

Le médicament comme objet technique

Madeleine Akrich

▶ **To cite this version:**

Madeleine Akrich. Le médicament comme objet technique. Revue internationale de Psychopathologie, 1996, 21, pp.135-158. halshs-00081737

HAL Id: halshs-00081737
https://shs.hal.science/halshs-00081737

Submitted on 25 Jun 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE MÉDICAMENT COMME OBJET TECHNIQUE

Madeleine Akrich

Akrich, M., 1996, Le médicament comme objet technique, *Revue internationale de Psychopathologie*, 21, pp.135-158.

La sociologie des techniques a connu ces dernières années des développements importants qui se sont appuyés sur la mise en relation de deux problèmes longtemps traités séparément à savoir, d'une part, l'analyse du processus de conception et d'autre part, l'analyse des "impacts" des technique : à partir de l'étude de controverses autour d'innovations, on a pu en effet montrer à quel point la définition d'un dispositif technique engage une certaine définition de l'environnement dans lequel il doit s'insérer, définition des acteurs auxquels il est destiné, définition de leurs compétences, définition des relations que ces acteurs entretiennent entre eux, définition d'un univers matériel présupposé par le dispositif, définition des relations que les acteurs humains entretiennent avec ces éléments matériels etc. etc. Plus encore, la forme matérielle prise par le dispositif s'interprète comme le résultat provisoirement stabilisé des discussions qui ont pu avoir lieu sur la définition de son environnement et peut être décrite comme un scénario d'interaction proposé à l'utilisateur à partir duquel celui-ci va constituer ses propres usages.

Envisager le médicament comme objet technique, c'est donc essayer de mettre en évidence les liens qui existent entre ses caractéristiques matérielles et les formes d'usage qui sont associées. Force est de constater que cette question reste assez peu étudié e: il semble qu'entre la mise sur le marché d'une nouvelle molécule et l'action biochimique de cette molécule dans le corps du patient, toutes les étapes soient transparentes, c'est-à-dire ne servent qu'à poser de façon rationnelle un diagnostic qui oriente lui-même vers tel ou tel type de médicament, lequel, pour peu que le patient se conforme à sa prescription, ne pourra rien faire d'autre que d'interagir avec les éléments convenables du corps humain.

Or une simple reconstitution des étapes par lesquelles passe le médicament s'oppose à cette vision en raccourci : la sociologie des sciences nous permet d'entrevoir tout le travail préalable des laboratoires et des cliniciens qui, en même temps qu'ils stabilisent et testent une molécule en déterminent les applications thérapeutiques, voire redéfinissent les pathologies. Les spécialistes du marketing ou de la galénique, les visiteurs médicaux et les publicitaires, affinent ces mises en relation entre propriétés du médicament et définition des usagers, des médecins aux patients, et construisent peu à peu, à partir d'une molécule de plus en plus élaborée, un marché pour un médicament : "pour vendre le produit, il faut vendre la maladie", serait ainsi le credo des experts en commercialisation (Karsenty, 1994). Plus loin, l'interaction médecin-patient nouée lors de la consultation se conclut par la rédaction d'une ordonnance, laquelle peut faire l'objet de commentaires plus ou moins étendus, portant, de manière variable, sur la pathologie, sur les mécanismes d'action du médicament, sur la prescription elle-même, sur le suivi du traitement et ses éventuels effets. L'ordonnance, exécutée par le

pharmacien, peut être encore répétée, commentée, voire réinscrite sur les emballages des médicaments, alors que les vignettes, décollées de l'emballage sont collées sur la feuille de maladie. L'ensemble médicaments-feuille de maladie disparaît dans une poche en papier qui les dérobe aux regards indiscrets et inscrit la pratique quotidienne dans l'univers juridique qui établit le droit au secret médical. A destination finale, ou parfois même en cours de route tant l'acheteur est impatient de qualifier son état ou celui du proche pour lequel il s'est procuré les médicaments, l'emballage cartonné est ouvert, le conditionnement primaire (blister, flacon etc.) est sorti à moitié ou intégralement de cet emballage. La notice est éventuellement dépliée, parcourue, lue attentivement, comparée à l'ordonnance. Préalablement à la prise, d'autres gestes plus ou moins techniques sont parfois requis : la poudre du sirop d'antibiotique doit être allongée d'eau, les deux constituants d'un collyre mélangés, les comprimés dilués, les suppositoires extraits de leur emballage, les granules homéopathiques comptés, les gouttes mesurées etc. Enfin, le médicament est ingéré ou appliqué, à intervalles de temps plus ou moins précis, à des moments de la vie sociale plus ou moins déterminés, et il commence son propre cycle, protégé dans l'œsophage, dégradé dans l'estomac, plus ou moins apte à durer etc. Pour que nous puissions en arriver à ce qui, au moins en médecine allopathique, est considéré comme l'action thérapeutique du médicament à savoir une certaine réaction biochimique, il faut en passer par une longue liste d'étapes qui se déroulent en des lieux différents, du laboratoire au cabinet, à la pharmacie, et au domicile voire à d'autres lieux, et qui engagent une série d'acteurs soit directement présents - médecin, pharmacien, patient, acheteur du médicament - soit représentés par les objets manipulés, comme les laboratoires pharmaceutiques, la sécurité sociale ou les autorités sanitaires. Ces objets sont eux aussi nombreux et divers : ordonnance, vignettes, feuilles de maladie, emballages externes, emballages en contact avec le médicament, notices, compte-goutte, cuillère, verre etc.

Bref, notre expérience commune nous fait apercevoir le long chemin parcouru par le médicament avant même qu'il n'exécute son propre programme d'action, long chemin ponctué de transformations, re-formulations, à chaque fois source d'égarements possibles, mais aussi chemin par lequel se construisent les destins croisés des médicaments et de leurs malades. On l'aura compris, ces étapes ne sont pas tenues pour des détails que l'analyse doit mettre entre parenthèses ; bien au contraire, nous ferons l'hypothèse que c'est dans ce parcours que se constitue en partie la relation thérapeutique et que s'élabore petit à petit la signification de l'expérience vécue par le patient. Les médicaments représentent l'un des dispositifs par lesquels les individus qualifient leurs états ("le médecin m'a donné ça, dans la notice ils disent que…, c'est donc que…"), éprouvent leurs symptômes, construisent une interprétation de leur état et distribuent des effets et des causes ("ça va mieux, c'est donc que j'avais ça" ou "ce médicament ne me fait rien, je l'arrête" etc.). Autrement dit, à la liste déjà longue des dispositifs intégrés par l'anthropologie médicale - appareils de mesure, de visualisation, questionnaires et formulaires etc. - je propose d'ajouter le médicament qui prolonge dans d'autres directions la maille des réseaux constitués.

Dans cet article qui reste exploratoire, je chercherai donc à redonner de l'épaisseur à toutes ces étapes intermédiaires et à reconstituer, au moins en partie, le réseau thérapeutique que le médicament décrit par ses déplacements et ses transformations. Pour cela, nous prendrons appui sur un certain nombre d'acquis de la sociologie des sciences et des techniques et nous nous intéresserons en particulier aux opérations qui, de la conception à l'utilisation-consommation des médicaments, mettent en relation les

formes matérielles et les dispositifs techniques associés au médicament, ses usages, les formes de relations sociales dans lesquels il s'inscrit, les organisations qu'il suppose etc. L'hypothèse de départ est, on l'a vu, simple : pour que le principe actif soit en mesure d'effectuer le travail qui est attendu de lui, il faut que des conditions préalables aient été instaurées et qu'une multitude d'acteurs se soient comportés de façon convenable. Autrement dit, le bon fonctionnement du médicament, même réduit à son "programme biochimique" de base, requiert un assez grand nombre d'interventions. Heureusement, et c'est l'analyse des techniques qui nous l'apprend, l'action de ces différents intervenants n'est pas complètement laissée au hasard ni à leur propre initiative : le médicament lui-même définit par sa forme et par tous les dispositifs qui l'encadrent un programme d'action plus ou moins explicite, il convoque un certain environnement technique et matériel, il assume en quelque sorte une part de ce travail préalable. A l'inverse, et aussi élaboré soit-il, il laisse des franges d'indétermination, suppose des initiatives et des ressources, et est indissociable d'une l'action humaine, en particulier de celle de ses utilisateurs : comprendre l'usage des médicaments, c'est-à-dire reconstituer le monde dans lequel ils prennent sens, c'est aussi s'interroger sur les ressources mobilisées par ses utilisateurs, reconstruire les opérations par lesquelles ils s'en saisissent, déployer le faisceau des liens dans lesquels ils les enserrent.

Pour entamer ce travail qui, rappelons-le, a un caractère préliminaire, j'ai choisi de circonscrire l'analyse à ce qui suit la délivrance de l'ordonnance, de la visite au pharmacien à la prise du médicament. Je laisse donc de côté tout ce qui concerne la mise au point et la mise sur le marché des médicaments, ainsi que leur distribution et la prescription du médecin : qu'il soit bien clair que cette séparation est avant tout pratique et que l'analyse faite ici pourrait être prolongée, avec ses spécificités, vers ces moments préalables.

Cette présentation sera scindée en trois parties : dans les deux premières, nous nous intéresserons à la manière dont la forme matérielle du médicament, ici entendu au sens large, incluant les divers emballages, conditionnements, accessoires, notices etc. peut être mise en relation avec le contexte d'usage du médicament, c'est-à-dire prédétermine les utilisations possibles, souhaitées ou au contraire prohibées et désigne certaines caractéristiques de l'environnement supposé de l'utilisateur, voire des compétences mêmes de cet utilisateur. La première partie sera consacrée à la notice qui prolonge en partie la consultation médicale et l'interaction avec le pharmacien en proposant de façon explicite une définition du médicament et de ses usages ; puis nous considèrerons les formes galéniques qui se trouvent a priori au point d'intersection entre des contraintes médicales - sous quelle forme le médicament pourra-t-il être le plus efficace d'un point de vue biochimique ? - et des contraintes d'usage - sous quelle forme sera-t-il le mieux accepté par le patient ? Dans une troisième partie, nous adopterons un point de vue plus centré sur l'usage proprement dit en envisageant le médicament comme geste technique : nous nous intéresserons aux formes de coordination avec soi-même et avec autrui que suppose en pratique la prise de médicaments.

La notice, mise en forme du réseau medical

Comme la plupart des notices et modes d'emploi relatifs à des objets techniques, la notice de médicament constitue entre les mains de l'utilisateur le document de référence dans lequel se trouvent explicitées les "obligations" réciproques du dispositif et de son utilisateur, autrement dit ce que l'utilisateur peut en attendre et ce à quoi il doit se

conformer en vue d'en obtenir tel ou tel résultat. La notice de médicament présente de fait des traits communs avec ses consœurs (Boullier(1989) et Akrich et Boullier (1991)) comme par exemple la pluralité des visées qu'elle se donne. Mais elle s'en distingue aussi par un certain nombre de caractéristiques liées aux relations dans lesquelles s'inscrit la prise médicamenteuse : ainsi, le rapport au médecin dont le cadre temporel déborde celui d'un traitement médicamenteux, et qui est marqué par un caractère prescriptif n'a pas d'équivalent du côté des objets techniques. Cette association peut même être maintenue dans le temps : Lambert et Lambert (1991-1992) notent ainsi que, dans certains cas, le médicament, qui "répond à l'attente du patient et aux prévisions du médecin, et qui, grâce à l'amélioration, répare la faille, peut devenir personnalisé et vécu comme 'la petite pilule rouge du Dr X' ".

LA NOTICE : UN OBJET INCERTAIN

Première constatation qu'un échantillon même faible de notices permet de faire : il n'existe pas de modèle unique de notice. Le nombre, la définition, l'ordre et le contenu des rubriques sont variables ; on trouve selon les cas les rubriques suivantes : composition, présentation, propriétés, indications, posologie, mode d'administration, conditions de délivrance, durée de stabilité, mode d'emploi, précautions particulières de conservation, contre-indications, précautions d'emploi, effets secondaires possibles, mise en garde, effets indésirables, autres effets possibles, respect de l'environnement etc. Tout au plus peut-on relever à l'instar d'autres enquêteurs (Boullier, 1991) une certaine indigence de la mise en page et une tendance à utiliser des caractères de petite taille : cela suffit-il à décourager la lecture ? Rien n'est moins sûr comme nous le verrons dans la suite. Le modèle de la notice comme imprimé replié sur lui-même et logé au fond de l'emballage carton n'est même pas universel : un fabricant de pilule contraceptive a ainsi choisi de rendre solidaires la notice et le médicament en prolongeant la plaquette qui contient les pilules par un volet rabattable sur lequel est imprimée la notice ; un laboratoire belge a lui intégré "une notice dépliante, plastifiée, repositionnable, à neuf volets, rendant inutiles étui carton et notice papier" ; à l'autre extrême, certaines notices prennent l'allure de petits livrets sur papier glacé qui constituent presqu'un produit à elles seules.

Chaque notice intègre en outre une pluralité d'objectifs dont la composition et le poids relatif sont variables : elle donne des informations générales, dispense des connaissances et des conseils généraux ("ne pas laisser à portée des enfants"), elle peut se faire publicitaire et vanter les mérites du produit et la qualité de sa fabrication, elle propose un mode d'emploi technique, elle fournit des informations légales, imposées par la législation en vigueur (composition, visa, nom et adresse du laboratoire etc.), et renvoit, dans un certain nombre de circonstances particulières, l'utilisateur vers des autorités compétentes (médecin, pharmacien) dégageant du même coup la responsabilité du fabricant. Plus rarement, elle certifie certaines qualités non médicales du produit (respect de l'environnement par exemple), ou se fait quasi-initiation à la médecine : ainsi, les patchs ou timbres qui représentent une forme nouvelle de médicaments sont-ils accompagnés de livrets composés de plusieurs chapitres, l'un qui présente le mécanisme de diffusion du médicament et ses avantages, un second qui fait office de mode d'emploi détaillé, soutenu par force dessins, et le troisième qui est consacré à la pathologie elle-même, son évolution, les précautions à prendre.

Au delà de cette variété d'objectifs, la notice admet une pluralité de destinataires, le patient certes, mais aussi le pharmacien, les organismes publics, voire le médecin. Quel patient s'intéresse au numéro d'autorisation de mise sur le marché, à l'adresse du laboratoire ou à la composition chimique ? Ceci étant, rares sont les procédés qui rendent explicite cette hétérogénéité des destinataires ; le langage utilisé est assez uniforme, plutôt élaboré du point de vue du vocabulaire médical, d'une syntaxe simple et très impersonnel : l'infinitif est utilisé largement. De temps en temps, le rédacteur propose des traductions, plus ou moins réussies, qui permettent de passer d'un vocabulaire savant à un vocabulaire commun. Ainsi dans la notice de Sterimar, produit destiné au "nettoyage des fosses nasales", est-il expliqué doctement: "STERIMAR est composé d'eau de mer **stérilisée** et rendue **isotonique.** (…) **Isotonique** : c'est-à-dire de même concentration moléculaire que les liquides physiologiques humains." (souligné dans le texte) A côté de cette traduction à portée limitée, la notice de la crème EURAX présente le cas rare de trois niveaux de langage enchaînés les uns aux autres, du langage savant, au langage oral en passant par le langage standard : "Crème antiprurigineuse à 10% de N-Crotonyl-N-éthyl-o-toluidine. Prurit est le terme médical qui désigne une vive démangeaison (ça gratte!)" On pourrait risquer l'idée selon laquelle plus le produit a de chances d'être utilisé en dehors d'une relation avec un médecin, plus le fabricant déploie d'efforts pour être compris du grand nombre. Mais les deux exemples choisis, qui concernent des produits grand public, montrent à quel point il peut y avoir des stratégies de rédaction différentes.

LA NOTICE COMME DESCRIPTION D'UN RÉSEAU

Nous avons insisté jusqu'à présent sur la diversité des notices : comprendre précisément pourquoi telle expression a été choisie plutôt qu'une autre, ou pourquoi telle rubrique vient avant telle autre supposerait de reconstituer la configuration dans laquelle la notice a été rédigée : parmi les facteurs explicatifs, on retrouverait sans doute le poids des traditions du laboratoire, sa stratégie commerciale, la recherche d'un positionnement par rapport à la concurrence, certaines spécificités du médicament lui-même, l'organisation du travail dans l'entreprise etc. La publication toute récente d'un Vidal pour le grand public modifie à la fois la place et le rôle de la notice tout comme elle transforme la répartition des compétences entre professionnels et usagers.

Au delà de la diversité constatée, les notices présentent aussi un certain nombre de traits communs qui permettent de les identifier comme telles sans ambiguïté. Au delà des quelques marqueurs évidents comme leur position dans l'emballage, la présence de la composition, et le plus souvent, des indications et de la posologie, les notices ont pour point commun de mettre en scène un certain nombre d'acteurs, au minimum le laboratoire pharmaceutique, le médecin, le pharmacien, la sécurité sociale, auxquels s'ajoutent parfois des collectifs tels l'industrie pharmaceutique, les professions de santé et les organisations de consommateurs.

La notice inscrit donc l'action dans un espace social spécifié : elle réouvre la chambre close du malade, y rapatrie tous les médiateurs qui ont permis que se constitue son face à face avec le médicament et, pour partie d'entre eux, les installe durablement au chevet du patient. En détaillant un certain nombre de configurations possibles dans les rapports entre le patient et le médicament, elle réintroduit souvent le médecin ou le pharmacien

comme recours obligé. Que certains interprètent cette figure comme une manœuvre pour dégager la responsabilité des laboratoires, pourquoi pas ? C'est possible dans certains cas, mais lorsque les indications de médicaments (antidépresseurs, anti-épileptiques) sont délibérément omises, une restriction a été apportée aux droits du patient au nom d'une compétence que confère la position de spécialiste et de ce qui est considéré comme un amoindrissement de la personne traitée, du fait même de sa pathologie. Sans entrer dans cette recherche des causes, on constate simplement que la notice propose un modèle des relations entre les différents acteurs décrits. Ce modèle peut ne pas être accepté par les parties prenantes : on sait bien que, nonobstant les mises en garde répétées à l'envi par les notices, l'automédication, la réutilisation de médicaments prescrits dans un contexte différent sont monnaie courante.

Les médecins ne s'y trompent pas non plus et lisent bien les notices comme une mise en forme du réseau médical. Dans une enquête sur les psychotropes (Boullier, 1991), réalisée pour le compte d'une association de consommateurs, les chercheurs ont demandé leur avis à un certain nombre de praticiens sur les notices des médicaments faisant l'objet de la comparaison. Plusieurs résultats de cette enquête méritent d'être soulignés. Tout d'abord, les médecins souhaitent une hiérarchisation des informations différente de celle qui est généralement proposée par la notice, puisqu'elle va, du plus important au moins important pour eux, des mises en garde pour la conduite de véhicules aux indications du médicament en passant successivement par le respect de la dose prescrite, la prohibition des boissons alcoolisées, la mise hors de portée des enfants, le caractère indispensable de l'avis médical, les risques en cas de grossesse, allaitement, insuffisance respiratoire, glaucome, la prohibition des associations de médicaments et les risques d'accoutumance. Cette liste donne une place prépondérante à toutes les informations à caractère prescriptif, voire prohibitif : il s'agit d'encadrer strictement le comportement du patient afin d'éviter tout usage non conforme ; par ailleurs, en plaçant les "indications" en queue de liste, elle délimite le champ des compétences respectives du patient et de son médecin : celui-ci est le médiateur obligé entre l'expérience intime du patient et sa qualification médicale. Ceci étant, la position que les praticiens s'octroient eux-mêmes devient parfois pesante comme en témoigne leur ambivalence à l'égard d'autres aspects de la notice :

> "Les médecins souhaitent que l'avis médical soit signalé comme condition préalable dans de nombreuses consignes (posologie, effets secondaires, association des médicaments) mais certains signalent en même temps l'abus de ce respect de l'avis médical qui déresponsabilise et qui conduit à encombrer la ligne téléphonique du médecin."

Ils hésitent sur le contenu de la rubrique posologie : faut-il ne rien indiquer, indiquer une valeur minimale, ou une fourchette minimum-maximum ? De même sur la rubrique "effets secondaires", ou encore lorsqu'il s'agit de savoir si la notice des somnifères doit essayer "de convaincre (les malades) que leur non-sommeil est normal, considérer que c'est perdu d'avance ou encore que cela relève du médecin ?" Les avis sont partagés sur ces points. A chaque fois, il s'agit de savoir comment les responsabilités et les compétences se répartissent, à quel endroit s'arrête la liberté du patient, jusqu'où l'on a le droit de pénétrer dans son intimité, et inversement, à quel moment le médecin peut légitimement se déprendre de la relation de dépendance qu'il contribue à instaurer.

De façon à première vue paradoxale, alors qu'elle va assez loin dans la spécification des acteurs, la notice maintient la plus grande indétermination quant aux usagers et à leur environnement. Ceux à qui sont destinés les médicaments sont simplement qualifiés par les pathologies qui justifient le traitement. Le lecteur de la notice, celui à qui elle s'adresse parfois explicitement, est défini comme un "non-enfant" qui doit maintenir les médicaments hors de portée des enfants. Tout se passe comme si la notice n'avait à connaître que le répondant autorisé qui est supposé se confondre avec le patient : même lorsqu'il s'agit de médicaments destinés exclusivement aux enfants, donc a priori administrés par une tierce personne, rien n'est dit ni sur cette personne, ni sur sa relation à l'enfant, ni encore sur la manière dont elle peut ou doit gérer l'administration du médicament. Ainsi, par exemple, dans le cas du Solacy pédiatrique, la seule mention du mot "enfant" est faite dans le commentaire standard "Ne jamais laisser à portée des enfants". Le télescopage entre deux rubriques produit même un effet curieux:

> "POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION
> Dissoudre le comprimé dans un peu d'eau ou tout autre liquide froid. A prendre de préférence au cours des repas.
> La posologie usuelle est:
> - de 6 mois à 30 mois: 1 comprimé par jour.
> - de 30 mois à 5 ans: 2 comprimés par jour.
> - à partir de 5 ans: 3 comprimés par jour.
> En cure continue de 3 mois.
> Dans les cas, se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin
> CONDITIONS DE DELIVRANCE
> Ce médicament **vous** a été personnellement prescrit (…)"

A qui s'adresse la prescription ? Il n'y a pour la notice qu'un être collectif auquel, par commodité, nous donnons l'appelation d'"usager", collectif qui englobe le patient, le lecteur, celui qui dissoud, celui qui prend, celui à qui s'adresse la prescription etc. De façon similaire dans la notice de STERIMAR, la spécification de ceux qui reçoivent le produit ne se fait dans le texte que par l'intermédiaire du terme "petites narines"("/grosses narines"), qui renvoit d'ailleurs à une spécification technique, inscrite dans le dispositif du flacon : nous reviendrons sur le point dans la suite. Seule la référence visuelle, un schéma qui montre un adulte tenant un enfant dans ses bras, permet d'effectuer le lien entre les "petites narines" et le statut d'enfant : Encore ce lien est-il facultatif, laissé à la convenance du lecteur qui choisit "l'embout le mieux adapté".

De façon parallèle, si les manipulations nécessaires avant l'absorption du médicament font l'objet de traitements variables, l'absorption elle-même est peu contextualisée. Quand il s'agit de formes solides à avaler, la notice fournit généralement une indication du moment (au début du repas par exemple) et une indication de l'accompagnement (un peu d'eau, un demi-verre d'eau etc.). Mais ces indications n'ont rien à voir avec les détails donnés par un article dans un magazine grand public (Finger, 1994) qui définit, en fonction du type de médicament, le meilleur moment pour la prise et accompagne ces conseils d'une explication, ce qui est rare dans les notices : les médicaments pour lutter contre la fièvre doivent être pris à jeûn pour agir rapidement, les médicaments pour l'ulcère doivent être pris le soir pour protéger un système digestif qui n'est plus protégé

par les aliments, certains médicaments indigestes comme les anti-inflammatoires peuvent être pris en milieu de repas d'autant que ce n'est pas la rapidité de l'action qui est recherchée etc. D'autres conseils renvoient à une définition plus fine, plus précise de l'usager en situation: "il faut boire au moins un verre d'eau pour éviter que la gélule ou le comprimé ne colle à l'œsophage ou à l'estomac, il faut le prendre debout ou assis pour éviter qu'il ne stagne dans l'œsophage. Il faut faire se laver les dents aux enfants après l'absorption d'un sirop." Quelles qu'en soient les raisons, la notice apparaît donc par contraste très avare de tout commentaire susceptible d'ancrer l'action dans un environnement plus intime.

En résumé de cette analyse des notices, on retiendra que la notice effectue essentiellement un travail de liaison qui, selon les circonstances peut être plus ou moins activée, entre les différents acteurs impliqués dans l'action thérapeutique ; elle réinscrit le médicament dans le réseau qui le définit, mais laisse indéterminé tout ce qui concerne l'usager et son environnement proche. Ceci implique de fait qu'elle définit un espace propre à l'usager où celui-ci, loin d'appliquer mécaniquement des consignes, doit déployer une certaine activité, mobiliser des ressources tirées de sa propre expérience, voire des compétences externes comme celles du médecin et du pharmacien ou d'autres acteurs, et effectuer un travail de traduction et de contextualisation des éléments fournis par la notice. Ce qui ne peut manquer d'étonner dans la mesure où plus que tout autre objet technique, le médicament est inclus dans une relation prescriptive : il faut que le patient se soumette aux modalités du traitement qui a été défini pour lui, alors que dans le cas de dispositifs techniques ordinaires, l'utilisateur est, à première vue, plus impliqué dans la définition de ses besoins et de ses usages. Nous allons voir dans la partie suivante qu'à la différence des notices, les formes médicamenteuses ébauchent une spécification des usagers et surtout une différenciation dans la population large des utilisateurs.

Les formes médicamenteuses

Par formes médicamenteuses, j'entends ici les caractéristiques matérielles du produit auquel l'usager a affaire, y compris les caractéristiques des dispositifs - conditionnement, système de délivrance des doses, instrument de mesure etc. - qui se trouvent placés en point de passage obligé dans la prise. Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux relations entre la forme médicamenteuse et l'efficacité thérapeutique ; puis nous essaierons de voir dans quelle mesure l'existence de différentes formes peut être rapportée à la prise en compte de certaines caractéristiques propres à l'environnement de l'usager.

DE L'OBSERVANCE À L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

À en juger par les enquêtes qu'ils commanditent et les efforts qu'ils déploient pour trouver des formes innovantes, la galénique est un domaine qui intéresse fortement les laboratoires : la forme est considérée comme un facteur clé dans l'observance du traitement et comme un des moyens de contourner l'ambivance des sentiments du patient à l'égard des médicaments (Lambert, 1991-1992). Elle représentera un avantage concurrentiel important, si le malade est sensible à l'agrément ou à la commodité qu'elle confère à la prise, et que le médecin y voit un moyen de maximiser ensemble la

satisfaction de l'usager-client et l'efficacité de la cure. La forme constitue en tous cas un objet de négociation entre le médecin et le patient : selon un sondage réalisé par l'IFOP (Jullien, 1991) 37% des patients interrogés affirment demander une forme précise à leur médecin, 36% mentionnent par ailleurs le fait que leur médecin leur laisse le choix entre plusieurs formes.

Les enquêtes sur les préférences des patients s'intéressent essentiellement à la forme galénique, c'est-à-dire la forme du médicament lui-même, déclinée en multiples catégories : comprimés, dragées, gélules, sirops, ampoules, suppositoires etc. Elles produisent des résultats qui se traduisent par des énoncés du type : les patients trouvent les comprimés difficiles à avaler, que les hommes, les personnes de 50 à 64 ans, les malades souffrant de troubles cardiaques et digestifs préfèrent les gélules, alors que les femmes ont un goût prononcé pour les dragées et apprécient les sachets de poudre honnis par les hommes, et que les employés et les ouvriers sont favorables aux formes liquides etc. (Richard et de Lapouge, 1988) Comme on le voit ces enquêtes reprennent des catégories explicatives classiques en sociologie quantitativiste, l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle auxquelles est ajouté le type de pathologie. Les résultats de ces sondages peuvent être ensuite croisés avec les données de marché (Delegue et Uchida-Ernouf, 1993) : par la comparaison entre la part de marché et le taux de préférence, les analystes en déduisent "les possibilités de segmenter l'offre des produits pharmaceutiques en jouant sur la forme galénique." (X, Formes galéniques, 1990)

Ces enquêtes qui préforment les relations qu'elles mesurent (Méadel, 1989) construisent des systèmes d'équivalence ou de préférence entre des catégories de patients et des formes de médicaments. Ces relations peuvent ensuite être renforcées par les choix que font les laboratoires au vu des résultats de ces enquêtes, choix qui se présentent comme des compromis entre deux formes complémentaires d'efficacité, l'efficacité "sociale", c'est-à-dire la capacité du médicament à "se faire prendre" par le patient et l'efficacité biochimique, c'est-à-dire le contrôle du parcours corporel effectué par le médicament et de ses interactions avec les différents éléments qu'il rencontre.

Au delà de ces deux sortes d'efficacité, les spécialistes s'interrogent aussi sur l'efficacité qu'on pourrait qualifier de "symbolique" du médicament ; il est question du "médicament comme réconfort", de la "perception affective du médicament", du médicament comme "signe" ou "métaphore", des "effets non techniques de la prescription pharmaceutique", toutes façons de considérer les liens possibles entre les caractéristiques de présentation et la manière dont le patient construit une signification à son expérience, signification susceptible d'avoir un effet mesurable en termes médicaux :

> "Une expérience intéressante a été menée dans un service de cardiologie. Le même béta-bloquant a été administré sous forme de comprimé, de gélule blanche et de gélule rouge à trois groupes de malades souffrant d'hypertension et recevant ce traitement pour la première fois : les patients du groupe recevant la gélule rouge ont eu une amélioration de leur tension, après un mois de traitement, alors que ceux recevant la gélule blanche et le comprimé avait des résultat plus tardifs et moins importants. Les malades recevant les gélules rouges ont précisé qu'ils recevaient un dosage "fort" ! Ils ont été les plus satisfaits de la couleur du médicament reçu, les autres groupes étant assez indifférents quant à la couleur." (Richard et de Lapouge, 1988)

Les laboratoires ne négligent pas cet aspect, même si le traitement qu'ils en font se situe à un niveau peu élaboré : des comprimés d'anti-inflammatoires destinés aux arthritiques sont ainsi présentés sous forme d'osselets, ce qui facilite la préhension chez des patients qui ont des difficultés avec leurs articulations mais renvoie aussi à la définition de la maladie ; ailleurs, un comprimé indiqué pour les atteintes cardiaques a une forme de cœur stylisé. Dans tous les cas, la forme choisie est justifiée sur plusieurs plans à la fois, symbolique certes mais aussi pratique - elle facilite la prise, ou permet un repérage simplifié des médicaments et donc évite les erreurs etc. On retrouve ici toute l'ambigüité accordée par les médecins aux phénomènes d'effets placebo qui n'ont de sens que dans le cadre d'un système explicatif qui construit leur exclusion.

LA PRISE EN COMPTE DES UTILISATEURS

Dans ce qui précède, nous avons vu comment la relation thérapeutique, et donc le statut de patient de celui auquel le médicament est destiné, se trouve inscrite dans la forme du médicament. Mais le patient n'est pas seulement patient ; il mène diverses activités dans des environnements variés. Le médicament incorpore aussi un certain nombre de contraintes et de caractéristiques supposées de ces environnements. Pour alléger le travail des crêches ou simplifier la vie des personnes qui travaillent, les laboratoires essaient de mettre au point des produits dont on peut concentrer la prise une fois par jour. Par ailleurs, ils proposent plusieurs "versions" du même produit qui correspondent à des clientèles différentes ; l'aspirine (ou le paracétamol) représente un cas extrême : il existe des formes à croquer, des comprimés à avaler, des comprimés à dissoudre, des comprimés effervescents, toutes ces formes avec ou sans association de vitamine C, des sirops pour les nourrissons, des poudres à diluer pour les petits, des suppositoires avec ou sans association d'un calmant etc. Certains médicaments sont présentés en poudre de manière à pouvoir être incorporés dans la nourriture des personnes âgées. Aux Etats-Unis, certains médicaments pour enfants sont présentés avec différents arômes afin de répondre à leurs préférences ; en France, les laboratoires ont essayé de remplacer les sirops nocifs pour les dents et trop appréciés des enfants du point des vue des adultes par des solutés buvables au saccharose : il s'agit là de trouver un compromis entre les aspirations éventuellement contradictoires des médecins, des parents et des enfants.

Au delà de ces exemples qui montrent une prise en compte positive de l'existence d'une pluralité d'usages et d'usagers, il existe des cas dans lequels certaines caractéristiques liées à la composition du médicament ou à ses mécanismes d'action introduisent des contraintes sur les usagers. Par exemple, le fait que ce soit une forme liquide susceptible de se renverser, que le produit soit contenu dans un flacon en verre, fragile, qu'il faille le conserver au froid ou à l'abri de la lumière, qu'il requiert des accessoires, que sa préparation nécessite des manipulations, que les prises soient plus ou moins nombreuses dans la journée … tous ces éléments définissent des spectres privilégiés quant à l'environnement supposé du patient et à ses habitudes.

Enfin, le travail sur la forme est l'un des moyens privilégiés par lesquels on essaie de prévenir des usages déviants : certains médicaments passent d'une forme éventuellement injectable à une forme non injectable de manière à ne plus être utilisés par des toxicomanes. En prison, un certain nombre de médicaments sont dilués et présentés sous forme de fioles, afin d'éviter d'un côté, le stockage et la prise suicidaire,

et de l'autre, la circulation et le trafic. La définition des médicaments présentés en fiole varie selon les établissements, de même que les modalités de la prise : dans certaines prisons, seuls les psychotropes sont dilués ; ailleurs, ce sont tous les médicaments ou plus rarement, aucun ; souvent, le détenu doit absorber le contenu de sa fiole devant le surveillant ou l'infirmière, mais dans certains établissements, on lui laisse la fiole de manière à ce qu'il absorbe son somnifère à l'heure la plus propice. Chacune de ces solutions représente un compromis différent entre des éléments hétérogènes, efficacité médicamenteuse, droits de la personne, responsabilité légale, organisation du travail etc.

En conclusion, on notera qu'au travers du choix de telle ou telle forme médicamenteuse est à l'œuvre un processus de segmentation et de spécification de l'utilisateur-patient, spécification active quand il s'agit d'adapter finement des médicaments à des usages supposés, spécification passive quand ce lien forme-usage résulte d'autres considérations que celles portant sur les usages eux-mêmes, spécifications proscriptives lorsqu'il est question d'éviter certains usages.

le médicament comme action

Comme cela a déjà été souligné, la prise d'un médicament suppose de la part de l'usager le déploiement d'une activité et la mobilisation de ressources ; mais nous avons vu plus haut que le médicament et sa notice préparent dans une certaine mesure ce moment crucial ; de façon plus générale, ce que nous appelerons les "accessoires" du médicament prennent en charge une partie du travail nécessaire au bon déroulement du traitement qui déborde la question de la prise. Autrement dit, pour comprendre ce qu'engage le suivi d'un traitement médicament, il faut se situer à l'articulation entre les dispositifs et les usages : dans cette partie, nous chercherons à repérer et à analyser les différentes modalités par lesquelles les formes de coordination associées au traitement se trouvent réparties entre les dispositifs et les usagers. La prise médicamenteuse n'est, comme nous l'avons déjà noté, qu'un élément dans la liste longue des actions et des dispositifs qui vont du chercheur au patient : or, pour qu'en bout de course une certaine efficacité thérapeutique puisse être attribuée au médicament, il est nécessaire que les actions des uns et des autres soient coordonnées d'une manière jugée convenable. Cette exigence de coordination n'est pas imposée de l'extérieur par l'analyse, elle est clairement désignée par tous les acteurs, au moins jusqu'au patient, et inscrite dans un certain nombre de dispositifs comme le Vidal ou l'ordonnance. Si, comme nous allons le faire ici, nous nous plaçons du point de vue d'un usager a priori docile et cherchant à se conformer à la prescription, nous pouvons néanmoins nous demander ce qu'un tel programme suppose comme dispositifs de coordination. Une enquête (Jonville et Autret, 1994) réalisée au sein d'un centre anti-poisons à partir de tous les appels concernant des erreurs d'utilisation des médicaments en pédiatrie, démontre que cette préoccupation n'est pas vaine : on y relève en particulier la diversité des erreurs (qui portent sur la posologie (31,5%) le médicament (30%), le dosage du médicament administré (15%), la voie d'administration (11%), le non respect des contre-indications dues à l'âge (4%), la forme galénique (2%), la vitesse d'administration (1%), la dilution (1%), et même sur la personne (0,5%)!), la variété des personnes, des dispositifs et des actions en cause (la famille, le pharmacien, le médecin, l'infirmière, l'automédication, la mauvaise exécution de la prescription, l'erreur de délivrance, l'incompréhension de l'ordonnance ou sa mauvaise rédaction). Autrement dit, les exigences de coordination dans la bonne réalisation d'un traitement foisonnent, leur satisfaction engage des acteurs et des dispositifs multiples et, de ce fait, est susceptible de nombreux ratés.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux dispositifs de coordination entre médecin-laboratoire et patient qui permettent d'assurer le respect de la posologie et du dosage. Puis, nous envisagerons les dispositifs de coordination du patient avec lui-même : le traitement suppose des prises répétées, à intervalles de temps fixés, éventuellement de plusieurs médicaments ; quels sont les moyens dont le patient dispose pour gérer ces différents paramètres ? Enfin, nous nous placerons dans le cas, somme toute fréquent, où le traitement nécessite des formes de coordination entre plusieurs acteurs, comme, par exemple, lorsque les patients sont des enfants.

LES SYSTÈMES DE MESURE.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les erreurs de posologie et de dosage représentent près de la moitié des causes de recours au centre anti-poisons. Pour des raisons compréhensibles, elles concernent principalement les préparations liquides, quoique, comme nous le verrons plus loin, certaines formes solides spécifiques peuvent aussi entraîner quelques difficultés. Il existe toute une gamme de dispositifs de mesure, certains qui appartiennent à l'univers domestique et servent occasionnellement à la prise médicamenteuse, d'autres, au contraire, provenant du laboratoire et insérés sous des formes diverses dans l'univers domestique. Ainsi, nombre de notices utilisent la cuiller à café, la cuiller à dessert et la cuiller à soupe comme étalons de mesure : nous avons affaire ici à une chaîne de traduction lâche entre le laboratoire et la maison - les contenances de ces objets usuels sont variables - peut-être est-elle même inadéquate : la cuiller à dessert constitue-t-elle toujours un accessoire indispensable dans l'équipement quotidien ? Pour pallier à cette difficulté, des traductions plus strictes sont parfois proposées, dans les notices ou dans les ouvrages grand public : encore faut-il pour mesurer les 7gr de sirop que contient une cuillère à café "médicalisée" disposer d'une balance de précision ! Deux formes de traduction entre la mesure de laboratoire et la mesure domestique, plus solidement ancrées dans les objets, sont aussi utilisées : des dispositifs de mesure spécifiques à chaque médicament et des dispositifs généraux.

Les cuillères doseuses, les mesurettes, généralement incluses dans l'emballage, constituent les prototypes les plus répandus des dispositifs spécifiques : ces objets se présentent comme des objets hybrides, dont la forme évoque celle d'objets domestiques mais dont la précision et le calibrage les rapprochent des objets de laboratoire. La pipette intégrée au bouchon des flacons de certains sirops pour enfant et graduée en kg de l'enfant opère un compromis d'un autre genre : ici, c'est la forme qui est issue du laboratoire et le système de mesure qui est censé se rapprocher de l'usager. Ce système qui a été conçu en principe pour faciliter le travail des parents appelle en fait une explication systématique du pharmacien ; l'installation de la pipette, le geste nécessaire pour la dégager du bouchon une fois remplie, auquel s'ajoute le caractère inhabituel de l'échelle de mesure, tous ces éléments rompent avec les savoir-faire communs et reconfigurent le réseau de relations : ils rendent nécessaire une étape d'apprentissage "technique" intermédiaire entre l'ordonnance et la prise, alors que, dans le même temps, parce qu'ils fusionnent dans un seul geste détermination de la posologie et dosage, ils transforment une décision médicale en manipulation de l'usager.

Enfin, les dispositifs "généraux", c'est-à-dire qui sont affranchis de la relation à un médicament particulier, sont de deux types : des dispositifs de laboratoire simplement

transportés dans l'univers domestique comme la pipette classique graduée en ml, ou des dispositifs hybrides comme la "med-T-spoon" (dont l'appellation marque d'ailleurs le caractère hybride): "constituée d'un manche gradué en millilitres et en équivalent de cuillères à café, pourvue de deux crochets de fixation destinées à la suspendre à un verre, permettant le dosage d'une seule main et l'empêchant de se renverser lors de la position couchée". On ne peut rêver d'un plus bel instrument combinant à la fois une grande capacité à constituer et maintenir des équivalences et une adaptation très fine à un environnement particulier.

Les différents dispositifs de mesure que nous avons envisagés peuvent être décrits selon deux axes principaux : l'univers de référence de l'objet-instrument de mesure qui peut, par sa forme même évoquer l'univers domestique, ou celui du laboratoire, ou encore qui se présente comme une combinaison de différents éléments, et l'univers de référence du système de mesure dans lequel l'usager est appelé à effectuer son dosage - là encore, on retrouve une oscillation entre les mesures exprimées en ml (ou en gouttes) qui renvoient plutôt au laboratoire, et celles exprimées en cuillères ou en kg d'enfant qui inscrivent l'action dans un environnement domestique quotidien.

Selon les configurations, la coordination entre le médecin, le laboratoire et le patient qu'exige un dosage en concordance avec la posologie indiquée se trouve ainsi diversement répartie : elle est parfois effectuée par une simple conversion d'un système de mesure "scientifique" à un système de mesure "domestique" ce qui ne demande qu'un faible déplacement de l'usager par rapport à des pratiques quotidiennes ; d'autres fois, elle est réalisée par un dispositif hybride ou encore est assurée par le transfert d'un dispositif de laboratoire qui requiert des savoir-faire spécifiques. Dans ces derniers cas, l'acte par lequel le médicament est dosé contribue à instaurer une rupture entre l'ingestion de médicaments et d'autres formes d'ingestion. Un espace de pratiques proprement thérapeutiques se trouve ainsi délimité, en continuité avec d'autres pratiques externes à l'univers domestique.

la coordination avec soi -même ou l'inscription de la cure dans le temps

La thérapie médicamenteuse suppose une répétition et engage l'individu dans un processus qui exige cohérence et coordination entre ses différentes actions. Très souvent, cette coordination est simplement assurée par la mémoire de l'individu, relayée éventuellement par l'ordonnance ou la réinscription de celle-ci sur les emballages. Les usagers eux-mêmes recourrent spontanément à cette formule qui consiste à retraduire l'ordonnance du médecin en une série d'actions organisées par un déroulement temporel, de la même manière qu'ils passent, par exemple, de listes d'ingrédients accrochées à des recettes à une liste d'achats organisées en fonction du lieu d'approvisionnement (Goody, 1985). Un certain nombre de dispositifs matériels effectuent le même travail sous une forme différente: des piluliers pour la journée, des trousses ou des mini-armoires hebdomadaires qui comportent des compartiments journaliers, eux-mêmes divisés en plusieurs compartiments correspondant à différents moments de la journée, permettent de programmer à l'avance et pour un temps long le traitement.

Au delà de ces dispositifs qui résultent de l'initiative du pharmacien ou de l'usager, les médicaments eux-mêmes peuvent essayer de faciliter cette coordination temporelle. Les pilules anticonceptionnelles, dont l'efficacité est conditionnée par la régularité de la

prise, comportent des repères temporels variés : sur certains blisters, il faut faire une encoche ou coller une petite vignette pour marquer le jour de la semaine correspondant au premier jour de cure ; pour contrôler sa prise, l'usagère doit à chaque fois faire un petit calcul à partir du nombre de comprimés déjà pris et du jour de départ. Sur d'autres modèles, chaque pilule est mise en regard d'une indication du jour de la prise ; à en croire les professionnels, aucun de ces systèmes ne réussit d'ailleurs à contourner les difficultés qu'ont les femmes à suivre rigoureusement leur "cure". Ce dispositif est repris par d'autres types de médicaments, en particulier dans le cas d'un antidépresseur : les fabricants ont peut-être fait l'hypothèse que l'état dépressif entraînait une diminution du discernement. D'autres organisations matérielles du médicament sont là pour prendre en charge des contraintes temporelles spécifiques : ainsi, un antibiotique qui se prend sur cinq jours, à raison de deux gélules le premier et d'une les jours suivants est présenté dans un blister comprenant une case double avec les deux gélules, puis quatre cases simples. De la même façon que dans le cas de la pipette graduée en kg, cette innovation censée simplifier le travail de l'usager introduit une difficulté supplémentaire : des patients qui ont l'habitude de ne pas complètement sortir le blister du carton pour dégager le médicament commencent la cure par le mauvais côté et, lorsqu'ils se rendent compte de leur erreur, sont inquiets : ils retournent interroger le pharmacien pour vérifier que toutes les gélules sont bien identiques. Autrement dit, quels que soient les dispositifs prévus pour prendre partiellement en charge cette exigence de coordination temporelle, l'activité que déploie l'usager est fondamentale et ne se réduit pas à l'accomplissement d'un automatisme, sauf peut-être si cet automatisme a été par lui programmé.

la coordination avec autrui et avec soi-même

Cette question, que nous avons déjà abordée, se pose essentiellement lorsque le patient n'est pas considéré comme doté de toutes les capacités nécessaires au suivi d'un traitement : le cas des enfants que nous ensisagerons ici est l'une des configurations possibles, mais on peut aussi penser aux animaux, aux personnes âgées, aux personnes considérées comme démentes, aux prisonniers - nous l'avons évoqué plus haut - ou encore aux personnes en état d'insconcience évoquées dans un autre article de ce numéro (Timmermans, 1995).

Comment obtenir l'accord d'un enfant sans pouvoir s'appuyer sur l'appel à la raison ? Les stratégies utilisées par les parents ou conseillées dans les ouvrages spécialisés, revues ou livres, dont la prolixité contraste avec le silence des notices, parcourent tous les registres possibles :

- la flatterie : on vante la maturité ou le courage ;

- l'autonomie : on propose à l'enfant de s'administrer tout seul son médicament grâce au nouvel accessoire qui ne se renverse pas ;

- la dissimulation : le médicament est "caché" dans un aliment ;

- le masquage : il est mélangé à un produit censé en rendre le goût plus agréable ;

- la participation : “apprenez à votre enfant à se boucher le nez (cela l’amusera au moins deux ou trois fois) pour moins sentir le goût”[1] ;

- la mise en scène : “une cuillère pour nounours peut faire diversion”[2] ;

- les menaces diverses et le chantage affectif, pratiques moins nobles qui, lorsqu’elles sont conseillées sont aussi délimitées : “il arrivera que votre enfant refuse un jour de prendre un médicament. Cette situation paraît être l’une de celles où un peu de chantage n’est pas inutile. Soyez ferme, mais sans dureté, et ne punissez jamais votre enfant s’il fait des difficultés pour prendre un médicament.”[3] ;

- la cœrcition qui nécessite soit des accessoires, couverture ou drap de bain en guise de camisole, soit une aide humaine : “si le bébé crache les médicaments, demandez à quelqu’un de lui tenir la bouche ouverte pendant que vous faites couler le médicament au fond de sa bouche, puis refermez lui doucement mais fermement la bouche.”[4] ;

- et enfin, l’alternative technique : “s’il refuse d’ouvrir les lèvres ou vomit systématiquement après avoir ingurgité son sirop… reste le bon vieux suppositoire.”[5]

Chacune de ces stratégies peut être en certains cas combinée avec d’autres ; par ailleurs, leur pertinence dépend pour une part du médicament lui-même, de sa forme, de son odeur, de sa substituabilité etc. On observe en tous cas que la prise d’un médicament est considérée comme une opération suffisamment sérieuse pour que (presque) tous moyens soient bons, y compris une forme de violence, soigneusement mesurée, qui s’oppose à d’autres préceptes éducatifs, suspendus le temps du traitement.

Dans des cas plus rares, les efforts de coordination sont motivés non par l’existence d’une résistance mais plutôt par des difficultés techniques et motrices particulières. Les traitements de l’asthme en constituent un exemple particulièrement intéressant[6] : dans les années récentes, les formes inhalées ont été fortement développées car elles combinent une grande efficacité et l’absence d’effets secondaires. Or, dans le cas des enfants, se pose un problème de synchronisation entre la pression sur la valve qui libère le produit et l’inhalation, car ces deux opérations sont souvent assurées par des individus différents, d’où la mise au point de différents dispositifs comme les chambres d’inhalation qui servent d’intermédiaire entre l’aérosol et la personne qui respire, ou encore plus radical, un distributeur de doses qui est déclenché par le flux inspiratoire. Deuxième difficulté, celle de la mesure : Dick Willems (1995) montre comment, dans le cas de l’asthme, la possibilité pour le patient de suivre finement et de façon objectivée l’évolution de son état transforme son rapport à la maladie : mais l’on voit aussi que la mesure elle-même suppose un savoir-faire et un contrôle moteur qui ne sont pas à la portée de jeunes enfants. La mesure de la quantité de médicament inhalé permet de

---

[1] Lison Hufschmitt, op. cit.

[2] Lison Hufschmitt, op. cit.

[3] Myriam Stoppard, Guide médical du bébé et de l’enfant, Paris : Larousse, 1987, p. 32-35.

[4] Myriam Stoppard, op.cit.

[5] Lison Hufschmitt, op. cit.

[6] On peut voir aussi l’article de Dick Willems dans ce numéro.

suivre autrement l'évolution du patient ; le distributeur de doses précédent se recharge avec des disques comprenant chacun huit doses de principe actif, chaque dose étant individualisée et numérotée :

> "La surveillance du nombre d'inhalations journalières est importante pour les parents des enfants asthmatiques, qui peuvent ainsi savoir quelle est la consommation réelle du produit au cours de la journée. Tout dépassement de la posologie habituelle, signal d'un déséquilibre, est immédiatement repéré." Braud (1994)

Enfin, dernier point, il ne suffit pas que l'entourage soit persuadé que le patient a pris une certaine quantité de médicament : la prise doit être perceptible pour le malade lui-même, ce qui dans le cas d'un produit à inhaler n'est pas aussi évident que pour des produits à ingérer. La prise fait l'objet de traductions sensorielles, "artificiellement" produites, soit par l'ajout de saveurs[7], soit par l'intermédiaire d'un sifflet qui sert de témoin de l'inhalation.

Dans ce dernier cas, nous retrouvons associées plusieurs formes de coordination, coordination avec soi-même et avec autrui.

CONCLUSION

Dans cet article, j'ai essayé d'esquisser de ce que pourrait être une anthropologie des médicaments. Deux points principaux me paraissent mériter l'attention, car ils désignent deux axes méthodologiques importants.

Tout d'abord, l'entrée par les médicaments oblige à quitter un instant des yeux l'interaction médecin-malade souvent considérée comme centrale dans la relation thérapeutique. Plus exactement, elle la repositionne dans un écheveau large de relations qui associent les laboratoires, de la recherche à la fabrication et à la commercialisation des médicaments, les pharmaciens, les médecins et les patients, mais aussi d'autres médiateurs comme les journaux grand public, les livres, les membres d'une famille, les collègues, les amis, les relations etc. De façon symétrique, elle interdit aussi de s'arrêter à l'interaction médicament-corps du patient, car dans la description de tout ce qui entoure et soutient le médicament, nous voyons se déployer au moins en partie ce réseau de relations. De ce point de vue, l'approche que nous suggérons permet d'aborder avec les mêmes outils les médicaments allopathiques et les autres, voire les médicaments dans des sociétés autres que la société occidentale moderne : comprendre le sens de la relation thérapeutique et dégager ce qui, dans chaque cas, en fait la spécificité suppose alors de rétablir la chaîne des médiations qui met en bout de course un individu (ou un collectif) en contact avec un principe curatif, principe qui peut être ou non dissociable d'un réseau de relations.

---

[7] Le goût des médicaments est un thème très "moral" et à ce titre largement controversé. En l'étudiant de façon plus systématique, on pourrait sans doute repérer différents modèles de ce qu'est la maladie et du rôle que doit jouer le médicament. Certains trouvent par exemple anormal que des médicaments pédiatriques soient dotés de goûts agréables ; le médicament est un devoir pas un plaisir, ou bien il ne doit pas être confondu avec un aliment. Certains adultes disent associer un goût désagréable à la présence d'un principe actif ; d'autres, qui partagent l'opinion précédente sur le lien goût-efficacité considèrent qu'un goût agréable est le signe d'un masquage qui lui-même signifie le mauvais goût qu'il masque…

En second lieu, nous avons essayé de montrer que la prise elle-même ne devait pas être mise entre parenthèses comme un geste anodin sans intérêt. Elle suppose une préparation, une organisation, une inscription dans la durée qui en font un moment bien identifié dans le cours quotidien de l'existence, la réinscrivent dans un parcours thérapeutique auquel elle contribue à donner un sens.

Une des conséquences de ces deux points centraux nous paraît être de poser en des termes particulièrement complexes la question de l'efficacité : autrement dit, parce que le médicament tisse un long réseau de relations qui se retrouvent agrégées en lui et dans l'acte de prise, l'attribution univoque à un seul de ses éléments associés. L'effet placebo paraît alors comme un artefact de certains dispositifs expérimentaux qui s'acharnent à couper certains fils dans cet écheveau serré : à prendre au sérieux le médicament dans son parcours, dans ses dispositions, il devient beaucoup plus difficile de faire la distinction entre ces différentes formes d'efficacité.

Références

AKRICH, M. et D. BOULLIER

1991 Le mode d'emploi: genèse, forme et usage. *Savoir-faire et pouvoir transmettre, Ethnologie de la France, cahier n°6.* Paris : Editions de la MSH, p.113-131.

BANGA, B.

1993 "Patch : avantages et inconvénients", *L'impatient*, n°188-189, juillet-août 1993, p.55-56.

BOULLIER, D. (dir.)

1989 Genèse des modes d'emploi : la mise en scène de l'utilisateur final. LARES-CCETT. **:** 121 p.

BOULLIER, D.

Les conversations télé

BOULLIER, D. et M. LEGRAND

1991 Evaluation comparative des notices de somnifères et de tranquillisants, Rennes : Euristic Media, rapport pour Que Choisir ? Santé.

BRAUD,G.

1994 "Conditionnements. L'imagination au pouvoir.", *Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires*, n°2081, p.12-18.

CALLON, M.

1995 Manuel sur les réseaux

DELEGUE,M. ET G. UCHIDA-ERNOUF

1993 “Evolution de la forme galénique et de la composition du médicament français de 1985 à 1992”, *STP PHARMA Pratiques*, vol. 3, n°3, p.191-195.

FINGER, S.

1994 “A quelle heure prendre ses médicaments?”, *Top Santé*, avril 1994.

HUGUET, E.

1986 “Evolution de la notion d’observance”, *Psychologie médicale*, vol.18, n°12, p. 1887-1891.

JONVILLE, A.-P. et E. AUTRET,

1994 “Les erreurs d’utilisation des médicaments en pédiatrie : étude française prospective,” in *L’enfant, sa famille et les médicaments*, Paris, Institut de l’Enfance et de la Famille.

JULLIEN, M.

1991 “De l’importance de la forme galénique”, *Le Généraliste*, n°1236, mardi 19 février 1991.

KARSENTY, S.

1994 “L’enfant, sa famille et les médicaments : approche sociologique et anthropologique”, in *L’enfant, sa famille et les médicaments*, Paris, Institut de l’Enfance et de la Famille.

KERMOULIN, C.

1994 “Les bénéfices des patchs”, *Impact médecin Hebdo*, n°234, 29 avril 1994, p.42-43

LAMBERT, P.-A. ET LAMBERT, G.

1991-1992 “Formes, goûts et condtiionnelement : habillage et maquillage ou psychologie et présentation du médicament”, *Agora*, n°20, p.111-117.

MÉADEL, C.

1989 “De la formation des comportements et des goûts : une histoire des sondages à la télévision dans les années cinquante”, *Réseaux*.

X

1990 “Formes galéniques. Images et perception”, *Industrie Santé/ACIP*, n°153, août-septembre 1990.

RICHARD, D. et de LAPOUGE, D.

1988, “L’objet médicament”, “Les formes médicamenteuses par voie orale”, “L’observance”, *Le praticien P.P.P. dans Impact Médecin Hebdo*, dossier n°196, 25 juin 1988, p.1-14.