

La Pharmacologie Sociale : une nouvelle branche de la Pharmacologie Clinique

J.L. Montastruc

Laboratoire de Pharmacologie Médicale et Clinique de la Faculté de Médecine de Toulouse, France

Mel : montastruc@cict.fr

Avec la collaboration du Collectif de Pharmacologie Sociale (CPS) de Toulouse et notamment de J.C. Guiraud (Président), H. Bagheri, C. Damase-Michel, P. Jansou, G. Lafue, M. Lapeyre-Mestre, P. Montastruc, N. Montastruc, R. Pujol.

Ce travail est un hommage amical de l'auteur aux quatre premiers conférenciers des Rencontres Annuelles de Pharmacologie Sociale de Toulouse : Professeur Lucien Abenhaim (Université Mac Gill de Montréal et de Bordeaux II) (01-04-1998), Professeur Edouard Zarifian (CHU de Caen) (14-10-1999), Professeur Bernard Begaud (Université de Bordeaux II) (23-11-2000), Professeur Joan Ramon Laporte (Université Autonome de Barcelone) (05-12-2001).

Correspondance : Pr. J.L. MONTASTRUC : Laboratoire de Pharmacologie Médicale et Clinique, Faculté de Médecine, 37 allées Jules-Guesde, 31073 Toulouse Cedex 7, France

Résumé : L'auteur présente la définition et les objectifs de la Pharmacologie Sociale, nouvelle branche de la Pharmacologie Clinique, étudiant les interrelations entre la Société et le Médicament. Il illustre son propos en discutant le rôle de l'Industrie Pharmaceutique, des Agences Sanitaires, des professionnels de santé, des patients, du public et des médias dans cette approche « sociétale » du Médicament.

Mots-clés : Pharmacologie Sociale, Pharmacologie, Médicaments, Société.

Titre anglais : **Social Pharmacology : a new topic in Clinical Pharmacology**

Summary : Social Pharmacology, a new field in Clinical Pharmacology, describes the relationships between Society and Drugs. Topics of Social Pharmacology are first, the social consequences of populations' exposition to drugs and, secondly, the social factors explaining drugs' use behind clinical or rational explanations. Social Pharmacology also investigates the reasons for prescription, delivery, consumption and self-medication of drugs (behind clinical or rational factors). The paper discusses the role of the different players of Social Pharmacology in the field of drug's development, evaluation, prescription and consumption. For example, Pharmaceutical industry should play an important role in drug's discovery of new drugs medically and socially « desirable ». Drug companies are also involved in this field for drug information to doctors but also patients. Regulatory agencies are concerned by social factors implicated in drug approval, regulation of the maximal level of drug's use, application and transferability of clinical trials in daily clinical practice. Social Pharmacologists also investigate the factors (others than clinical or rational) regulating drug's use. In fact, drug's consumption varies according to social characteristics of physicians (its sub-speciality, medical education, cultural origin...) or patients (gender, age, education, country, kind of work, social status...). Relationship between drugs and religion are a large chapter of Social Pharmacology. Other topics in Social Pharmacology involving other health professionals (pharmacists), lawyers and medias are also discussed. Finally, drugs should be considered as important social markers of populations' behaviour. The role of Social Pharmacologist is to identify these social and irrational factors governing drug's use in order to adapt and rationalize drug utilization in daily clinical practice.

Keywords : Social Pharmacology, Pharmacology, Drugs, Society.

« *Toute science doit devenir sociale* » (Littré)

Une analyse de l'histoire de la pharmacologie, science des interactions entre le médicament et les organismes vivants, depuis le début du XX^{ème} siècle, souligne l'élargissement considérable du champ de notre discipline (figure 1). Des observations empiriques (« *materia medica* ») à l'application des méthodes de la physiologie ou de la biochimie (« pharmacologie expérimentale, pharmacologie biochimique ou cellulaire »), la pharmacologie a évolué vers l'étude de l'efficacité et de la sécurité des médicaments à l'échelon de l'individu (« pharmacologie clinique, pharmacovigilance »), puis des populations (« pharmacoépidémiologie », « pharmacoéconomie »). Cependant, à côté de son objet purement médical (traitement des maladies) ou scientifique (meilleure connaissance des mécanismes physiologiques), le médicament apparaît aussi désormais comme un fait de Société. Les sulfamides antiinfectieux, premiers médicaments antibactériens, ont révolutionné la pratique médicale. Les vaccins ont considérablement diminué la mortalité infantile dans les pays industrialisés. La pilule a radicalement modifié les relations entre hommes et femmes. Pour produire le Médicament, une industrie considérable s'est développée. Elle a contribué à l'essor de la Recherche Médicale. Le développement du médicament a largement participé à l'allongement de l'espérance de vie, passée chez l'homme de 24 ans en 1750 à 74 ans en 1993. Le médicament appartient donc aussi désormais aux *Sciences Sociales*.

Ces constatations expliquent la naissance puis le développement de la Pharmacologie Sociale. Dans ce court article, nous souhaitons définir la Pharmacologie Sociale puis illustrer par quelques sujets d'actualité son objet et son champ d'application.

Naissance de la Pharmacologie Sociale

La première mention du terme de « Pharmacologie Sociale » remonte à 1964 où Lennard (cité par Vénulet¹) introduit ce terme pour discuter du rôle des médicaments psychoactifs dans les comportements sociaux. Cette approche, trop restrictive, ne peut cependant aujourd'hui être retenue comme définition de la Pharmacologie Sociale. Lasagna, en 1974, souligne l'importance d'étudier les médicaments dans leur « cadre social » de prescription².

C'est Vénulet¹ qui, le premier, en 1974, définit et précise la notion de Pharmacologie Sociale. Pour lui, la Pharmacologie Sociale comporte « l'étude des facteurs sociaux influençant l'usage des médicaments, l'étude des motifs de prescription, de consommation et d'automédication ; elle est concernée par l'économie de la santé, par certains aspects concernant l'admission des médicaments sur le marché ; elle s'efforce de reconnaître les implications

sociales de l'exposition des populations aux médicaments, que ce soit à des fins thérapeutiques ou non ; enfin, elle cherche à découvrir les interactions entre les substances thérapeutiques utilisées et les facteurs chimiques d'environnement »³.

En fait, on pourrait considérer Sir William Osler comme le véritable père de la Pharmacologie Sociale. Il écrivait dès 1891 : « *A desire to take medicines, is perhaps, the great feature which distinguishes man from other animals* ».

Définition de la Pharmacologie Sociale

L'analyse du terme « *social* » permet de préciser d'emblée l'objet de la Pharmacologie Sociale. En effet, selon le « Petit Larousse Illustré », « social » s'avère « relatif à une société, à une collectivité humaine », « concerne les rapports entre un individu et les autres membres de la collectivité », ou encore, « entre les divers groupes ou classes qui constituent la société », « concerne les membres de la société, leurs conditions économiques, psychologiques » et définit un objet visant à « l'amélioration des conditions de vie, en particulier des conditions matérielles des membres de la société ». A l'évidence, ces définitions s'appliquent parfaitement au Médicament au XXIème siècle. Quelle meilleure définition proposer pour cette branche de la pharmacologie ?

La *Pharmacologie Sociale* (ou encore « Sociétale ») apparaît donc comme une branche nouvelle de la pharmacologie, étudiant, d'une part, les *conséquences sociales* de l'exposition des populations aux médicaments, et, d'autre part, *les facteurs sociaux* dirigeant l'usage des substances pharmacologiques indépendamment de raisons purement cliniques ou rationnelles.

On peut regrouper les études de Pharmacologie Sociale en *cinq grands thèmes* :

1. Facteurs influençant l'utilisation des médicaments (autres que les facteurs cliniques ou rationnels) ;
2. Motifs de prescription, de dispensation, de consommation ou d'automédication des médicaments (autres que les facteurs cliniques ou rationnels) ;
3. Facteurs impliqués dans les autorisations réglementaires (autres que cliniques ou rationnels) ;
4. Implications sociales de l'exposition aux médicaments ;
5. Interactions entre médicaments et environnement.

Acteurs de la Pharmacologie Sociale

Tous les acteurs de la vie privée (avant l'AMM) ou publique (après l'AMM) du Médicament s'avèrent concernés par la Pharmacologie Sociale.

1. *L'Industrie Pharmaceutique*

Les exemples de l'implication de l'Industrie Pharmaceutique dans la Pharmacologie Sociale s'avèrent multiples. C'est elle qui, le plus souvent, découvre et met au point les nouveaux médicaments. Elle assure donc la responsabilité *du choix de l'innovation médicamenteuse* en fonction de l'importance sociale de telle ou telle maladie. Malheureusement, il n'existe pas toujours de relation directe entre les investissements en matière de recherche et la prévalence ou l'importance médico-sociale d'une maladie à l'échelle mondiale. Comment comprendre par exemple, la présence dans les dictionnaires français de spécialités de l'an 2000, de 157 médicaments antihypertenseurs et seulement 37 substances antiparasitaires ? Selon une étude de Médecins Sans Frontières, 1223 nouvelles molécules ont été commercialisées entre 1975 et 1997. Parmi celles-ci, 379 (31 %) ont été considérées comme des innovations thérapeutiques, mais seulement 11 (c'est-à-dire moins de 1 %) ont été spécifiquement développées pour des maladies tropicales⁴. On sait aussi qu'en 1999, 81 % des médicaments (en valeur) ont été consommés par 17,5 % de la population mondiale⁴. En réalité, le Médicament apparaît comme un indicateur exemplaire de l'inégalité sociale dans notre monde.

Le rôle de l'Industrie en Pharmacologie Sociale peut également s'illustrer à propos de *l'Information sur le Médicament*. La Société (patients et médecins) demande une information validée sur l'efficacité, les effets indésirables et le coût des médicaments. L'information venue de l'industrie pharmaceutique développe avant tout d'autres objectifs, plus axés sur la nécessité de ventes à court terme. On connaît l'augmentation importante (+ 21 %) du nombre de visiteurs médicaux dans le monde ces dernières années⁵. Pour faire face au défi d'un marché mondialisé⁴, les laboratoires pharmaceutiques doivent chaque année lancer deux à trois molécules susceptibles de dépasser 1 milliard de dollars de vente (« blockbusters »). Ainsi, s'explique la nécessité d'obtenir une rentabilisation des investissements rendant compte de l'augmentation sans cesse croissante des dépenses de marketing. Pour les grands groupes, celles-ci correspondent aujourd'hui à 15 % de leur chiffre d'affaire soit presque autant que pour la recherche et le développement de nouveaux médicaments⁵.

« *L'éducation* » directe des consommateurs par les laboratoires pharmaceutiques (via des campagnes d'affichage généralistes, Internet ou des lignes téléphoniques spécialisées)^{6,7} apparaît également comme un problème d'actualité de Pharmacologie Sociale.

2. Les Agences Sanitaires

Les Agences Sanitaires sont, depuis longtemps, concernées par la Pharmacologie Sociale. Elles réfléchissent, par exemple, à la nécessité d'*adapter l'offre*, d'une part aux besoins de la population et, d'autre part, aux ressources financières du pays. On doit débattre du choix du médicament à rembourser et des critères de ces remboursements. Par exemple, faut-il choisir comme marqueur de mise sur le marché (ou de remboursement) l'efficacité seule, le rapport bénéfice/risque, le rapport coût/utilité ou encore « l'appétence sociale » vis-à-vis du médicament ? Les médicaments utilisés dans le traitement de la « dysfonction érectile » offrent un exemple d'actualité de cette importance de la demande sociale dans l'autorisation des médicaments⁸. L'établissement en France de critères d'évaluation comme le « Service Médical Rendu » (SMR) ou encore l'« Amélioration du Service Médical Rendu » (ASMR) a essayé de répondre à cette question.

On peut s'interroger également sur la nécessité d'un choix de *médicaments « socialement désirables »*, c'est-à-dire de médicaments indispensables, de premier recours, pour les grandes pathologies les plus courantes (à différencier des médicaments « essentiels » de l'OMS). L'histoire de l'amoxicilline (et de ses déclinaisons en multiples génériques) peut être source de réflexion et d'hypothèses de travail. Quel doit être le statut de ces médicaments « indispensables » ? Quel doit être leur mode d'obtention ? Quelles doivent être leurs conditions de délivrance et de remboursement ?

Un autre sujet de Pharmacologie Sociale à l'échelon des Agences Sanitaires et des autorités sanitaires d'un pays concerne le *niveau « maximal » d'utilisation des médicaments*. On pourrait proposer quelques exemples en posant les questions afférentes. Quelles sont les conséquences sanitaires réelles (favorables ou défavorables) du fort niveau de consommation des benzodiazépines dans les pays francophones ? Quel est le niveau approprié de prescription de certaines classes médicamenteuses, comme les antihypertenseurs ou les hypolipémiants ? Quelles sont les véritables implications et conséquences médicales, économiques et sociales de la forte consommation des antibiotiques dans notre pays ?...

Une des questions principales de la Pharmacologie « Sociétale » a trait à la *transférabilité* des essais cliniques à la pratique quotidienne. On connaît le caractère nécessairement limité des essais cliniques résumé par les « Five Too's » (les cinq trop) des Anglo-Saxons : les essais cliniques sont « trop courts », « trop schématiques », « trop rigides », « trop réservés aux âges moyens », « trop peu représentatifs » de la population cible^{4,9}. Mais, à l'heure de la mondialisation⁴ de l'industrie pharmaceutique, de la recherche et des essais cliniques, (certes multacentriques mais conduits uniquement dans certaines régions bien choisies du globe), on doit

s'interroger sur la généralisation au monde entier des résultats d'un seul essai clinique. Ainsi, quelle est sa véritable transférabilité au Sud de l'Europe des essais conduits sur les statines au Nord de notre Continent dans les populations les plus à risque ?

3. Les pharmaciens

Leur attitude diffère en fonction des pays. Néanmoins, leur implication sociale s'avère importante dans de nombreux domaines comme, l'information, le conseil et l'éducation pharmaceutique ou encore, par exemple, le contrôle de l'automédication, la surveillance sur le terrain des interactions médicamenteuses ou encore la délivrance des génériques. On pourrait encore citer dans ce chapitre l'implication pharmaceutique dans la délivrance des médicaments non prescrits¹⁰ ou illustrer notre propos par la décision de boycott récent de la délivrance de la « pilule du lendemain » par les pharmaciens d'Andalousie¹¹.

4. Le prescripteur

A l'évidence, il existe une grande part d' *irrationnel dans les décisions thérapeutiques* des médecins. On peut admettre avec Vénulet¹ que ces facteurs « dérationnalisants » peuvent dépendre de plusieurs caractéristiques comme :

- *le type de prescripteur* : par exemple, les chirurgiens-dentistes s'avèrent plus enclins à prescrire des antalgiques ou des anesthésiques locaux que les médecins¹.
- *L'enseignement médical* : ainsi, dans certains pays (Inde, Asie du Sud-Ouest), l'administration de médicaments par voie rectale paraît inacceptable. Les Anglo-Saxons ne « croient » pas à l'efficacité des injections parentérales¹.
- *L'origine culturelle du médecin* : l'ordonnance du médecin dépend de sa représentation de la maladie. Reprenons l'exemple développé par Jean-Girard¹². Face à un tableau clinique associant malaise, oppression thoracique, palpitations et fatigue, le médecin allemand diagnostiquera volontiers une insuffisance cardiaque et prescrira la digitaline, l'Anglais fera le diagnostic de névrose et conseillera une benzodiazépine, l'Américain optera pour une attaque de panique et prescrira un antidépresseur. Pour l'Espagnol, le diagnostic sera celui d'asthénie et sa prescription comprendra caféine et stimulant alors que le Français retiendra une « spasmophilie » pour associer sur l'ordonnance calcium, magnésium et vasodilatateurs...

5. Le patient

La consommation du médicament par un patient donné dépend de multiples facteurs : âge, sexe (genre), statut social, niveau d'éducation, niveau de remboursement du médicament, origine ethnique ou encore religion.

Les *inter-relations médicament-religion* s'avèrent tout à fait intéressantes¹³. Elles constituent l'un des aspects les plus originaux des travaux de recherche en Pharmacologie Sociale. Face au médicament, les représentations émotionnelles et symboliques, culturelles et religieuses jouent un rôle essentiel, expliquant, par exemple, l'acceptation de la douleur et l'absence de demande de médicaments par l'Hindou, adepte d'une religion ne connaissant pas le pardon et prônant la souffrance pour expier¹³. La place du médicament dans le cadre du jeûne du Ramadan a été récemment bien développée par Hakkou¹⁴. Par ailleurs, un groupe belge⁷ a étudié l'utilisation des antibiotiques en fonction du contexte culturel et religieux. Les auteurs ont comparé les prescriptions d'antibiotiques au cours des bronchopneumopathies dans une ville catholique flamande belge et une autre cité protestante flamande hollandaise, toutes les deux distantes de 60 kilomètres mais séparées par la frontière. Cette étude, exploratoire, quantitative et qualitative, a interrogé 15 familles dans chaque ville à deux reprises à trois mois d'intervalle. Pour une incidence similaire de bronchopneumopathies, on observe tout d'abord une dénomination différente de la pathologie. Dans 50 % des cas, il s'agit, dans les deux villes, d'un « rhume banal ». Mais, pour les autres, on parle de « bronchite » en Belgique et de « grippe » en Hollande. Les malades belges consultent systématiquement un médecin et prennent pour plus de 50 % d'entre eux un antibiotique. Au contraire, en pays hollandais, la consultation n'est pas considérée comme indispensable par le patient et seul 1/5e des sujets ont recours aux antibiotiques. Selon les auteurs, on doit donc souligner l'importance de la religion dans le comportement des patients vis-à-vis des médicaments, en opposant, d'une part le catholicisme, religion des sacrements, adepte des médicaments véritables contreparties sécularisées de la maladie et, d'autre part, le réformisme hollandais, imprégné de prédestination et de scepticisme, convaincu, à l'inverse de ses voisins catholiques, de la faible possibilité de contrôler la maladie par le médicament¹⁵.

D'autres questions concernent directement le patient dans le cadre de la Pharmacologie Sociale : quelle est la *représentation* d'un médicament donné pour une maladie donnée chez un patient donné ? Que pense le patient du médicament ? Quelle est finalement sa conception de l'efficacité, du poids économique ou encore des effets indésirables de tel ou tel médicament ? Pour tenter de répondre à cette dernière question, nous avons mené une enquête prospective comparant la conception-représentation des effets indésirables des grandes classes de médicaments (« dangerosité ») dans le grand public d'une part, et chez les médecins et

pharmaciens d'autre part. Nous avons montré que les professionnels de la santé considéraient les médicaments anticoagulants, puis les antiinflammatoires, puis les hypnotiques comme ceux s'accompagnant du risque le plus élevé. A l'inverse, le grand public associe aux médicaments psychoactifs (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs) la plus grande « dangerosité ». Au sein des professions de santé, les pharmaciens indiquent des scores de « dangerosité » plus élevés que les médecins ou les pharmacologues¹⁶.

La récente déclaration de l'ISDB (International Society of Drug Bulletins)¹⁷ a réclamé l'implication du public dans le *choix des nouveaux axes thérapeutiques à développer*. Elle a aussi demandé la participation des patients et du public à la *conception méthodologique des essais cliniques* des médicaments. Ces deux axes nouveaux pourront aussi se développer à travers l'implication des Associations de Malades.

6. Autres acteurs

Pour compléter cette liste des acteurs de la Pharmacologie Sociale, il faudrait également citer la *justice*, les *Comités Consultatifs de protection des Personnes (CCPPRB)*¹⁷, ou encore les *enseignants*. Ces derniers, qu'ils s'adressent, à l'école ou au lycée aux élèves (futurs malades) ou, à la Faculté de Médecine aux futurs médecins, doivent expliquer que, face à la maladie ou aux difficultés existentielles, la première et seule réponse ne doit pas correspondre forcément au médicament¹⁸.

La place des *médias*^{17,18}, tant ceux destinés au grand public que ceux spécifiques aux professionnels de santé, mérite aussi d'être approfondie dans une perspective de Pharmacologie Sociale.

Le rôle des *chercheurs* et des instituts de recherche devrait également être renforcé dans cette nouvelle perspective de Pharmacologie Sociale. Leurs connaissances des divers champs de la Santé (et notamment de ceux restant encore orphelins, c'est-à-dire insuffisamment développés par l'industrie du Médicament) devrait permettre le développement, l'évaluation et la mise à disposition des malades et des médecins des médicaments non commercialement attractifs mais importants, tant en termes médicaux que sociaux : c'est le cas, non seulement de ce qu'il est convenu d'appeler les médicaments « orphelins » mais aussi, des classes pharmacologiques délaissées (antiparasitaires, médicaments des affections terminales...)¹⁷.

Autres aspects de la Pharmacologie Sociale

La Pharmacologie Sociale concerne également d'autres aspects que nous n'évoquerons ici que brièvement : *l'utilisation non médicale des médicaments* (dopage, psychostimulants,

vitamines...), dont l'expression caricaturale correspond à ce que nous appelons la « *médicamentation* » du mode de vie. Cette notion a été bien développée par Zarifian¹⁹ qui écrit : « Les caractéristiques banales de comportements humains, phobies, timidité, manie du rangement, goût pour le jeu de hasard, etc... ont été irrésistiblement entraînées dans le champ de la pathologie avec comme sanction une prescription médicamenteuse. Le deuil lui-même devient aujourd'hui prétexte à prescription d'antidépresseur escamotant le travail psychologique nécessaire pour qu'un deuil puisse s'achever et rendant ensuite celui-ci interminable ». On pourrait citer d'autres exemples récents de cette « *médicamentation* » de la Société, comme le développement des « pilules » présentées comme « miracles » dans ces situations présentées désormais comme pathologiques : obésité et surcharge pondérale (sibutramine), obéissance de l'enfant (voire le traitement de son échec scolaire) (méthylphénidate), troubles de l'éveil (modafinil) ou de la synchronisation du sommeil (mélatonine) sans oublier bien sûr les médicaments de la libido (sildénafil, apomorphine), du sevrage tabagique (nicotine, bupropion), du « vieillissement » (DHEA) ou la toxine botulique « antirides ». On peut véritablement parler ici de l'extension du champ des pathologies à l'occasion de la conception de nouveaux médicaments. Remarquons à ce propos l'absence de demande de remboursement de ces médicaments par l'Industrie Pharmaceutique, stratégie conduisant clairement à une « *Socialisation* » (dans le sens d'intégration dans la cité et la vie sociale) du médicament.

Un autre exemple de cette « *médicamentation* » de la société peut correspondre au recours aux psychotropes en situation de chômage et de travail : le médicament est alors considéré comme un *soutien social* aidant à la stratégie du faire face. Notre groupe²⁰ a montré que la consommation des médicaments augmente avec les forts niveaux d'agression sociale et que la pharmacodépendance constitue une réponse à ces agressions. A l'inverse, le développement des soutiens sociaux atténue la consommation de benzodiazépines.

On pourrait enfin citer d'autres thèmes de travail en Pharmacologie Sociale : *mondialisation* du Médicament⁴, consommation de médicaments et conditions ou *difficultés au travail*^{21,22}, *variations de consommation* de médicaments selon les *pays, régions* ou *sociétés*²³, relations entre la cote des *valeurs boursières* et la survenue d'effets médicamenteux favorables ou fâcheux^{24,25}. Les questions sur l'acceptabilité des formes pharmaceutiques en fonction de leur *aspect extérieur*²⁶ reste aussi un sujet mal connu en Pharmacologie Sociale : on sait, par exemple, qu'une benzodiazépine anxiolytique ou hypnotique ne devra pas avoir une couleur vive, qu'un médicament destiné au traitement de maladies rhumatologiques sera plus facilement accepté (et ressenti comme actif !) s'il est représenté sous forme d'un osselet (ou d'un cœur pour une

maladie cardiovasculaire)²⁶. Ces questions rappellent la « Théorie des Signatures » de l'Antiquité. A l'évidence, la Pharmacologie est « Sociale » depuis bien longtemps !

Les questions de l'évaluation du *risque médicamenteux* et la discussion du niveau de son *acceptabilité* pour la Société (en fonction du type de maladie, de sa gravité, des caractéristiques de l'effet indésirable...) rentrent évidemment également dans le champ de la Pharmacologie Sociale⁹. A titre d'exemple d'actualité, on peut citer le risque thrombogène sous anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs de la cyclooxygénase de type II. Ce sujet concerne certes la pharmacovigilance, mais plus encore en raison de l'importance de la consommation et de la gravité potentielle du risque, la pharmacologie sociétale²⁷.

Conclusion

Dans ce texte, volontiers schématique et souvent incomplet, nous avons voulu montrer qu'on doit désormais considérer le Médicament (substance douée de propriétés curatives ou préventives vis-à-vis des maladies) aussi comme un objet et un marqueur de la vie sociale des individus. C'est ainsi qu'on a pu parler de « Métabolisme Social » du Médicament¹². Finalement, l'approche de Pharmacologie Sociale rejoint les questions que se posent tout pharmacologue ou tout médecin, soucieux d'applicabilité des notions de base ou des résultats des essais cliniques et finalement de « Bon Usage » du Médicament. On ne peut qu'être étonné, en effet, par la grande différence existant entre la rigueur présidant à la mise sur le marché d'un médicament et la subjectivité intervenant lors de sa prescription puis son utilisation. A l'évidence, après l'Autorisation de Mise sur le Marché, les facteurs irrationnels l'emportent souvent (trop souvent ?) sur les facteurs rationnels dans la prescription du médicament. C'est à l'identification, à la quantification et la prise en compte de ces composantes dénationalisantes qu'invite la Pharmacologie Sociale, dernière étape de l'histoire naturelle de la pharmacologie¹.

Références

1. Vénulet J. From experimental to social pharmacology : a natural history of pharmacology. *Int J Clin Pharmacol* 1974 ; 10 : 202-205.
2. Lasagna LA. A place for the naturalistic study of medicines. *Eur J Clin Pharmacol* 1974 ; 7 : 153-154.
3. Vénulet J. La Pharmacologie Sociale existe-t-elle ? *Med et Hyg* 1976 ; 34 : 435-436.
4. Stolley P.D., Laporte J.R. The Public Health, the University, and Pharmacoepidemiology. In : Strom B.L. ed. *Pharmacoepidemiology*, Third edition, 2000 : 75-89.
5. Halpern N. Médicament : des VRP très offensifs ; Les visiteurs médicaux, une armée au service des labos. *Les Echos*, 20 novembre 2001 ; 62-63.
6. Halpern N. Quand les laboratoires tentent de séduire le grand public. *Les Echos*, 20 novembre 2001 ; 63.
7. Amalou F. Les laboratoires pharmaceutiques « éduquent » les consommateurs. *Le Monde*, 24 mars 2001 ; 15.
8. Wissard M., Leisinger h.J. La dysfonction érectile : une maladie pas tout à fait comme les autres... ! Faut-il ou non que les assurance sociales en assument le coût ? *Med Hyg* 2001 ; 59 : 2376-2379.
9. Laporte J.R., Tognoni G. Principios de epidemiologia del medicamento, 2a edicion, 1 vol 270 pages, Masson-Salvat Barcelona, Spain, 1993.
10. Sinclair H.K., bond C.M., Hanna Ford P.C. Long term follow-up studies of users of non prescription medicines purchased from community pharmacies. Some methodological issues. *Drug Safety* 2001 ; 24 : 929-938.
11. Anonyme. Pharmacies boycott morning-after pill in Spain. *SCRIP* 2001 ; 2699 : 6.
12. Jean-Girard C. Le métabolisme social du médicament ou le médecin sous influence. *Rev Agora*, 1991-92, 20, 95-98.
13. Levy I. Douleurs, cultures, religions. *Rev Prescr* 2001 ; 21 : 472-474.
14. Hakkou F. Conséquences Médicales du Jeûne du Ramadan. *Rev Prescr* 1995 ; 25 : 512-523.
15. Deschepper R., Van der Stichele R. Antibiotic utilization and the cultural context : an antropological investigation of the lay perspective in a dutch and a belgian study. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 2000 ; 9 : 548.
16. Bongard V., Menard-Taché S., Bagheri H., Kabiri K., Lapeyre-Mestre M., Montastruc J.L. Risk of adverse drug reactions : what is the perception of health professionnals and general

- population ? *Communication au Congrès de la Société Française de Pharmacologie, Rennes, 8-10 avril 2002.*
17. International Society of Drug Bulletins ISDB. Ce que sont les véritables progrès thérapeutiques dans le domaine du Médicament. *Rev Prescr* 2002, 22, 140-145.
 18. Noiry J.P. Exigences et ambiguïtés de l'information écrite sur les médicaments. *Rev Agora* 1991-1992 ; 20 : 83-86.
 19. Zarifian E. La prescription des médicaments psychotropes : usage, mésusage et abus. *Bull Acad Natle Med* 1998 ; 182 : 1439-1447.
 20. Almudever B., Hajjar V., Damase-Michel C., Lapeyre-Mestre M. Soutiens sociaux et stratégie de « faire face ». Le recours aux psychotropes en situation de chômage et de travail. *Cahiers Int Psychol Soc* 1997 ; 33 : 21-34.
 21. Lapeyre-Mestre M., Chastan E., Louis A., Montastruc J.L. Drug consumption in workers in France : a comparative study at a 10-year interval (1996 versus 1986). *J Clin Epidemiol* 1999 ; 52 : 471-478.
 22. Montastruc J.L., Charlet J.P. Use of benzodiazepines and industrial injuries. *Eur J Clin Pharmacol* 1992 42 553-554.
 23. Taboulet F., Riondet J. La variabilité des consommations pharmaceutiques. *Rev Agora* 1991-92 ; 20 : 69-70.
 24. Montastruc P., Chirac P. La bourse, source d'informations sur les médicaments. *Rev Prescr* 1993 ; 13 : 97-98.
 25. Senard J.M., Montastruc P., Herxheimer A. Early warning about drugs-from the stock market. *Lancet* 1996 ; 347 : 987-988.
 26. Lambert P.A., Lambert G. Formes, goûts, conditionnements : habillage et maquillage ou psychologie et présentation du Médicament. *Rev. Agora* 1991-92 ; 20 : 111-117.
 27. Mukherjee D., Nissen S.E., Topol E.J. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA* 2001 ; 286 : 954-959.

Légende de la figure

Les différentes étapes du développement de la Pharmacologie et de l'étude du Médicament au XXe siècle (d'après ¹ et ³).