérées comme des pratiques à risque entraînant des problèmes de surconsommation, des interactions médicamenteuses néfastes ou une consommation inappropriée de certains produits ?
- Si oui, quelles sont les populations/groupes sociaux particulièrement touchés par ces pratiques ? Et quels sont alors les déterminants socioculturels qui entrent en jeu dans ce type de recours ?

En conséquence de ces questions primordiales qui nous obligent à nous pencher à la fois sur les motifs assurément complexes de l'engouement actuel pour les MAC et sur ce que cet engouement signifie en termes de pratiques de santé mais aussi de santé publique, nous nous proposons pour finir de donner quelques pistes de ce qui doit être analysé désormais pour tenter d'y répondre dans le contexte québécois.

### **3.4 Le pluralisme médicamenteux chez les Québécois et les Québécoises : ce qui doit être analysé**

Pour mieux comprendre les pratiques de recours aux MAC et de pluralisme thérapeutique au Québec, il devient, selon nous, primordial de :

- **Brosser un portrait le plus précis possible des pratiques et thérapeutes disponibles au Québec, mais également de la variété des lieux de commercialisation des PSN au sein de la province**
- **Développer des recherches de type quantitatif qui évalueraient la prévalence, au sein de la province, du recours aux PSN et du recours aux MAC**

Ces recherches prendraient en compte et corréleraient un certain nombre de variables (sexe, âge, niveau socioéconomique, niveau d'éducation) et seraient adaptées à la population à l'étude (types de MAC disponibles au Québec, état de la législation en la matière, évolution du système de soins formels, etc.)

- **Développer des analyses concernant en parallèle l'information disponible sur les PSN et les MAC et leur impact potentiel sur les individus et les groupes sociaux**

De nos jours, les sources d'information, directe et indirecte, sur les PSN et les MAC sont en effet extrêmement variées et de plus en plus abondantes (Internet, journaux, publicités, brochures disponibles chez le pharmacien ou le médecin, information proposée dans les magasins de produits de santé naturels, etc.). N'étant pour l'instant pas soumise à un vrai contrôle et, pour ce qui est des PSN, ne tombant pas encore sous le coup de l'interdiction de la publicité directe, cette information joue un rôle majeur dans les pratiques d'automédication et de pluralisme qui reste à traduire dans ces différentes dimensions.

Il nous semble par ailleurs primordial de promouvoir :

- **des analyses de type qualitatif qui, s'appuyant sur les résultats statistiques d'enquêtes quantitatives (Hyman, 2001), permettraient de mieux comprendre les parcours, en particulier les « itinéraires thérapeutiques », des individus susceptibles d'avoir recours à ces pratiques, dans l'objectif principal d'établir au mieux les déterminants de ces pratiques et les logiques individuelles qui les sous-tendent** (expériences de la maladie, du système de santé; représentations de la maladie, de la santé, du corps, du médicament).

La corrélation entre le type de problème de santé et le recours aux pratiques alternatives, même si elle a déjà été abordée, devrait être davantage exploitée. Les études à venir devraient surtout mettre l'accent sur l'influence de la chronicité, de la douleur, des traitements allopathiques pénibles, ainsi que des maladies jugées « incurables » par les patients à la suite d'échec thérapeutique. L'analyse des itinéraires thérapeutiques des personnes atteintes de maladies chroniques nous apparaît particulièrement centrale pour mieux comprendre les choix en la matière de malades astreints à un traitement quotidien, souvent lourd en raison des effets secondaires et dont ils remettent éventuellement en question l'efficacité, se tournant alors, dans une proportion qui reste à déterminer, vers des méthodes alternatives ou complémentaires.

Les représentations que se font les gens du médicament (toxicité, efficacité en particulier) ont un impact reconnu sur les pratiques de recours au médicament mais que l'on connaît très mal en ce qui a trait au recours aux PSN et aux MAC ou en termes de pratiques d'automédication. Ainsi, et par exemple, d'après un très récent sondage sur l'opinion publique des Québécois et Québécoises à l'égard de la consommation de médicaments, dont le rapport final a été présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux (SOM, mai 2004), une majorité de gens pensent que les produits naturels (61 %) et les suppléments vitaminiques (67 %) ne sont pas des médicaments. En quoi cette vision joue-t-elle sur leur recours à ces produits ? La question reste en suspens.

- **Un objectif secondaire serait d'évaluer la part de « complémentaire » et « d'alternatif » aux soins formels et leurs propres déterminants**

De fait, s'il semble clair que les MAC sont davantage utilisées en complémentarité de soins conventionnels – et parfois même dans le cadre des soins conventionnels – qu'en substitution, nous manquons cruellement de données sur l'éventail des thérapeutes et des thérapies auxquels la population a recours ou sur certains phénomènes d'importance associés à cette réalité : automédication, surconsommation, inobservance que seules des analyses de ce genre peuvent permettre d'aborder dans leur complexité.

**- Enfin, il nous semble important d'entreprendre des recherches, à la fois quantitatives et qualitatives, sur des groupes sociaux circonscrits**

Dans le contexte québécois, la priorité à cet égard semble devoir concerner les groupes dits vulnérables (femmes, personnes âgées, immigrants) (Clarkson *et al.*, 2002) considérés comme étant particulièrement touchés par des pratiques de santé « à risque » : automédication, inobservance, sous-utilisation des services de santé. Un des seuls consensus autour de la consommation de PSN est que les femmes sont plus consommatrices que les hommes. Mais quels sont les déterminants de cette consommation plus importante ? Doit-elle être reliée à une plus importante consommation de soins de santé et de médicaments en général ? On dénonce largement les risques associés aux pratiques de polypharmacie mais aussi d'inobservance des personnes âgées : dans quelle mesure le recours aux MAC et aux PSN intervient-il dans ces pratiques ?

On connaît par ailleurs l'existence de pratiques de complémentarité médicamenteuse chez les immigrants, en particulier asiatiques. Certains travaux insistent sur le fait que ces pratiques seraient déterminées par des conceptions de la maladie très éloignées de valeurs occidentales (Henry, 1999; Stephenson, 1995), mais aussi par le résultat d'une sous-culture médicale populaire importée en terre d'accueil (Craig, 2000); elles concerneraient davantage les femmes et seraient surtout associées à des problèmes infectieux et chroniques (Wong *et al.*, 1998). Reste que ces études englobent là encore les pratiques alternatives dont la définition est floue (Ma, 1999; Stephenson, 1995); elles ne s'interrogent pas véritablement non plus sur la diversité et la variabilité de ce genre de pluralisme (Monnais & Blanc, à paraître). Les études centrées sur la sous-utilisation des services de santé par la population immigrante ont pour leur part tendance à limiter les déterminants de cette sous-utilisation à des problèmes d'accessibilité liés à des barrières culturelles (Guberman *et al.*, 1997; Masi *et al.*, 1995). Les travaux de Jenkins *et al.* (1996) et de Wen *et al.* (1996) suggèrent néanmoins que cette sous-utilisation pourrait être résultat de choix rationnels renvoyant possiblement à des pratiques pluralistes bénéfiques pour la santé. Dans quelle mesure « l'effet bonne santé » des immigrants, avancé par nombre d'études, ne serait-il pas alors le résultat, du moins partiel, du maintien de pratiques prémigratoires ? Là encore, les réponses manquent.

### **Un exemple d'étude**

#### **« La consommation de médicaments des immigrants vietnamiens à Montréal »**

Nous avons entrepris en 2002 une recherche exploratoire sur les stratégies de gestion de la santé et de la maladie auprès de 32 familles immigrantes vietnamiennes à Montréal et à Toronto. Nous en avons tiré les principaux constats suivants :

#### **1. Les pratiques de recours au médicament des immigrants vietnamiens du Canada manifestent des comportements pluralistes : les deux tiers des**

personnes interrogées ont recours à la fois à leurs médecines traditionnelles et à la médecine occidentale. Ces comportements pluralistes prennent une très grande variété de formes qui voient à la fois des associations entre les deux types de médecine au cours d'un même itinéraire thérapeutique et des choix entre l'une et l'autre selon le type et l'expérience de maladie.

- 2. Parmi les facteurs influençant ces pratiques de consommation médicamenteuse se trouvent des facteurs liés à l'expérience prémigratoire** (expériences de maladie et de soins en terre natale; représentations de la maladie, de la santé, du médicament et des professionnels de santé), en particulier une vision de la « bonne santé » comme équilibre, harmonie entre le corps et l'esprit dominant les modèles explicatifs de la maladie. On observe également une dissociation nette entre les représentations des indications thérapeutiques des médicaments allopathiques et traditionnels : le médicament allopathique, chimique, fort, agissant vite, toxique aussi, serait davantage réservé aux problèmes de santé graves et chroniques; le médicament traditionnel doux, lent, aidant à restaurer l'équilibre serait consommé pour des problèmes bénins et pour prévenir la maladie. La prévention de la maladie et la promotion de la santé jouent d'ailleurs un rôle important dans le quotidien des immigrants vietnamiens, en particulier des plus âgés, qui estiment devoir protéger leur capital santé en faisant de l'exercice physique régulièrement, en ayant aussi recours au médecin conventionnel (bilan de santé annuel).
- 3. Au chapitre des déterminants liés à l'expérience d'immigration et à l'adaptation au pays d'accueil**, les femmes s'avèrent plus consommatrices que les hommes, renvoyant à une tendance canadienne reconnue, mais aussi au rôle primordial de la femme vietnamienne dans l'espace thérapeutique et la gestion de la santé et des soins familiaux; le fait d'avoir une activité professionnelle prenante serait néanmoins pour les hommes une justification des comportements de prévention de la maladie et de promotion de la santé renvoyant à un recours à certaines MAC. Le coût des PSN ne s'imposerait par ailleurs pas comme un obstacle à leur consommation. Un certain nombre de répondants insistent aussi sur l'influence du climat et de l'environnement naturel québécois et canadien sur l'éclosion ou l'aggravation de certains problèmes de santé qui entraînerait selon eux un recours plus fréquent au médicament (traditionnel et allopathique).

Monnais, L. « La santé des immigrants. La consommation de médicaments des immigrants vietnamiens de Montréal et Toronto », programme « Nouveau chercheur », IRSC (2001-06)

**En fin de compte, ces recherches permettront de brosser un portrait des MAC et du recours qui y est fait, en particulier aux PSN, pour le Québec spécifiquement. Elles s'imposent comme primordiales à l'heure où le Règlement sur les produits de santé naturels doit être mis en application dans la province. Elles permettraient de donner des outils d'opérationnalisation de cette loi qui soient adaptés à la province, aux Québécois et aux Québécoises et à leurs pratiques socioculturelles et de santé.**

### **3.5. Propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser**

**En guise de conclusion, nous suggérons au Commissaire de se concentrer sur :**

#### **1. Une compréhension en profondeur du phénomène de pluralisme médicamenteux**

Une compréhension fine des modes de recours aux MAC et aux PSN en lien avec l'évolution de la société québécoise, de son système de santé mais également de son métissage culturel grandissant, transformant le paysage de l'offre de soins et des représentations populaires, permettrait, entre autres, de développer une meilleure adéquation entre services proposés et attentes des clientèles, en particulier des « groupes vulnérables ». Elle permettrait également d'alimenter la réflexion émergente sur les possibles moyens de rationalisation de ce recours (recours préventif et de promotion de la santé, pluralisme thérapeutique limitant les risques d'interactions néfastes, automédication « éclairée ») qui pourraient favoriser l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

#### **2. Cette compréhension du phénomène de pluralisme médicamenteux est par ailleurs directement associée à un travail prioritaire relativement :**

- à la définition des PSN au Québec (gamme de produits, disponibilité, lieux de commercialisation, etc.);
- à la détermination des MAC disponibles au sein de la province (insistant sur leur degré de popularité, d'insertion dans le cadre des soins conventionnels, etc.);
- à un portrait des thérapeutes oeuvrant dans le domaine des MAC et des individus/compagnies concernés par la commercialisation/vente des PSN.

#### **3. À partir de là, il deviendra possible, et c'est là notre troisième et dernière recommandation, de réfléchir aux meilleurs moyens d'appliquer, dans le contexte québécois, de son système de santé, de sa société et de ses valeurs, le Règlement sur les produits de santé naturels entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004.**



## CONCLUSION

Au terme de cette recension des écrits sur le médicament, deux ensembles de réflexions se dégagent. Le premier concerne la façon d'aborder l'objet « médicament » et les facteurs qui sous-tendent et conditionnent son recours dans nos sociétés occidentales et plus particulièrement dans la société québécoise. À cet égard, il apparaît nécessaire d'élargir l'analyse de l'usage des médicaments aux facteurs d'ordre social et culturel, dimensions qui ne sont pas encore suffisamment prises en compte dans les études scientifiques. Il faut dès lors se pencher sur les logiques de recours en tant que logiques plurielles, où la rationalité médicale et scientifique n'occupe pas toute la place et où l'influence de contingences, de contextes et d'acteurs sociaux (individuels et collectifs) est majeure.

Ce premier ensemble de réflexions, décliné à travers les questions du mésusage et de la relation thérapeutique, du recours aux médicaments psychotropes et du pluralisme thérapeutique, en appelle un second. Il s'agit de réflexions sur les moyens à partir desquels peut s'effectuer cet élargissement de perspective concernant l'usage du médicament. À ce propos, nous avons soulevé un certain nombre de pistes à prioriser. Ainsi, il nous semble important de favoriser le développement d'études qui se fondent sur des méthodologies de type qualitatif, de manière à mieux cerner les valeurs et les cultures ainsi que les oppositions entre bienfaits et risques inhérentes à la notion d'usage optimal des médicaments. Les approches sociales de type qualitatif permettent d'explorer et d'approfondir nos connaissances issues du champ de l'épidémiologie et de la pharmacoéconomie. Il apparaît en outre important de multiplier les études de terrain de cas locaux différenciés selon les milieux socioéconomiques, de façon à mieux rendre compte de l'ancrage socioculturel des problèmes de mésusage. De plus, une approche qualitative dans l'évaluation des programmes de gestion intégrée de la médication et des soins permettrait, à terme, de bien cerner les obstacles, les contraintes et les éléments facilitant l'implantation de ces programmes. Finalement, dans un contexte d'accélération de la circulation des savoirs sur le médicament à travers les médias de masse (presse, Internet, télévision, etc.), l'analyse de l'information véhiculée (sa nature et sa validité) devient incontournable pour cerner les pratiques de recours ainsi que leurs sources d'influence.

Le phénomène de l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes impose, quant à lui, d'affiner les statistiques épidémiologiques relatives aux médicaments psychotropes, de brosseur un meilleur portrait de leur usage par classe thérapeutique et par région géographique. Il serait également important de favoriser les recherches permettant de mieux connaître les itinéraires de consultation thérapeutique qui amènent des individus en détresse à consommer des médicaments psychotropes et de mieux cerner les pratiques et représentations socioprofessionnelles qui conduisent au diagnostic et à la prescription. Là aussi, des études locales, sur des milieux spécifiques, comme par

exemple différentes ressources d'hébergement, permettraient d'avancer dans la compréhension du phénomène.

Enfin, la popularité croissante des produits de santé naturels doit être analysée en lien avec l'évolution de la société québécoise, de son système de santé mais également d'un métissage culturel grandissant qui transforme le paysage de l'offre de soins et des représentations populaires concernant le médicament. Parmi les pistes de recherche à développer à cet égard, celle visant à mieux circonscrire les PSN (la gamme de produits, disponibilité, lieux de commercialisation, etc.) au Québec et les pratiques thérapeutiques associées, permettrait de réfléchir aux meilleurs moyens d'appliquer, dans le contexte québécois, de son système de santé, de sa société et de ses valeurs, le Règlement sur les produits de santé naturels entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Partie 1 :**

ALLEN, H. (1998) Promoting compliance with antihypertensive medication. *British Journal of Nursing*, vol. 7, n°20, pp. 1252-1258.

AJZEN, I. (1985) "From intentions to actions : a theory of planned behaviour". In : Kuhl J, Beckmann J, editors. *Action-Control : from cognition to behaviour*. Heidelberg : Springer-Verlag.

ARLUKE, A. (1980) Judging drugs : Patients' conceptions of therapeutic efficacy in the treatment of arthritis. *Human Organization*, vol. 39, n°1, pp. 84-88.

BARBEAU, G. (1990) Médicament et vieillissement : à la recherche d'une identité, La qualité de vie au troisième âge : plus qu'une question de gestion, *Les Cahiers des journées de formation annuelle du sanatorium Bégin*, 9, 27-51.

BARTLETT, E.E., *et al.* (1984) The effect of physician communications skills on patient satisfaction : Recall, and adherence. *Journal of Chronic Disease*, Vol. 37, n° 9/10, pp. 755-764.

BOLTANSKI, L. (1971) Les usages sociaux du corps. *Annales*, vol. 26, n°1, pp. 205-233.

BRADLEY, C. (1992) Factors which influence the decision whether or not to prescribe : the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*, 422, pp. 454-458.

BRITTEN, N. (1994) Patients' ideas about medicines : A qualitative study in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 44, pp. 465-468.

BRITTEN, N. (1996) "Lay views of drugs and medicines : Orthodox and unorthodox accounts". In S. J. Williams et M. Calnan. *Modern medicine : Lay perspectives and experiences*, London : UCL Press Ltd, pp. 48-73.

CAFFERATA, GL., KASPER, J. et BERSTEIN, A. (1983) Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs. *J. health Soc Behav*, 24, pp.132-143.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (2001) *Pending on drugs outpaces other health care spending, reports CIHI* (press release) Ottawa : The Institute, march 14. Available : [www.cihi.ca/medrls/14mar2001.shtml](http://www.cihi.ca/medrls/14mar2001.shtml) (accessed 2001 Jan 9)

CARO, J.J., *et al.* (1997) Compliance as a function of initial choice of antihypertensive drug. *American Journal of Hypertension*, 10, p.141 A.

CARO, J.J., *et al.* (1999) Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n°1, pp. 31-7.

CARRIE, AG, METGE, CJ et ZHANEL, G.Z. (2000) Antibiotic use in a Canadian Province, 1995-1998. *The Annals of Pharmacotherapy*, 34, pp. 459- 463.

CHÉNARD, L., DAVELUY, C. et ÉMOND, A. (2000) *Rapport de l'Enquête sociale et de santé*. Québec : Institut de la statistique du Québec, pp. 627-642.

CHINBURAPA, V., LARSON, L.N., BRUCKS, M. (1993) Physician prescribing decisions : the effects of situational involvement and task complexity on information acquisition and decision making, *Social Science and Medicine*, Vol. 36, n°11, pp.1473-1482.

CHOCKALINGAM, A., *et al.* (1998) Adherence to management of high blood pressure : Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control. *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n°5, pp. I-5-I-7.

CHRISMAN, N. (1977) The health seeking process : An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 351-378.

COAMBS, RB, *et al.* (1995) *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of non-compliance and inappropriate use of prescription medication in Canada*. Toronto : University of Toronto Press.

COIERA, E. (1998) Information epidemics, economics, and immunity on the Internet. *BMJ*, 317, pp. 1469-1470.

COLLIN, J. (1999) Rationalité et irrationalité à l'origine des mésusages des médicaments. *Actualité et dossier en santé publique*, 27, pp. 55-58.

COLLIN, J., DAMESTOY, N. et LALANDE, R. (1999) La construction d'une rationalité : les médecins et les prescriptions de psychotropes. *Science Sociale et Santé*, vol. 17, n°2, pp. 31-53.

COLLIN, J. (2001) Médicaments psychotropes et personnes âgées : une socialisation de la consommation. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n°2, pp. 75-99.

COLLIN, J. (2002) Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie et société*, 103, pp. 141-161.

COLLIN, J. (2002) *Les fonctions sociales du médicament : sa place dans les interactions entre patients âgés et médecins de famille*. Conférence Carrefour Midi, Laval, 7 mai.

COLLIN, J. (2003) Médicament et vieillesse : trois cas de figure. *Anthropologie et Sociétés*. Vol. 27, n°2, pp. 119-138.

COLLIN, J., ANKRI, J. (2003) La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec, *Gérontologie et société*, 107, pp. 149-165.

COLLIN, J., et LEVY, J. (2003) Remède, poison et charme magique. *Frontières*, vol. 16, n°1, pp. 5-8.

COLLINS, R. *et al.* (1990) Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part. 2. Short-term reductions in blood pressure : Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, 335, pp. 827-838.

CONRAD, P. (1985) The meaning of medications : Another look at compliance. *Social Science and Medicine*, vol. 20, n°1, pp. 29-37.

CORMACK, M.A., et HOWELLS, E. (1992) Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees. *Family Practice*, 9, pp. 466-471.

CUMMING, K.M., *et al.* (1982) Determinants of drug maintenance among hypertensive persons in inner city Detroit. *Public Health Reports*, vol. 97, n°2, pp. 99-106.

DAB, W. (1998) *L'information sur la santé et la sécurité est-elle condamnée à être anxieuse ? Risques et peurs alimentaires*. Paris : Odile Jacob, pp. 149-157.

DAVIDSON, RA. (1986) Source of funding and outcome of clinical trials. *J Gen Intern Med.*, 1, pp.155-158.

DAVIDSON, W., *et al.* (1994) Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, n°6, pp. 817-921.

DEGNER, L. (1995) Commentary to the case study Protocol shopping on the Internet. *Cancer Practice*. 3, pp. 275-276.

DONNOVAN, J.L., et BLAKE, DR. (1992) Patient non-compliance : Deviance or reasoned decision-making ? *Social Science and Medicine*, 34(5), 507-13.

DMOZ (1996) *Open directory project Health*. Available : [www.dmoz.org/health/](http://www.dmoz.org/health/) (Accessed 2000 July 9)

EGAN, M., *et al.* (2000) Do patient factors alter the relationship between physician characteristics and use of long-acting benzodiazepines ? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, pp. 1181-1187.

EINARSON, TR., SEGAL, HJ, MANN, JL. (1989) Drugs utilization in Canada. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 6, pp. 69-82.

ETTORE, E., KLAUKKA, T. et RISKKA, E. (1994) Psychotropic drugs : Long-term use, dependency and the gender factor. *Social Science and Medicine*, vol. 39, n°12, pp. 1667-1673.

FALLSBERG, M. (1991) *Reflections on medicines and medication : A qualitative analysis among people on long-term drug regimens*. Thèse de doctorat, Department of Education and Psychology (Dissertations No. 31), Sweden : Linköping University.

FELDMAN, R., *et al.* (1998) Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health*, 89 (Suppl. 1), pp. 16-18.

FERRY, ME, LAMY, PP et BECKER, LA. (1985) Physicians' knowledge for the elderly. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 33, pp. 616-625.

FREIDSON, E. (1987) *La profession médicale*. Paris : Minuit.

GARRITY, T.F. (1981) Medical Compliance and the Clinician-Patient Relationship : Review. *Social Science and Medicine*, Part E Medical Psychology, Vol. 15, n°3, pp. 215-222.

GEEST VAN DER, S, WHYTE, S et HARDON, A. (1996) The Anthropology of Pharmaceuticals : A Biographical Approach. *American Review of Anthropology*, 25, pp. 153-178.

GOFFMAN, E. (1974) *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit.

GONZALES, R., *et al.* (1998) Factors associated with antibiotic use for acute bronchitis. *J. Gen. Intern. Med.* 13, pp. 541-548.

GORDIS, L, *et al.* (1969) Why patients don't follow medical advice : a study of children on long-term antistreptococcal prophylaxis. *Journal of Pediatrics*, 75, pp. 957-968.

GRÉGOIRE, J.-P. (1990) *La mesure de l'observance du traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle*. Thèse doctorale, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

GRÉGOIRE, J.-P., *et al.* (1995) *Use of medication in hypertension (UMH) : The impact of side effects on compliance to drug treatment*. Manuscrit d'un protocole de recherche. Unité de pharmacoépidémiologie et Département de médecine de l'Université Laval à Québec, Département de médecine familiale et d'épidémiologie et biostatistique de l'Université McGill.

GRUENINGER, U.J. (1995) Arterial hypertension : Lessons from patient education. *Patient Education and Counselling*, 26, pp. 37-55.

GRYMONPRE, R.E., *et al.* (1988) Drug-associated hospital admissions in older medical patients, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 36, n°12, pp.1092-1098.

HASFORD, J. (1992) Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 20(Suppl. 6), pp. S30-S34.

HARTZEMA, AG et CHRISTENSEN, DB (1983) Nonmedical factors associated with prescribing volume among family practitioners in an HMO. *Medical Care*, 21, pp. 990-1000.

HARTLAUB, P.P., *et al.* (1993) Evaluation of an intervention to change benzodiazepine-prescribing behavior in a prepaid group practice setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 9, pp. 346-352.

HASFORD, J. (1992) Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 20(Suppl. 6), pp. S30-S34.

HAYNES, R.B. *et al.* (1976) Improvement in medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet*, 1, pp. 1265-1268.

HAYNES, RB. (1995) Promoting patient adherence. P|S|L Forum : *The patient-seizing the opportunity*. Unpublished manuscript.

HAYNES, RB, MCKIBBON, KA, KANANI, R. (1996) Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet*, 348, pp. 383-386.

HELMAN, C. (1981) Tonic, food and fuel : Social symbolic aspects of the long term use of psychotropic drugs. *Social Science and Medicine*, Part B Medical Anthropology, vol. 15, n°4, pp. 521-533.

HEURTIN-ROBERTS, S., et REISEN, E. (1990) Health beliefs, compliance - hypertension. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 39, n°40, pp. 701-704.

IMPICCIATORE, P., *et al.* (1997) Reliability of health information for the public on the world wide web : systematic survey of advice on managing fever in children at home. *BMJ*, vol. 314, n°7098, p.1875.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, STATISTIQUE CANADA. (2000) *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*. Ottawa : ICIS.

JADAD, AR., et GAGLIARDI, A. (1998) Rating health information on the Internet : Navigating to knowledge or to Babel ? *JAMA*. Vol. 279, n°8, pp. 611-614.

JUANILLO, N., et SCHERER, CW. (1995) Attaining a state of informed judgements : Toward a dialectical discourse on risk. *Communication Yearbook 18*, B.R. Burleson, Sage publication.

KJELLGREN, K.I., AHLNER, J. et SÄLJÖ, R. (1995) Taking antihypertensive medication-controlling or co-operating with patients ? *International Journal of Cardiology*, 47, pp. 257-268.

KYNGÄS, H., et LAHDENPERÄ, T. (1999) Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, n°4, pp. 832-839.

LAURIER, C., ARCHAMBAULT, A. et CONTANDRIOPOULOS, AP. (1985) *La pratique des pharmaciens d'officine au Québec. 1. Variables socio-démographiques, milieux de pratique et comportements des pratiques*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 335 p.

LAURIER, C. (2004) L'utilisation optimale des médicaments. Qu'en est-il ? Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Centre des congrès de Québec, le 20 et 21 mai 2004.

LEVENTHAL, H., ZIMMERMAN, R. et GUTMANN, M. (1984) "Compliance : a self-regulation perspective". In : Gentry D, editor. *Handbook of behavioural medicine*. New York : Pergamon Press.

LEXCHIN, J. *et al.* (2003) Pharmaceutical Industry sponsorship and research outcome and quality : systematic review. *BMJ*, pp. 1167-1170.

LINN, L.S. (1971) Physician characteristics and attitudes toward legitimate use of psychotherapeutic drugs. *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 132-140.

MANNING, PR, *et al.* (1986) Changing prescribing practices through individual continuing education. *Journal of the American Med Ass*, 256, pp. 230-232.

MASSÉ, R. (1995) *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et la promotion de la santé*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin Éditeur.

MCKINLAY, J. (1975) Who is really ignorant-physician or patient ? *Journal of Health and Social Behavior*, 16, pp. 3-11.

MCNUTT, L.A., *et al.* (1994) Impact of regulation on benzodiazepine prescribing to a low income elderly population, New York State. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 47, n°6, pp. 613-625.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1993) L'utilisation des médicaments chez les personnes âgées. Actes du Colloque organisé par le ministère de la santé et des services sociaux et l'Association canadienne de l'industrie du médicament. 27 mai 2003. Dépôt légal. Bibliothèque nationale du Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1999) Évaluation du régime général d'assurance médicaments, 15 décembre 1999. Dépôt légal. Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2000) *Recension des options en matière de financement, de partage et de contrôle des coûts d'un programme universel de médicaments et évaluation sommaire de ces options*. s.l. Le Ministère, 1995, p. 3, cité dans Blain Louise, *L'assurance médicaments : les conséquences de la mixité du régime sur l'accès équitable aux médicaments*, mémoire de maîtrise, Département de droit social et du travail, Université du Québec à Montréal, septembre 2000.

MONANE, M., *et al.* (1997) The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertension*, vol. 7, n°1, pp. 697-704.

MONETTE, J., *et al.* (1994) Do medical education and practice characteristics predict inappropriate prescribing of sedative-hypnotics for the elderly? *Academic Medicine*, 69 (10 suppl.), pp. S10-S12.

MONETTE, J., *et al.* (1997) Characteristics of physicians who frequently prescribe long-acting benzodiazepines for the elderly. *Evaluation and the Health Professions*, vol. 20, n°2, pp. 115-30.

MONETTE, J. (2004) Facteurs liés à l'utilisation optimale des médicaments. Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Centre des congrès de Québec, le 20 et 21 mai 2004.

MONTAGNE, M. (1988) The Metaphorical Nature of Drugs and Drug Taking. *Social Science & Medicine*, vol. 26, n° 4, pp. 417-24.

MORGAN, T.O., *et al.* (1986) Compliance and the elderly hypertensive. *Drugs*, 31(Suppl.4), pp. 174-183.

MORGAN, M. et WATKINS, C.J. (1988) Managing hypertension : Beliefs and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health and Illness*, 10, pp. 561-577.

MORGAN, M. (1996) "Perceptions and use of antihypertensive drugs among cultural groups". In S. J. Williams & M. Calnan. *Modern medicine : Lay perspectives and experiences*. London : UCL Press Ltd, pp. 95-115.

MYERS, LB., et MIDENCE, K. (1998) *Adherence to treatment in medical conditions*. London : Harwood academic publishers.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1987) *La prescription médicamenteuse aux personnes âgées*, Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 23 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2002) *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments. Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux*. Genève, pp. 1-6.

ORLOWSKI, J.P., et WATESKA, L. (1992) The effects of pharmaceutical firm enticements on physicians prescribing patterns. *Chest*, vol. 102, n°1, pp. 270-273.

PAPILLON, M-J., *et al.* (2000) Rapport de l'Enquête sociale et de santé. Consommation de médicaments. Chapitre 22. Institut de la statistique du Québec.

PELLEGRINO, ED. (1976) Prescribing and drug ingestion : Symbols and substances. *Drugs Intelligence and clinical pharmacy*, 10, pp. 624-630.

PINEAULT, R. (1986) The effect of prepaid group practice on physicians' utilization behavior. *Medical Care*, 14, p. 121.

PROULX, M., *et al.* (2003) La construction du risque chez des hypertendus considérés inobservants à leurs médicaments antihypertenseurs. *Frontières*, Vol. 16, n°1, pp. 51-56.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. (1993) *Statistiques annuelles 1992*, Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, 220 p.

REHDER, T.L., *et al* (1980) Improving medication compliance by counseling and special prescription container. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 37, pp. 379-385.

RIZZO, J.A. & SIMONS, R. (1997) Variations in compliance among hypertensive patients by drug class : implications for health care costs. *Clinical Therapeutics*, vol. 19, n°6, pp. 1446-1457.

ROY-BYRNE, P.P. (1991) "Benzodiazepines : dependence and withdrawal". In P.P. Roy-Byrne, D.S. Cowley (Eds.) *Benzodiazepines in clinical practice : risks and benefits*. Washington : American Pediatric Press, pp. 133-153.

SACKETT, DL. (1976) "The magnitude of compliance and non-compliance". In : DL. Sackett & RB Haynes (Eds.) *Compliance with therapeutic regimes*. John Hopkins Press.

- SACKETT, D, et HAYNES, RB. (1976) *Compliance with therapeutic regimens*. JohnsHopkins Université Press.
- SCHWARTZ, R.K., SOUMERAI, S.B. et AVORN, J. (1989) Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Social Science and Medicine*, 28, pp. 577-582.
- SCHWARTZ, H.I., et BLANK, K. (1991) Regulation of benzodiazepine prescribing practices : Clinical implications. *General Hospital Psychiatry*, 13, pp. 219-224.
- SIEGEL, E., *et al.* (1971) Continuation of contraception by low-income women : a one year follow-up. *American Journal of Public Health*, 61, pp. 1886-1898.
- SKOLNICK, AA. (1997) WHO considers regulating ads, sale of medical products on Internet. *Medical News & Perspectives*, vol. 278, n°21, pp. 1723-1724.
- STANTON, A.L. (1987) Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, pp. 377-394.
- STEINER, J.F., FIHN, S.D., BLAIR, B., & INUI, T.S. (1991) Appropriate reductions in compliance among well-controlled hypertensives patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, pp. 1361-1371.
- STONE, G.C. (1979) Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Sociological Issues*, vol. 35, n°1, pp. 34-59.
- TAMBLYN, R., *et al.* (1994) Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, n° 11, pp. 1801-1809.
- TAMBLYN, R. (1996) Medication use in seniors : challenges and solutions. *Thérapie*, 51, pp. 269-282.
- TAMBLYN, R. (2004) *Nouvelles technologies dans l'amélioration des soins. Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Centre des congrès de Québec, le 20 et 21 mai 2004.
- TAMBLYN, R. et PERREAULT, R. (2000) Prescription drug use and seniors. *La revue canadienne du vieillissement*, 19 (suppl.1), pp. 143-175.
- TATIONSINI, A., *et al.* (2003) Important drug safety information on the Internet. *Drug Safety*. Vol. 26, n°7, pp. 519-527.
- TROSTLE, J.A. (1988) Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, vol. 27, n°12, pp. 1299-1308.

VAN DER GEEST, S., WHYTE, S. et HARDON, A. (1996) The anthropology of pharmaceuticals : A bibliographical approach. *American Review of Anthropology*, 25, pp. 153-178.

VAN DER GEEST, S. & WHYTE, SR (2003) Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments, *Cultures et médicaments*, vol. 27, n°2, pp. 97-119.

WEISBORD, S.D., SOULE, J.B. et KIMMEL, P.L. (1997) Poison on line – Acute renal failure caused by oil of wormwood purchased through the Internet. *New Engl. J Medicine*, vol. 37, n°12, pp. 825-827.

WHO (2003) *Adherence to long-term therapies : Evidence for action*. Geneva : WHO, 198 p.

WILLIAMS, P., et COCKERILL, R. (1989) Report on the 1989 survey of the prescribing experiences and attitudes toward prescription drugs of Ontarian physicians, dans *Recommandations pour la santé. Rapport du comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques*. (Annexes), Toronto : Ministère de la santé de l'Ontario.

WILLIAMS, A.P., COCKERILL, R. et LOWY, F.H. (1995) The physician as prescriber; Relations between knowledge about prescription drugs, encounters with patients and the pharmaceutical industry, and prescription volume. *Health and Canadian Society*, vol. 3, n°1-2, pp. 135-166.

WILLIAMS, D.R. (1998) Assessing patient wellness : New perspective on quality of life and compliance. *American Journal of Hypertension*, 11 (11Pt 2), pp. 186S-191S

YASIN, S. (1998) Detecting and improving compliance : is concordance the solution ? *Australian Family Physician*, vol. 27, n°4, pp. 255-260.

YOUNG, JB., Weiner, DH, Yusuf, S., Pratt, GM, Kostis, JB *et al.* (1995) Patterns of medication use in patients with heart failure : A report from the registry of studies of left ventricular dysfunction (SOLVD) *Southern Medical Journal*, vol. 88, n°5, pp. 514-523.

## **Partie 2 :**

AACAP. (1997) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 36, pp. 85S-121S.

ALLARD, J., ALLAIRE, D., LECLERC, G., LANGLOIS, S.P. (1995) The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, Vol. 20, n°2, pp. 193-204.

ALS-NIELSEN, B., W. CHEN, C. GLUUD et L.L. KJAERGARD. (2003) Association of funding and conclusions in randomized drug trials : a reflection of treatment effect or adverse events ? *JAMA*, vol. 290, n°7, pp. 921-8.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. (1990) Physicians and the pharmaceutical industry. *Annals of Internal Medicine*, vol. 112, pp. 624-626.

ANKRI, J. *et al.* (2002) Médicaments psychotropes et sujets âgés. Une problématique commune France-Québec, *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n°1, pp. 35-62.

APARASU, R.R., MORT, J.R., SITZMAN S. (1998) Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice. *Clinical Therapeutics*, Vol. 20, n°3, pp. 603-616.

ARKES, H.R. (1981) Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, n°3, pp. 323-330.

BEKELMAN, J. E., A.B. YAN LI et C.P. GROSS. (2003) Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research : a systematic review, *JAMA*, vol. 289, pp. 454-465.

BIADI-IMHOF. (1998) Le médicament psychotrope et les attentes des soignants. *PRISME*, 8, n°1, pp. 238-251.

BOUCHARD, R., et D. LAFORTUNE (à paraître) La psychopharmacologie et l'observance du traitement dans les centres de réadaptation, telles que perçues par les éducateurs. *Revue Canadienne de Psychoéducation et d'orientation*.

CHO, M.K., et L.A. BERO. (1996) The quality of drug studies published in symposium proceedings. *Annals of Internal Medicine*, 124, pp. 485-489.

COLLÈGE DES MÉDECINS ET ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. (2001) *Le trouble déficit de l'attention/ hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

COLLIN, J. (1999) Rationalité et irrationalité à l'origine des mésusages des médicaments. *Actualité et dossier en santé publique*, vol. 27, pp. 55-58.

COLLIN, J. (2001) Médicaments psychotropes et personnes âgées : une socialisation de la consommation. *Revue québécoise de psychologie*, vol.22, n°2, pp. 75-99.

COMITÉ-CONSEIL SUR LE TDAH ET SUR L'USAGE DE STIMULANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. (2000) *Rapport*. Québec : Ministère de l'Éducation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

COMITÉ DE REVUE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS (CRUM) (2001) *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Rapport d'étude*. Québec : CRUM, 79 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. (2003) *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Rapport du Comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

CONNOR, D. F. (2002) *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents : research and treatment*. New York, Guilford Press.

CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE. (1992) *Rapport d'étude sur le remboursement des benzodiazépines dans le cadre du programme de médicaments*. Québec : Gouvernement du Québec.

DAVIDOFF, F. (2002) Between the lines : navigating the uncharted territory of industry-sponsored research. A former medical journal editor describes how and why staff changed their policy on disclosing conflicts of interest. *Health Affairs*, vol. 21, n°2, pp. 235-242.

DAVIDSON, R.A. (1986) Source of funding and outcome of clinical trials. *Journal of General Internal Medicine*, vol.1, pp. 155-158.

DEALBERTO, M.J., MACAVAY, G.J., SEEMAN, T., BERKMAN, L. (1997) Psychotropic drug use and cognitive decline among elder men and women. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 12, n°5, pp. 567-574.

DEANGELIS, C.D, P.B. FONTANAROSA et A. FLANAGIN. (2001) Reporting financial conflicts of interest and relationships between investigators and research sponsors. *JAMA*, vol.. 286, pp. 89-91.

DOWIE, J. et A. ELSTEIN (1988) *Professional judgment : a reader in clinical decision making*. Cambridge : Cambridge University Press.

DUNNE, J.E. (1997) History and development of the practice parameters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n°10, pp. suppl. 1S-3S.

DUPRÉ-LÉVÊQUE, D. (1998) Psychotropes, milieu institutionnel, personnes âgées : quels rapports ? Pour une approche anthropologique du médicament psychoactif. *Les cahiers de l'Actif*, pp. 143-153.

ECCADD, (1994) *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et autres drogues*. Ottawa : Santé Canada.

EHRENBERG, A., et A.M. LOVELL. (2001) *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Éditions Odile Jacob.

EISENBERG, J.M. (1986) *Doctors' decisions and the cost of medical care : the reasons for doctors' practice patterns and ways to change them*. Ann Arbor, Mich : Health Administration Press Prespective.

EVE, S.B., et FRIEDSAM, H.J. (1981) Use of tranquilizers and sleeping pills among older Texans. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 13, n°2, pp. 165-173.

GABE, J. (1991) *Understanding tranquilliser use : The role of the social sciences*. London, Routledge.

GADOW, K. D. (1997) An overview of three decades of research in pediatric psychopharmacology. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 7, n°4, pp. 219-236.

GREENHILL, L.L. (1998) The use of psychotropic medication in preschoolers : indications, safety, and efficacy. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 43, n° 6, pp. 576-581.

GUPTA, V.B. (2000) The escalating use of psychotropic medications to treat behavior problems in preschoolers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 21, n°5, pp. 391.

GUSTAFSSON, T. M. *et al.*, (1996) Factors Associated with psychotropic drug use among the elderly living at home. *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 15, n°2, pp. 238-254.

HEALTH ACTION INTERNATIONAL. (1999) *The tie that bond ? Weighting the risks and benefits of pharmaceutical industry sponsorship*. Amsterdam : Health Action International.

HEMELS, M., *et al.* (2002) Increased Use of Antidepressants in Canada : 1981–2000, *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36, n° 9, pp. 1375–1379.

HIRTZ, D.G. et L.G. FITZSIMMONS. (2002) Regulatory and ethical issues in the conduct of clinical research involving children. *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 14, n° 6, pp. 669-75.

Intercontinental Marketing Services Health (IMS-2000) Available : [www.imshealthcanada.com/htmlfr/3\\_1\\_17.htm](http://www.imshealthcanada.com/htmlfr/3_1_17.htm)

Intercontinental Marketing Services Health (IMS-2003) Available : [www.imshealthcanada.com/htmlfr/3\\_2.htm](http://www.imshealthcanada.com/htmlfr/3_2.htm)

KIRK, S., et H. KUTCHINS. (1992) *The Selling of DSM : The rhetoric of Science in Psychiatry*. New York, A. de Gruyter.

KIRK, S., et H. KUTCHINS. (1997) *Making US Crazy. DSM : The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York, Free Press.

LAFORTUNE, D., et C. LAURIER. (sous presse) Les drogues médicales... ou le recours aux médicaments psychotropes dans la prise en charge des jeunes hébergés dans les centres jeunesse. In Guyon, L., Brochu, S. et Landry, M (Éds.), *Adolescence et substances psychotropes*. Presses de l'Université Laval.

LAFORTUNE, D., N. DESLAURIERS-VARIN et R. BOUCHARD. (2003) Suicide et Centres jeunesse : ces pédopsychiatres que T. et Y. n'ont pas consultés. *Frontières*, vol. 16, n°1, p. 78-84.

LAFORTUNE, D., C. LAURIER et F. GAGNON. (2004) Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse. *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 34, n°1, pp. 157-176.

LAROSE, D. (1996) Consommation de psychotropes chez les personnes âgées vivant à domicile. *Rapport de recherche*, 130 p

LATIMER, E. (2004) Analyse économique et services de santé mentale. *PRISME*, vol. 42, pp. 34-48.

LEXCHIN, J., *et al.* (2003) Pharmaceutical Industry sponsorship and research outcome and quality : systematic review. *BMJ*, vol. 326, pp. 1167-1170.

MANNING, W.G. *et al.*, (1984) A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of service. *New England Journal of Medicine*, vol. 310, pp. 1505-1510.

MARTIN, A., *et al.* (2003) Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrolles in Connecticut Medicaid managed cadre. *Psychiatric Services*, vol. 54, n°1, pp. 72-77.

MEEHL, P.E. (1960) The cognitive activity of the clinician. *American Psychologist*, vol. 15, pp. 19-27.

MILLER, J.L. (2000) Psychotropic drug use rising among preschoolers. *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 57, n°8, pp. 732-735.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1989) *La politique de santé mentale*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1992) *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1998) *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1999) *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2001) *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations – Axes d'intervention – Actions*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MISHARA, B.L., MCKIM, W.A. (1989) *Drogues et vieillissement*. Chicoutimi (Qc) : Gaëtan Morin.

MONCRIEFF, J., et M.J. CRAWFORD. (2001) British psychiatry in the 20th century - observations from a psychiatric journal. *Social Science & Medicine*, vol. 53, pp. 349-356.

MONTMARQUETTE, C. (2001) *Pour un Régime d'assurance médicaments équitable et viable*. Rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec.

NAMHC Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. (2001) *Blueprint for change : research on child and adolescent mental health*. Washington D.C.

NOAH, L. (2002) Medicine's Epistemology : Mapping the Haphazard Diffusion of Knowledge in the Biomedical Community. *Arizona Law Review*, vol. 44, pp. 373-466.

NOBLE, R.C. (1993) Physicians and the pharmaceutical industry : an alliance with unhealthy aspects. *Perspectives on Biological Medicine 1993*, vol. 36, pp. 376-394.

ORLOWSKI, J.P., et L. WATESKA, (1992) The effects of pharmaceutical firm enticements on physicians prescribing patterns. *Chest*, Vol. 102, n°1, pp. 270-273.

OTERO, M. (2003a) *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

OTERO, M. (2003b) « L'intervention en santé mentale : entre la discipline et le primat du corps » dans I. Lasvergnas, *Le vivant et la rationalité instrumentale*, Montréal, Liber.

OTERO, M. (2003c) « La dépression et les antidépresseurs entre le corps et la norme », *Frontières*, numéro intitulé « La mort, les médicaments, les poissons, les remèdes », vol. 6, n° 1, pp. 29-36.

PAPPADOPULOS, E., *et al.* (2003) Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAY) Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n°2, pp. 145-161.

PATERNITI, S., BISSERBE, J.C., ALPEROVITCH, A., (1998) Psychotropic drugs, anxiety and depression in the elderly population. The EVA study. *Rev. Epidemiol. Santé Publique*, vol. 46, n°4, pp. 253-262.

PINEAULT, R. (1986) The effect of prepaid group practice on physicians' utilization behavior. *Medical Care*, vol. 14, pp. 121.

PLISKA, S.R., GREENHILL, L.L., CRISMON, M.L. (2000) The Texas Children's Medication Algorithm Project : Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, n°7, pp. 908-919

PULLMANN, R. (1997) Financial equivalent, industry sponsored research and conflict of interest. *Bratislavske Lekarske Listy*, vol. 98, n°1, pp. 5-7.

SAUCIER, J.F. (2003) Recherche clinique et clinique de la recherche. *PRISME*, vol. 42, pp. 140-148.

SCHATZBERG, A.F., *et* C.B. NEMERFF. (2001) *Essentials of clinical psychopharmacology*. Washington : American Psychiatric Publishing.

SCHUR, S.B., *et al.* (2003) Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAAY) Part I : a review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n°2, pp. 132-44.

SIMÉON, J. G., D. M. WIGGINS *et* E. WILLIAMS. (1995) World wide use of psychotropic drugs in child and adolescent psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 19, pp. 455-465.

SPARKS, J.A. (2002) Taking a stand : an adolescent girl's resistance to medication. *Journal of Marital & Family Therapy*, vol. 28, n°1, pp. 27-38,

TAMBLYN, R., *et al.* (1994) Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, n°11, pp. 1801-1809.

TAMBLYN, R. (1996) Medication Use in Seniors : Challenges and Solutions. *Thérapie*, vol. 51, n°3, pp. 269-82.

VAN DER HEIDE, B. (1999) WHO's partnership with the pharmaceutical industry. Disponible à : [www.haiweb.or//news/brundtland.html](http://www.haiweb.or//news/brundtland.html). (accédé le 25 juillet 1999)

VITIELLO, B., et P.S. JENSEN. (1997) Medication development and testing in children and adolescents : current problems, future directions. *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, n°9, pp. 871-876.

VITIELLO, B., JENSEN, P.S., HOAGWOCK, K. (1999) Integrating science and ethics in child and adolescent psychiatry research. *Biological Psychiatry*, Vol. 49, n°8, pp. 1044-1049.

WALKUP, J.T. (1995) Clinical decision making in child and adolescent psychopharmacology. *Child and Adolescent Clinics of North America*, vol. 4, n°1, pp. 23-40.

WEYERER, S., et H. DILLING. (1991) Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics and use of psychotropic drugs in the community : Results from the upper Bavarian Field Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 44, pp. 303-311.

WIDLÖCHER, D. (1997) *La psyché carrefour*, Paris, Georg éditeur.

YORK UNIVERSITY CENTRE FOR HEALTH STUDIES (1999) *Les approches complémentaires et parallèles en santé. Un aperçu canadien*. Toronto : York University.

WILENS, T.E., *et al.* (1999) Combining methylphenidate and clonidine : a clinically sound medication option. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38, n°5, pp. 614-619.

WILENS, T.E., *et al.* (1995) Combined pharmacotherapy : an emerging trend in pediatric psychopharmacology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 34, n°1, pp. 110-112

WILLIAMS, A.P., R. COCKERILL et F.H. LOWY, F.H. (1995) The physician as prescriber. Relations between knowledge about prescription drugs, encounters with patients and the pharmaceutical industry, and prescription volum. *Health and Canadian Society*, vol. 3, n° 1-2, pp. 135-166.

ZARIN, D.A., *et al.* (1997) Evidence-based practice guidelines. *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 33, n°4, pp. 641-646.

ZARIN, D.A. (1998) Clinical and treatment characteristics of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in psychiatric practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. December 1998.

ZITO, J.M., *et al.* (2000) Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*, vol. 283, n°8, pp. 1059-1069.

ZITO, J.M., *et al.* (1998) Prevalence variations in psychotropic treatment of children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 8, n°2, pp. 99-105.

ZITO, J.M., et M.A. RIDDLE. (1995) Psychiatric pharmacoepidemiology for children. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 4, n°1, pp. 77-96.

### **Partie 3 :**

ACHILLES, R. (2000) *Defining Complementary and Alternative Health Care*, Ottawa, Santé Canada.

ALPHONSO, C. (2000) “B.C. takes steps to legitimize traditional Chinese medicine”, *The Globe and Mail*, 30 décembre.

ANGUS REID GROUP INC. (1998) *Use and danger of alternative medicines and practice*, Sondage auprès des consommateurs réalisé par CTV/Angus Reid Group Poll.

ASTIN, J.A. (1998) “Why patients use alternative medicine : results of a national study », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 279, pp. 1569-1575.

BARNES, P. M., *et al.* (2004) “Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults : United States”, *Advance Data From Vital and Health Statistics*, n° 343, 27 mai 2002, Washington : US Department of Health and Human Services.

BENOIST, J. (1999) « À propos du rapport entre dimension technique et médiation symbolique dans le médicament », dans O. Faure (dir.), *Les thérapeutiques : savoirs et usages*, Lyon, Fondation Marcel Mérieux, pp. 383-394.

BENOIST, J. (1996) *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris : Karthala.

BLAIS, R., A. MAIGA, et A. ABOUBACAR. (1997) “How different are users and non users of alternative medicine ?”, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n°3, pp. 159-162.

BLAKELEY, J.A., et V. A. RIBEIRO. (2002) “Survey of self-medication practices and perceived effectiveness of glucosamine products among older adults”, *Complementary Therapies in Medicine*, 10, pp. 154-160.

BOON, H. (2002) “Regulation of complementary/alternative medicine : a Canadian perspective”, *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 10, n°1, pp. 14-19.

BRABANT, I., *et al.* (1990) « Les médecines douces. Définitions et origines, enjeux et perspectives. Table ronde », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, vol. 24, n° 64, pp. 11-20.

BRETON, P. (2004) « Mise en garde contre certains mélanges de médicaments et de produits naturels », *La Presse*, 21 mai.

BUSKE, L. (2002) “Popularity of alternative health care providers continues to grow”, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 3, pp. 366.

CHABOT, P., et O. SÉVIGNY. (1991) *L'efficacité des médecines alternatives*. Université du Québec à Montréal, Équipe de Recherche sur les Médecines Alternatives (ERMA) Département de Sociologie, 76 p.

CHAMBERLAND, C. (2002) « Consommation de médicaments » dans *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Québec : Institut de la Statistique du Québec, p. 271-284.

CLARKSON, M., R. TREMBLAY et N. AUDET. (2002) *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Québec : Institut de la Statistique du Québec, 460 p.

CRAIG, D. (2000) “Practical logics : the shapes and lessons of popular medical knowledge and practice – examples from Vietnam and Indigenous Australia”, *Social Science & Medicine*, vol. 51, pp. 703-711.

DE BRUYN, T., (2002) *Interactions entre les médicaments et les produits de santé naturels : Conférence sur l'établissement des priorités de recherche*, Ottawa : Santé Canada, Direction des produits de santé naturels, 40 p.

DORAIS, L.J., et H. NGUYEN. (1998, « Le Tho Mâu, un chamanisme vietnamien ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 22, n° 2, pp. 183-209.

DRUSS, B.G., et R.A. ROSENHECK. (1999) “Association Between Use of Unconventional Therapies and Conventional Medical Services”, *JAMA*, vol. 282, n° 7, pp. 651-656.

EISENBERG, D.M., *et al.* (1998) “Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up national survey”, *JAMA*, vol. 280, n° 18, pp. 1569-1575.

ERNST, E., M.H. COHEN et J. STONE. (2004) “Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine”, *Journal of Medical Ethics*, 30, pp. 156-159.

ERNST, E., K.L. RESCH et S. MILLS (1995) “Complementary medicine – a definition”, *British Journal of General Practice*, 45, pp. 506.

FERNANDEZ, C.V., *et al.* (1998) “Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in British Columbia : Prevalence and reasons for use and nonuse”, *Journal of Clinical Oncology*, vol. 16, n° 4, pp. 1279-1286.

FUGH-BERMAN, A. (2000) “Herb-drug interactions”, *The Lancet*, 355, pp. 134-138.

FURLER, M.D., *et al.* (2003) “Use of Complementary and Alternative Medicine by HIV-Infected Outpatients in Ontario, Canada”, *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 17, n° 4, p. 155-168.

GÉLINAS, X. (2003) Compte rendu du « Le Prophète solitaire » par J.-M. Brunet, *MENS, Revue d'Histoire Intellectuelle de l'Amérique du Nord*, vol. 3, n°2 (non paginé) Disponible à : <http://www.hst.ulaval.ca/revuemens/Gelinas-cr2.html> (accédé le 8 juin 2004)

GUBERMAN, N., P. MAHEU et M. MOUSSEAU-CLASSER. (1997) *L'utilisation des ressources d'aide par les personnes âgées chinoises du centre-ville de Montréal*, Montréal : CLSC centre-ville.

HADDAD, P., *et al.* (2001) “Use of Antidiabetic plants in Morocco and Québec”, *Diabetes Care*, vol. 24, n° 3, pp. 608-609.

HENRY, R. (1999) “Measles, Hmong, and Metaphor : Culture Change and Illness Management under Conditions of Immigration”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, n° 10, pp. 32-50.

HESS, D.J. (2002) “Complementary or Alternative ? Stronger vs Weaker Integration Policies”, *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 10, pp. 1579-1581.

HYMAN, I. (2001) *Immigration et Santé*, Ottawa : Santé Canada, Document de travail n°01-05.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2000) *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*, Ottawa : Statistique Canada.

KAPTCHUK, T.J., et D.M. EISENBERG. (2001) “Varieties of Healing.2 : A Taxonomy of Unconventional Healing Practices”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 135, n° 3, pp. 196-204.

KINNON, D. (1999) *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada : Un aperçu*, Ottawa : Santé Canada.

JENKINS, C.N., *et al.* (1996) “Health Care Access and Preventive Care Among Vietnamese Immigrants : Do Traditional Beliefs and Practices Pose Barriers ?”, *Social Science & Medicine*, vol. 43, n° 7, pp. 1049-1056.

- KELNER, M., et B. WELLMAN. (1997a) "Who seeks alternative health care ? A profile of the users of five modes of treatment", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 3, n° 2, pp. 127-140.
- KELNER, M., et B. WELLMAN. (1997b) "Health care and consumer choice : medical and alternative therapies", *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 2, pp. 203-212.
- KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Bordeland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley : University of California Press.
- LAM, L. (1994) "Self-assessment of Health Status of Aged Chinese-Canadians", *Journal of Asian and African Studies*, vol. 29, n° 1/2, pp. 77-90.
- LESLIE, C. (Ed.) (1976) *Asian Medical Systems. A Comparative Study*, Berkeley : University of California Press.
- MA, Xueqin G. (1999) *The Culture of Health : Asian Communities in the United States*. Westport, Connecticut/London : Bergin & Garvey.
- MARTEL, P. (1992) *Attention Santé – La place des thérapies alternatives dans le système de santé*, Boucherville : Éditions de Mortagne.
- MASI, R., L. MENSAH et K. MCLEOD. (1995) *Health and Cultures. Exploring the Relationships, Programs, Services and Care*, Oakville : Mosaic Press.
- MCFARLAND, B., et al. (2002) "Complementary and Alternative Medicine Use in Canada and the United States", *American Journal of Public Health*, vol. 92, n°10, pp. 1616-1618.
- MILLAR, W. J. (2001) « Les praticiens de médecine non traditionnelle - Profils de consultation », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, pp. 9-21.
- MILLAR, W. J. (1997), "Use of alternative health care practitioners by Canadians", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n° 3, pp. 154-158.
- MONETTE, J. (2004) « Facteurs liés à l'utilisation non optimale des médicaments », Communication faite au Symposium consacré à « l'utilisation optimale du médicament », Québec, 20-21 mai.
- MONNAIS, L. et M-E. BLANC (soumis), « La culture au pluriel. Regards renouvelés sur la santé des immigrants au Canada », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (2003) *Notes pour la présentation de Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec aux représentants de la santé*, Québec, Office des professions du Québec.

OKUMURA, J., S. WAKAI et T. UMENAI. (2002) "Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam", *Social Science & Medicine*, vol. 54, pp. 1875-1886.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. (1993) *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales à propos des thérapies alternatives*, Montréal, Ordre des pharmaciens du Québec.

OSTROW, M.J., *et al.* (1997) "Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents", *Journal of acquired Immune deficiency syndrome and human retrovirology*, 15, pp. 115-120.

PÉREZ, C. E. (2002) *État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants*, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 13, Ottawa, Statistique Canada, n° 82-003.

RAMSAY, C., M. WALKER et J. ALEXANDER. (1999) *Alternative Medicine in Canada : Use and Public Attitudes*, Public Policy Sources no. 21, A Fraser Institute Occasional Paper, Vancouver : The Fraser Institute, 31 p.

RUEDY, J., D.M. KAUFMAN et H. MACLEOD. (1999) "Alternative and complementary medicine in Canadian medical schools : a survey", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 6, pp. 816-817.

ROSSI, I. (1997) *Corps et chamanisme. Essai sur le pluralisme médical*. Paris : Armand Colin, coll. « Références », série « Chemins de traverses ».

SANTÉ CANADA. (2003) « Loi sur les Aliments et Drogues. Règlement sur les produits de santé naturels », *Gazette du Canada Partie II*, 137 (13), SOR/DORS/2003-196 5 juin : 1532-1607.

SANTÉ CANADA. (2003) *Aperçu du document de référence concernant le Règlement sur les produits de santé naturels*, Ottawa, Santé Canada, Direction des produits de santé naturels (DPSN)

SANTÉ CANADA. (2001) *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé*, Ottawa, Santé Canada.

SEGEN, J. C. (1998) *Dictionary of Alternative Medicine*. Stamford, CT : Appleton & Lange.

STEPHENSON, P. (1995) "Vietnamese Refugees in Victoria, BC : An Overview of Immigrant and Refugee Health Care in a Medium-sized Canadian Urban Center", *Social Science & Medicine*, vol. 40, n° 12, pp. 1631-1642.

THORNE, S., *et al.* (2002) "Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making", *International Journal of Nursing Studies*, vol. 39, n° 7, pp. 671-683.

TROPFMANN, L., T. JOHNS et K. GRAY-DONALD (2002) "Natural Health Product Use in Canada", *Canadian Journal of Public Health - Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 93, n° 6, pp. 426-430.

VAN DER GEEST, S., S.R. WHYTE et A. HARDON. (1996) "The Anthropology of pharmaceuticals. A biographical Approach", *Annual Review of Anthropology*, 25, pp. 153-178.

WEN SHI, Wu, G. VIVEK et J. WILLIAMS. (1996) "Utilization of Health Care Services by Immigrants and Other Ethnic/Cultural Groups in Ontario", *Ethnicity & Health*, vol. 1, n° 1, pp. 99-109.

WHYTE, S.R., S. VAN DER GEEST et A. HARDON. (2002) *The Social Lives of Medicines*, Cambridge : Cambridge University Press.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004) *Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, Genève : OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2002) *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*, Genève : OMS.

WONG, L., *et al.* (1998) "Chinese Herbal Medicine and Acupuncture -How do Patients who Consult Family Physicians Use these Therapies", *Canadian Family Physician*, 44, pp. 1009-1015.

YORK UNIVERSITY CENTRE FOR HEALTH STUDIES. (1999) *Les approches complémentaires et parallèles en santé. Un aperçu canadien*, Toronto : York University.