Document généré le 14/11/2026 10:05

Recherches sociographiques

Une médicamentation intensive des soins au Québec (1975 à 2005)

Luc Bonneville et Jean-Guy Lacroix

Volume 47, numéro 2, mai–août 2006

La santé

URI : https://id.erudit.org/iderudit/014206ar
DOI : https://doi.org/10.7202/014206ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)
1705-6225 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Bonneville, L. & Lacroix, J.-G. (2006). Une médicamentation intensive des soins au Québec (1975 à 2005). *Recherches sociographiques*, *47*(2), 321–334. https://doi.org/10.7202/014206ar

Résumé de l'article

Nous analysons dans cet article la croissance des dépenses publiques et privées de santé au Québec. Plus spécifiquement, nous dégageons les grandes tendances des dépenses de santé associées aux médicaments de façon à comprendre la transformation qui a cours depuis plusieurs années, au chapitre de la prise en charge clinique de la maladie et des patients. L'effort consiste à mettre en lumière en quoi la société québécoise est de plus en plus modelée par une logique de prise en charge qui repose sur une médicamentation intensive et systémique, de fait une sur-médication, des services de soins offerts à la population québécoise.

Tous droits réservés © Recherches sociographiques, Université Laval, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

RS

UNE MÉDICAMENTATION INTENSIVE DES SOINS AU QUÉBEC (1975 À 2005)

Luc BONNEVILLE
Jean-Guy LACROIX

Nous analysons dans cet article la croissance des dépenses publiques et privées de santé au Québec. Plus spécifiquement, nous dégageons les grandes tendances des dépenses de santé associées aux médicaments de façon à comprendre la transformation qui a cours depuis plusieurs années, au chapitre de la prise en charge clinique de la maladie et des patients. L'effort consiste à mettre en lumière en quoi la société québécoise est de plus en plus modelée par une logique de prise en charge qui repose sur une médicamentation intensive et systémique, de fait une sur-médication, des services de soins offerts à la population québécoise.

Interroger l'état du secteur de la santé et des soins médicaux, en particulier depuis l'effervescence du *reengineering* des soins hospitaliers, exige de revenir sur l'évolution des grands indicateurs de performance de ce champ d'activités humaines et sociales. D'abord, parce que ces données constituent une sorte d'objectivation du champ, bien que toute statistique sur le sujet doive être considérée avec circonspection. Ensuite, parce qu'elles ont servi de fondement à une certaine interprétation de la dynamique régissant ce secteur d'activité, largement dominée par la pensée économique marginaliste et néolibérale, ce qui a conduit au diagnostic de « crise du système sociosanitaire » et aux politiques de sa « modernisation » (BONNEVILLE, 2003a ; CARRÉ et LACROIX, 2001). Enfin, parce qu'elles permettent de détecter une autre réalité, moins visible à première vue que celle proclamée par le courant de pensée plus haut évoqué, mais bien réelle et lourde de conséquences sur les plans tant humain que social et médical.

Recherches sociographiques, XLVII, 2, 2006 : 321-334

Le but de cet article est d'analyser l'évolution de certains grands indicateurs de performance du secteur de la santé au Québec afin de montrer qu'ils témoignent de processus qui ont un sens différent de celui qu'on en a dégagé pour légitimer les politiques de réorganisation du secteur des soins hospitaliers et médicaux, comme solutions à la crise décrétée du système sociosanitaire. Pour ce faire, nous avons étudié l'évolution de ces indicateurs pour la période de 1975 à 2005, à partir des statistiques officielles de différentes sources[1], en centrant l'analyse sur l'évolution des dépenses publiques et privées par affectations de fonds.

Un accroissement considérable des dépenses en médicaments

L'analyse des dépenses publiques et privées[2] de santé par catégories d'affectation de fonds révèle d'abord que ces dépenses ont partout augmenté (voir les lignes 1 à 20 des tableaux 1 et 2). Les dépenses pour certaines composantes du système sociosanitaire ont crû beaucoup plus rapidement que d'autres (tableau 2, colonne 8, lignes 1 à 20). C'est le cas des médicaments pour lesquels on note une augmentation considérable des dépenses publiques leur étant affectées pour la période de 1975 à 2005, passant de 412,8 millions de dollars canadiens[3] constants à près de 2,1 milliards en 2005 (tableau 1, ligne 9), ce qui représente un taux de croissance de 1 392,7 % (tableau 2, colonne 8, ligne 9). Du côté des dépenses privées en médicaments, la croissance pour la même période fut nettement moins grande (253,3 %), mais tout de même très importante, (tableau 2, colonne 8, ligne 10).

---

1. La plupart des données ici commentées ont été colligées et analysées dans le cadre du travail de recherche doctoral de Luc BONNEVILLE (2003a) et sont issues du chapitre 3 de sa thèse de doctorat intitulée « L'évolution des indicateurs de performance dans le système sociosanitaire, 1975 à 2000 ». Les données 2000 à 2005 ont été recueillies et construites sur la base des statistiques de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

2. Les dépenses publiques de santé incluent celles provenant de transferts fédéraux au Québec, les transferts provinciaux aux municipalités, les dépenses dites particulières assumées par le gouvernement fédéral (par exemple les dépenses consacrées aux Autochtones, aux Forces armées, aux anciens combattants notamment, pour la promotion de la santé et la recherche), les dépenses pour la santé publique et celles pour les caisses de sécurité sociale (gérées et administrées par différents organismes para-gouvernementaux tels que les commissions des accidents de travail et, au Québec depuis 1997, le Fonds d'assurance-médicaments). Les dépenses privées regroupent, quant à elles, les dépenses assumées par les citoyens pour différents produits ou services de soins, les réclamations d'assurance défrayées par les assureurs, les dépenses commerciales, les coûts d'administration des réclamations, les revenus des établissements sanitaires (par exemple les dons, revenus de placement), les dépenses pour différents équipements et installations et celles pour la recherche privée. Pour plus de détails, voir Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé*, ICIS, 2003, p. 56-57.

3. Pour la suite de cet article, lorsqu'il sera question de dollars, il s'agira toujours de dollars canadiens, sauf lorsque nous préciserons autrement.

TABLEAU 1

Dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds, Québec, 1975 à 2005 – dollars constants ('000 000) de 2005

	(1) *1975*	*(2)* *1980*	*(3)* *1985*	*(4)* *1990*	*(5)* *1995*	*(6)* *2000*	*(7)* *2005*
Hôpitaux							
(1) - publiques	4 745,9	4 985,0	5 630,6	6 522,6	6 443,9	6 930,6	7 875,8
(2) - privées	303,6	462,5	647,4	761,5	517,9	313,8	336,7
Autres établissements							
(3) - publiques	627,0	1 043,6	1 291,1	976,9	928,1	1 121,5	1 289,3
(4) - privées	176,3	286,1	366,0	446,2	593,9	688,6	946,4
Médecins							
(5) - publiques	1 528,6	1 645,7	1 785,8	2 053,2	2 232,7	2 209,5	2 637,5
(6) - privées	14,1	14,6	20,6	18,3	20,9	65,8	49,9
Autres professionnels							
(7) - publiques	31,1	125,3	165,7	270,3	272,2	254,5	254,6
(8) - privées	231,4	398,7	717,8	1 146,6	1 492,9	1 968,5	2 874,3
Médicaments							
(9) - publiques	142,8	246,5	350,9	579,2	839,1	1 384,4	2 131,6
(10) - privées	800,3	489,8	915,5	1 327,5	1 696,8	2 098,4	2 827,5
Immobilisations							
(11) - publiques	365,7	153,5	288,4	340,7	506,4	641,3	763,5
(12) - privées	125,0	232,9	130,2	25,3	19,5	75,2	122,4
Santé publique							
(13) - publiques	400,0	328,8	534,7	441,0	618,9	418,6	499,1
(14) - privées	---	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Administration							
(15) - publiques	325,5	237,8	319,7	348,6	308,6	583,6	625,3
(16) - privées	50,0	61,3	50,6	80,8	274,8	248,9	642,1
Autres dépenses							
(17) - publiques	141,5	225,0	273,5	455,9	584,3	733,5	859,3
(18) - privées	123,7	51,2	54,5	98,9	142,1	177,5	211,1
Total							
(19) - publiques	8 052,4	9 103,7	10 640,4	11 941,7	15 183,2	14 277,5	16 936,0
(20) - privées	2 354,2	2 521,3	3 331,4	4 133,3	4 758,8	5 213,6	7 609,7

SOURCE : Données construites sur la base de celles de l'ICIS (2005) et sur la base de données E-Stat de Statistique Canada.

P : Prévision.

TABLEAU 2

Taux de croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds, Québec, 1975 à 2005 – dollars constants ('000 000) de 2005

	(1) 1975	*(2) 1980*	*(3) 1985*	*(4) 1990*	*(5) 1995*	*(6) 2000*	*(7) 2005p*	*(8) 2005/1975*
Hôpitaux								
(1) publiques	---	5,0	13,0	15,8	-1,2	7,6	13,6	65,9
(2) privées	---	52,3	40,0	17,6	-32,0	-39,4	7,3	10,9
Autres établissements								
(3) publiques	---	0,7	23,7	-24,3	-5,0	20,8	15,0	105,6
(4) privées	---	62,3	27,9	21,9	33,1	15,9	37,4	436,8
Médecins								
(5) publiques	---	7,7	8,5	15,0	8,7	-1,0	19,4	72,5
(6) privées	---	3,5	41,1	-12,6	14,2	214,8	-24,2	253,9
Autres professionnels								
(7) publiques	---	143,1	-30,3	34,9	0,7	-6,5	0,0	718,6
(8) privées	---	21,2	24,2	19,9	30,2	31,9	46,0	1 142,1
Médicaments								
(9) publiques	---	72,6	42,4	65,1	44,9	65,0	54,0	1 392,7
(10) privées	---	-38,8	86,9	4,5	0,3	23,7	34,7	253,3
Immobilisations								
(11) publiques	---	58,0	87,9	18,1	48,6	26,6	19,1	108,8
(12) privées	---	86,4	-44,1	-80,6	-02,3	285,6	62,8	-2,1
Santé publique								
(13) publiques	---	-17,8	62,6	-175	403	-324	192	24,8
(14) privées	---	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Administration								
(15) publiques	---	-269	344	90	-115	891	71	92,0
(16) privées	---	226	-175	597	2401	-94	1580	1 184,2
Autres dépenses								
(17) publiques								
(18) privées	---	59,0	19,0	66,7	28,2	25,5	17,2	507,3
	---	-58,6	6,4	81,5	43,7	24,9	18,9	70,7
Total								
(19) publiques	---	13,1	16,9	12,2	27,1	-6,0	18,6	110,3
(20) privées	---	7,1	32,1	24,1	15,1	9,6	46,0	223,2

SOURCE : Données construites sur la base de celles de l'ICIS (2005) et sur la base de données E-Stat de Statistique Canada.

P : Prévision.

L'augmentation des dépenses publiques affectées aux médicaments implique, pour l'ensemble de la période analysée, un accroissement du poids relatif de cette dépense dans le total des dépenses publiques pour l'ensemble des catégories d'affectation de fonds. Il s'agit d'une augmentation de 614,2 %, compte tenu du fait que les dépenses publiques pour les médicaments ne représentaient que 1,7 % du total des dépenses publiques en santé en 1975, alors que cette proportion s'élevait à 12,6 % en 2005 (tableau 3).

À l'inverse de cette tendance à l'augmentation considérable des dépenses publiques en médicaments, ce sont les dépenses publiques destinées aux hôpitaux, aux médecins et à la santé publique qui ont augmenté le moins, respectivement de 65,9 %, 72,5 % et 24,8 % (tableaux 1 et 2, lignes 1, 5 et 13). En effet, les dépenses publiques affectées aux hôpitaux, aux médecins et à la santé publique sont passées respectivement, entre 1975 et 2005, de 4,7 milliards de dollars constants à 7,9 milliards, de 1,5 milliard de dollars constants à 2,6 milliards, et de 400 millions de dollars constants à près de 500 millions (tableau 1, colonnes 1 et 7, lignes 1, 5 et 13). Mais ce qu'il importe le plus de noter en ce qui regarde ces dépenses, c'est que leur poids relatif par rapport au total des dépenses publiques de santé n'a cessé de diminuer, contrairement à ce que nous venons de constater pour les dépenses publiques de santé affectées aux médicaments. Pour la santé publique, la diminution au cours de la période est de 39,6 %, puisque cette proportion était de 4,8 % en 1975 et de 2,9 % en 2005 (tableau 3, ligne 13). Pour les hôpitaux, cette diminution est de 18,6 %, du fait qu'ils représentaient 57,1 % du total des dépenses publiques en 1975 et 46,5 % de ce même total en 2005 (tableau 3, ligne 1). Dans le cas des médecins, le poids relatif des dépenses publiques leur étant affectées par rapport au total des dépenses publiques a aussi diminué de 15,2 %, passant de 18,4 % de la dépense publique totale en santé en 1975 à 15,6 % en 2005 (tableau 3, ligne 5). Quant aux dépenses consacrées à la santé publique, leur proportion par rapport au total des dépenses publiques a diminué de 39,6 %, puisque cette proportion était de 4,8 % en 1975 et de 2,9 % en 2005 (tableau 3, ligne 13).

Les dépenses publiques pour les hôpitaux et les médecins sont pourtant les deux composantes du système sociosanitaire qui ont été les plus visées par le discours politico-économique sur la cause de la crise du système de soins. Il y a donc lieu de s'interroger en profondeur sur la pertinence de cette vision économiciste et essentiellement administrative du caractère inflationniste de ces coûts.

TABLEAU 3

Répartition en pourcentage des dépenses par affectations de fonds, Québec, 1975 à 2005 – dollars constants ('000 000) de 2005

	(1) 1975	*(2) 1980*	*(3) 1985*	*(4) 1990*	*(5) 1995*	*(6) 2000*	*(7) 2005p*	*(8) 2005/1975*
Hôpitaux								
(1) publiques	57,1	54,8	61,8	54,6	42,4	48,5	46,5	-18,6
(2) privées	13,0	18,3	19,4	18,4	10,9	6,6	4,4	-66,2
Autres établissements								
(3) publiques	7,5	11,5	12,1	8,2	6,1	7,9	7,6	1,3
(4) privées	7,5	11,3	11,0	10,8	12,5	13,2	12,4	65,3
Médecins								
(5) publiques	18,4	18,1	16,8	17,2	14,7	15,5	15,6	-15,2
(6) privées	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	1,3	0,7	16,7
Autres professionnels								
(7) publiques	0,4	1,4	1,6	2,3	1,8	1,8	1,8	350,0
(8) privées	9,8	11,3	21,5	27,7	31,4	37,8	37,8	285,7
Médicaments								
(9) publiques	1,7	2,7	3,3	4,9	5,5	9,7	12,6	641,2
(10) privées	34,0	19,4	27,5	32,1	35,7	40,2	37,2	9,4
Immobilisations								
(11) publiques	4,4	1,7	2,7	2,9	3,3	4,5	4,5	2,3
(12) privées	5,3	9,2	3,9	0,6	0,4	1,4	1,6	-69,8
Santé publique								
(13) publiques	4,8	3,6	5,0	3,7	4,1	2,9	2,9	-39,6
(14) privées	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Administration								
(15) publiques	3,9	2,6	3,0	2,9	2,0	4,1	3,7	-5,1
(16) privées	2,1	2,4	1,5	2,0	5,8	4,8	8,4	400,0
Autres dépenses								
(17) publiques	1,7	2,5	2,6	3,8	3,8	5,1	5,1	200,0
(18) privées	5,3	2,0	1,6	2,4	3,0	3,4	2,8	-47,2
Total								
(19) publiques	77,9	78,3	76,2	74,3	76,1	73,3	69,0	-11,4
(20) privées	22,1	21,7	23,8	25,7	23,9	26,7	31,0	40,3

SOURCE : Données construites sur la base de celles de l'ICIS (2005) et sur la base de données E-Stat de Statistique Canada.

P : Prévision.

En effet, le poids relatif des dépenses totales et publiques affectées aux hôpitaux par rapport à celui consacré aux médicaments a rapidement et constamment chuté au cours de la période étudiée : il était 33,23 fois plus élevé que le coût des médicaments dans le secteur public contre seulement 3,69 fois en 2005 (tableau 4, ligne 1). Et le poids relatif des coûts totaux en hôpitaux par rapport à ceux des médicaments est passé de 5,35 fois plus en 1975 à 1,66 fois plus en 2005 (tableau 4, ligne 2). Par ailleurs, le poids relatif des dépenses affectées aux médecins dans le secteur public a lui aussi fortement et rapidement chuté, passant de 10,7 fois plus par rapport aux coûts entraînés par les médicaments en 1975 à 1,24 fois plus en 2005 (tableau 4, ligne 3). Il en va de même pour la comparaison du poids relatif des dépenses totales pour les médecins et les médicaments, le ratio « Dépenses totales Médecins »/« Dépenses totales Médicaments » s'abaissant de 1,64 à 0,54 (tableau 4, ligne 4). Finalement, la ligne 5 du tableau 4 indique que la proportion des dépenses totales en médicaments par rapport au total des dépenses de santé est passée de 9,1 % en 1975 à 20,2 % en 2005.

TABLEAU 4

Évolution comparée et du poids relatif des dépenses pour les hôpitaux, les médecins et les médicaments, Québec, 1975 à 2005 (dollars constants de 2005, '000 000 $ et ratios)

	(1) 1975	*(2) 1980*	*(3) 1985*	*(4) 1990*	*(5) 1995*	*(6) 2000*	*(7) 2005p*
(1) Ratio « Dépenses publiques Hôpitaux »/ « Dépenses publiques	33,23	20,22	16,05	11,26	7,69	5,01	3,69
(2) Ratio « Dépenses totales Hôpitaux » / « Dépenses totales Médicaments »	5,35	7,40	0,50	3,83	2,75	2,08	1,66
(3) Ratio « Dépenses publiques Médecins » / « Dépenses publiques Médicaments »	10,70	6,68	5,09	3,54	2,66	1,60	1,24
(4) Ratio « Dépenses totales Médecins » / « Dépenses totales Médicaments »	1,64	2,25	1,43	1,09	0,89	0,65	0,54
5) Proportion (%) « Dépenses totales Médicaments » / « Dépenses totales santé »	9,10	6,3	9,10	11,90	12,70	17,80	20,20

SOURCE : Données construites sur la base de celles de l'ICIS (2005) et sur la base de données E-Stat de Statistique Canada.

Tout un ensemble d'autres données étaye ce constat d'une sorte de virage vers une sur-médicamentation des soins. Ainsi, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) confirmait en 2003 que le coût des médicaments avait connu entre 1980 et 2000 une croissance explosive, la part des dépenses relatives aux médicaments dans le budget de la santé étant passée de 5,8 % à 16,9 % (BRETON, 2003). Cette hausse s'est fait surtout sentir au niveau des médicaments prescrits[4], pour lesquels les Québécois dépensent le plus au Canada. En 2001, les dépenses pour les médicaments prescrits par habitant s'élevaient à 471 $ au Québec, contre 426 $ en moyenne au Canada (GERVAIS, 2005a) ; et, en 2004, ces moyennes étaient respectivement passées à 626 $ et à 562 $ (RIOUX SOUCY, 2005), soit des augmentations de 32,9 % et de 31,9 % qui indiquent également bien la tendance.

Des conséquences du virage vers la sur-médicamentation sur la prestation des soins

Ces données montrent que les conditions de prise en charge clinique des patients ont été profondément modifiées, qu'il y a eu et que se poursuit un net virage vers une médicamentation de plus en plus importante, on pourrait dire massive et intensive, vers une sur-médicamentation des soins hospitaliers et médicaux. Sur la base des données analysées plus haut, nous pouvons avancer que cette sur-médicamentation constitue un passage obligé, une composante essentielle, de l'actuelle réorganisation (modernisation) du système de soins. En effet, la réduction relative des dépenses totales et publiques consacrées aux hôpitaux et aux médecins – qui s'est concrétisée par la diminution des établissements hospitaliers et des lits d'hôpitaux et par la décroissance relative des effectifs médicaux (particulièrement chez le personnel soignant définissant classiquement l'intervention clinique et thérapeutique, les médecins et les infirmières et infirmiers) par rapport à l'évolution des besoins, qui eux n'ont fait que croître (BONNEVILLE, 2003a, p. 187-206) – exige une autre façon de traiter la maladie et le patient[5]. Cette autre façon, non seulement nécessite-t-elle moins de travail médical vivant et plus de travail « mort » – c'est-à-dire du travail objectivé en produits, particulièrement des médicaments et certaines technologies, par exemple de surveillance à distance des patients (LEMIRE, 2001a et 2001b ; REISER, 1978) – mais requiert un accroissement important de l'intensité du travail médical vivant, ce qu'on nomme l'accroissement de la productivité (BONNEVILLE, 2003). Dans ce

4. Des 22 milliards de dollars dépensés en 2004 en médicaments, 82 % l'étaient pour des médicaments prescrits (RIOUX SOUCY, 2005).

5. Cette substitution par le médicament se fait au bénéfice du secteur privé qui, comme le souligne André-Pierre Contandriopoulos, augmente les « bourses de l'industrie ». Or, il s'agit d'une chose dont l'État ne parle pas souvent (« Rencontre avec André-Pierre Contandriopoulos », [Page consultée le 24 mai 2003], *Bulletin de santé publique*, automne 2000, vol. 21, nº 3, [En ligne].
Adresse URL : http://www.aspq.org/bulletins/bsp/vol21/vol21n3Contandriopoulos.htm.

contexte, il s'agit de faire mieux avec moins et surtout plus avec moins… de temps. Ainsi, le médecin, coincé entre la masse croissante des patients à voir, et à traiter, et le manque d'effectifs et de temps, a forcément tendance à réduire sa pratique à la prescription et verse dans le syndrome de la prescription à la chaîne, de la prescription immédiate (lors de visites qui ne durent parfois qu'à peine cinq minutes), répétitive, intensive et substitutive de la relation humaine de service (GADREY, 1996), qui caractérise pourtant la relation médecin-patient. Le médecin est par conséquent contraint de « court-circuiter » sa relation avec le patient en établissant le plus rapidement possible un lien probable entre les plaintes (physiques) du patient et un médicament. On comprendra ici que rédiger une prescription « sur-le-champ » s'avère plus rapide, et même plus apprécié des patients, que d'interroger ceux-ci en profondeur en leur proposant éventuellement de modifier quelques-uns de leurs comportements (habitudes de vie) pour éviter que les problèmes pour lesquels ils consultent ne se manifestent à nouveau. En même temps, d'un autre point de vue, le médecin est la cible d'une industrie pharmaceutique qui use de tous les moyens dont elle dispose pour tenter d'influencer les habitus de prescription. Les représentants pharmaceutiques, la distribution d'échantillons de médicaments, le financement de revues et de congrès spécialisés, etc., en sont quelques moyens clés. Dans une étude récente, LAUZON et HASBANI (2002) ont en effet montré que le marketing occupe une place centrale dans les dépenses des industries pharmaceutiques. Les dépenses totales consacrées en frais de marketing et d'administration se sont élevées, pour les neuf entreprises analysées par Lauzon et Hasbani, à près de 316 milliards de dollars US de 1991 à 2000.

Bref, il n'est pas surprenant de constater qu'on utilise, avec exagération même, la prescription de médicaments, comme dans le cas des antibiotiques (GRAVEL, 2003 ; PC, 2003) et des antidépresseurs, entre autres pour les jeunes de moins de 20 ans (RIOUX SOUCY, 2004). Or, on sait aujourd'hui que cette médicamentation substitutive à la santé et à la relation de service médical humain conduit à une surmédicamentation de plus en plus prégnante, qui est responsable d'une détérioration de la santé et (ou) de la capacité « naturelle » de la recouvrer et, pire, d'un taux très élevé d'hospitalisation, particulièrement chez les personnes âgées et les dépressifs, dont le nombre ne cesse d'augmenter depuis plus de trente ans[6].

6. Voir entre autres Robyn M. TAMBLYN *et al.*, Peter J. MCLEOD, Michael ABRAHAMOWICZ, Johanne MONETTE, David GAYTON, Laeora BERKSON, « Questionable prescribing for elderly patients in Quebec », *Canadian Journal of Medical Association*, 150 (11), 1994, p. 1801-1809 ; David W. BATES, Lucian L. LEAPE, Stephen PETRYCKI, « Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults », *Journal of General Internal Medicine*, nº 8, 1993, p. 1949-1956 ; et Jason LAZAROU, Bruce H. POMERANZ, Paul N. COREY, « Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients : A meta-analysis of prospective studies », *Journal of Medical American Association*, nº 279, 1998, p. 1200-1205.

Il y a dans ce contexte de réorganisation structurelle des soins hospitaliers et médicaux un ensemble de facteurs, dont l'idéologie économiciste-productiviste présidant cette réorganisation des soins depuis un bonne quinzaine d'années, mais aussi d'autres causes sur lesquelles nous reviendrons en conclusion, qui conduisent plus ou moins directement à une sur-médicamentation systématique et systémique. Notons cependant que toute cette dynamique rend les médecins de plus en plus dépendants, « clients », de solutions de soins qui viennent non pas de la médecine en tant que telle, mais « d'ailleurs », c'est-à-dire d'une industrie pharmaceutique dont l'intérêt d'affaire est de vendre sa production, des médicaments, et même d'élargir le plus possible la production (invention) de ces « solutions » objectivées en « pilules », par exemple en psychiatrie où il s'agit d'isoler certains des comportements humains courants que l'on trouve problématiques (syndrome prémenstruel, timidité excessive, magasinage compulsif…) pour les réifier en maladies (ici mentales), auxquelles on trouvera une solution pharmacologique, une pilule (COLLARD, 2003), ce que dénoncent plusieurs praticiens (PERREAULT, 2004, reprenant les paroles du psychiatre Christian Hébert de l'Institut Philippe-Pinel prononcées lors du congrès annuel de l'Association des médecins psychiatres du Québec).

Toute cette réalité sociomédicale en mouvance accélérée laisse entrevoir que les rapports marchands s'insinuent de plus en plus dans les entrelacs de l'organisation sociale et professionnelle des soins médicaux et hospitaliers. L'augmentation considérable des dépenses publiques et la croissance nettement plus modeste mais fort importante des dépenses privées consacrées aux médicaments veulent dire un accroissement considérable de la prescription, de l'usage et de la consommation « consumériste » de médicaments et par conséquent un élargissement proportionnel des conditions de mise en valeur des investissements de l'industrie pharmaceutique à l'œuvre en périphérie et dans le système sociosanitaire. Il n'est donc pas surprenant que cela coïncide avec une pression systématique et grandissante des firmes pharmaceutiques sur les médecins pour la prescription de leurs produits autant que sur la population et les patients pour l'usage et la consommation de ces produits. Pression qui n'est pas exercée en vain. En effet, selon les données de l'IMS Health[7] publiées en mars 2004, les ventes mondiales de médicaments s'élevaient en 2003 à près de 500 milliards de dollars US, une hausse de 11 % par rapport à 2002. Près de la moitié de ce total provient de l'Amérique du Nord. En tête de liste des médicaments les plus vendus vient le Liptor de Pfizer traitant l'excès de cholestérol (REUTERS, 2004), ce qui étonne peu ceux qui sont informés des problèmes de poids de cette population. Ainsi, l'évolution de la profitabilité des entreprises pharmaceutiques indique clairement que l'accroissement des possibilités de mise en rentabilité

7. L'IMS Health (Independent Medical Statistics) est une entreprise-*think tank* qui vend aux pharmaceutiques des profils de consommation de médicaments et fait pression pour la transformation de la Loi sur la protection des renseignements personnels afin de pouvoir rendre ces profils nominaux et davantage précis (GERVAIS, 2005b).

des investissements des pharmaceutiques en santé, en « mal-santé », pour reprendre CARRÉ et LACROIX (2001, p. 283), et en soins médicaux et hospitaliers est considérable et que cela constitue aussi une base objective du virage vers la sur-médicamentation.

*

* *

Les données que nous venons d'analyser conduisent à parler d'une marchandisation de plus en plus prononcée du système sociosanitaire au Québec. Toutefois, cette marchandisation ne se fait pas directement mais plutôt par glissements, déplacements et introduction de différents produits issus de technologies qui pénètrent et occupent de plus en plus l'espace des pratiques cliniques et thérapeutiques. C'est au cœur de ce processus que s'inscrit la tendance à la sur-médicamentation des soins et que s'affirme l'emprise grandissante de l'industrie pharmaceutique sur le secteur des soins hospitaliers et médicaux.

Si cette sur-médicamentation participe de l'actuelle modernisation (réorganisation structurelle) du système sociosanitaire, elle est toutefois loin de garantir une solution à la crise de celui-ci. Au contraire, elle tend à induire toute une série d'effets pervers, c'est-à-dire défavorables, sur la santé. Il n'est pas non plus assuré que la médicamentation à elle seule (nous ne disons pas ici sur-médicamentation) règlera le problème de la croissance des coûts en soins médicaux et hospitaliers, compte tenu de tout un ensemble de variables, mais dont les plus importantes sont, en plus du vieillissement de la population, la fragilisation de l'état de santé par la pollution environnementale et le stress généré par la course à la productivité, l'augmentation importante et constante de la consommation de médicaments et les pressions à la consommation exercées par les pharmaceutiques. Comme en témoignent les données que nous avons analysées, tout cela conduit plutôt à des dépenses qu'à des économies.

La distinction que nous venons de faire entre médicamentation, comme partie intégrante de la médication, et sur-médicamentation est importante pour qu'on comprenne bien le sens de notre analyse. Il n'est aucunement de notre intention de nier l'apport nécessaire des médicaments à la pratique médicale et au recouvrement de la santé. L'administration de médicaments fait partie intégrante de la pratique médicale et du recouvrement de la santé, comme plusieurs travaux classiques en sociologie de la pratique professionnelle médicale l'avaient d'ailleurs déjà montré (entre autres FREIDSON, 1984). On pourrait en dire autant, sous condition de la prégnance d'une conscience éthique, de l'invention et de la prescription de nouveaux médicaments. Le problème ne réside pas au niveau du médicament comme tel, dans son ontologie, mais dans la tendance à la généralisation de sa consommation abusive, par conséquent dans sa réification en panacée tous azimuts pour la santé et

en substitut tout aussi généralisé de la pratique médicale[8]. C'est dans la transgression de la finalité d'usage que réside le virage vers la sur-médicalisation, où la prescription-consommation de médicaments n'est plus quelque chose d'exceptionnel, mais devient une normalité quotidienne, même pour le vie entière, non pas dans les cas d'exception, mais pour de plus en plus d'individus.

Et il y a plus. Toute cette effervescence réorganisatrice du système sociosanitaire et sur-médicamenteuse des pratiques médicales et de la santé vécue au quotidien s'élabore dans un contexte de déresponsabilisation de l'État, que certains nomment désengagement, retrait, modernisation, allègement… et de responsabilisation (imputabilité) des individus pour leur état de santé et l'entretien de celle-ci. Or cette responsabilisation se fait à travers une triple idéologie. Une première de culpabilisation pour l'état individuel de santé (CRAWFORD, 1977 ; CARRÉ et LACROIX, 2001), qui a conduit, par exemple, une ex-ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à déclarer publiquement que si les Québécois avaient le cancer, c'était de leur faute (PC, 2000). Une deuxième de consumérisme opérant dans le champ de l'absorption de médicaments, mais aussi dans celui de la consommation des produits naturels, suppléments nutritifs, nutriments, etc., et où s'exerce une forte pression à la consommation, particulièrement de la part des pharmaceutiques. Et finalement, une autre qui opère sur la base anthropologique du « demeurer-en-vie », du désir d'être vivant, quoi qu'il en coûte. Voilà qui augure de jours fastes pour les pharmaceutiques.

Luc BONNEVILLE

Département de communication,
Université d'Ottawa.

Jean-Guy LACROIX

Département de sociologie,
Université du Québec à Montréal.

8. L'accroissement quantitatif et répétitif et la généralisation tous azimuts de l'usage d'une technologie (radiographie, tests de laboratoire, médicaments…) font franchir à l'usage une frontière où il y a un renversement de fonctionnel-progressif en dysfonctionnel-négatif qui change l'état qualitatif de l'usage lui-même, le rendant alors inapproprié dans l'usage spécifique pour un nombre croissant de cas, c'est-à-dire chaque fois que le cas spécifique ne le nécessite pas.

BIBLIOGRAPHIE

BATES, David W., Lucian L. LEAPE et Stephen PETRYCKI
1993 « Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults », *Journal of General Internal Medicine*, 8 : 1949-1956.

BONNEVILLE, Luc
2003a *La mise en place du virage ambulatoire informatisé comme solution à la crise de productivité du système sociosanitaire au Québec* (1975-2000), Montréal, Université du Québec à Montréal. (Thèse de doctorat, Département de sociologie.)
2003b « La réorganisation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information au Québec : le problème de la productivité », dans : Jean-Guy LACROIX et Gaëtan TREMBLAY (dirs), *Usages des TIC, Actes du colloque international 2001 Bogues : Globalisme et pluralisme*, Tome 2, Québec, Presses de l'Université Laval, 85-99.

BRETON, Pascale
2003 « La pilule passe mal. Coût des médicaments », *La Presse*, 5 octobre, p. A12.

CARRÉ, Dominique et Jean-Guy LACROIX
2001 *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan. (Communication et Civilisation.)

COLLARD, Nathalie
2003 « Un problème = une maladie = une pilule ? », *La Presse*, 27 janvier, B1-B2.

CONTANDRIOPOULOUS, André-Pierre
2000 « Rencontre avec André-Pierre Contandriopoulos », *Bulletin de santé publique*, 21, 3.
[http://www.aspq.org/bulletins/bsp/vol21/vol21n3Contandriopoulos.htm].

CRAWFORD, Robert
1977 « You are dangerous to your health : The ideology and politics of victim-blaming », *International Journal of Health Services*, 7, 4 : 663-680.

FREIDSON, Eliot
1984 *La profession médicale*, Paris, Payot.

GADREY, Jean.
1996 *Services : la productivité en question*, Paris, Desclée de Brouwer.

GERVAIS, Lisa Marie
2005a « Ordonnances à la chaîne », *La Presse*, 23 janvier, 1 et 2 Actuel.
2005b « Vivre bien. Des compagnies omniscientes », *La Presse*, 23 janvier, 2 Actuel.

GRAVEL, Pauline
2002 « Stop aux antibiotiques. Un comité de scientifiques propose des mesures d'urgence », *Le Devoir*, 8 octobre, p. A1.

Institut canadien d'informatisation sur la santé
2005 *Tendances des dépenses nationales de la santé*, Ottawa, Institut canadien d'informatisation sur la santé.

LACROIX, Jean-Guy
2003 « Le sens sociopolitique de la façon de construire les autoroutes de l'information dans le secteur de la santé », dans : Jean-Guy LACROIX et Gaëtan TREMBLAY (dirs),

Usages des TIC, Actes du collogue international *2001 Bogues : Globalisme et pluralisme*, Tome 2, Québec, Presses de l'Université Laval, 117-135.

LAUZON, Léo-Paul et Marc HASBANI
2002 *Une analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée, pour une période de 10 ans (1991-2000)*, Chaire d'études socio-économiques, Université du Québec à Montréal.

LAZAROU, Jason, Bruce H. POMERANZ et Paul N. COREY
1998 « Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients : A meta-analysis of prospective studies », *Journal of Medical American Association*, 279 : 1200-1205.

LEMIRE, Marc.
2001a, « La télésanté en France : expériences en gériatrie et en périnatalité dans la région Rhône-Alpes », dans : Dominique CARRÉ et Jean-Guy LACROIX (dirs), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan, 147-162. (Communication et civilisation.)
2001b « Une initiative privée de *télémonitoring* : Télémedisys », dans : Dominique CARRÉ et Jean-Guy LACROIX (dirs), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan, 175-188. (Communication et civilisation.)

PERREAULT, Mathieu
2004 « L'industrie pharmaceutique a une influence néfaste sur la pratique médicale », *La Presse*, 3 juin, p. A4.

Presse canadienne
2000 « Si les Québécois ont le cancer, c'est de leur faute, dit Marois », *Journal de Montréal*, 27 septembre, 22.
2003 « Les antibiotiques trop souvent utilisés », *Journal de Montréal*, 26 février, p. 44.

REISER, Stanley Joel
1978 *Medecine and the Reign of Technology*, Cambridge, Cambridge University Press.

REUTERS
2004 « L'industrie pharmaceutique a vendu pour 500 milliards $ US de médicaments en 2003 », *Le Devoir*, 16 mars, p. B5.

RIOUX SOUCY, Louise Maude
2004 « Psychotropes en vogue dans les centres de jeunesse. Une étude inédite soulève plusieurs questions », *Le Devoir*, 23 novembre, p. A1.
2005 « Les dépenses en médicaments sont en hausse », *Le Devoir*, 6 octobre, p. A6.

TAMBLYN, Robyn N. *et al.*, Peter J. MCLEOD, Michael ABRAHAMOWICZ, Johanne MONETTE, David GAYTON, Laeora BERKSON
1994 « Questionable prescribing for elderly patients in Quebec », *Canadian Journal of Medical Association*, 150, 11 : 1801-1809.